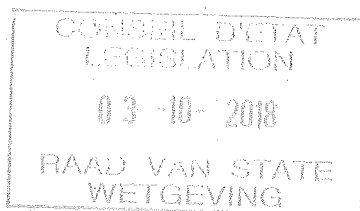




**Vlaamse
Regering**



64359.3

Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging

DE VLAAMSE REGERING,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 136, § 1, vervangen bij de wet van 24 december 1999 en gewijzigd bij de wetten van 12 augustus 2000, 22 augustus 2002, 10 december 2009 en 18 oktober 2013;

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 92, eerste lid, artikel 95, tweede lid, vervangen bij 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 98, eerste lid, vervangen bij voormeld decreet, artikel 99, vervangen bij voormeld decreet, artikel 100, tweede lid, vervangen bij voormeld decreet, artikel 105, vervangen bij voormeld decreet, artikel 108, vervangen bij voormeld decreet, artikel 110, §2, vervangen bij voormeld decreet, artikel 114, vervangen bij voormeld decreet, artikel 115, tweede en vijfde lid, vervangen bij voormeld decreet, artikel 116, vervangen bij voormeld decreet, artikel 120, §1, vervangen bij voormeld decreet en artikel 152, §3;

Gelet op 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 4, §2, derde lid, artikel 6, 8, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 22, artikel 24, §1, artikel 25, 28, 29, 30, 32, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 63, 66, 67, 69, artikel 75, §2, artikel 78, §1, eerste lid, artikel 78, §2, artikel 80, tweede lid, artikel 81, artikel 82, ...;

Gelet op het koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 juli 1990 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de initiatieven van beschut wonen en op de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 december 1990 houdende vaststelling van de regels voor het bepalen van de opnemingsprijs voor personen die worden opgenomen in psychiatrische verzorgingstehuizen;

Gelet op het koninklijk besluit van 29 september 1992 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

Gelet op het koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van de procedure voor het verkrijgen van een planningsvergunning en een exploitatievergunning voor intramurale en transmurale voorzieningen in de gezondheidszorg;

Gelet op het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opneming in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum, voor zover het betrekking heeft op de revalidatievoorzieningen;

Gelet op het koninklijk besluit van 20 september 1998 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens van de initiatieven van beschut wonen moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;

Gelet op het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende vaststelling van het maximum aantal plaatsen van beschut wonen dat in gebruik mag worden genomen alsmede van de regelen inzake de gelijkwaardige vermindering van een aantal ziekenhuisbedden zoals bedoeld in artikel 35 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

Gelet op het koninklijk besluit van 18 juli 2001 houdende vaststelling van de regelen volgens dewelke het budget van financiële middelen, het quotum van verblijfdagen en de prijs per verblijfdag voor initiatieven van beschut wonen worden bepaald;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

Gelet op het koninklijk besluit van 17 december 2002 houdende vaststelling van de regelen volgens welke een gedeelte van de opnemingsprijs in psychiatrische verzorgingstehuizen ten laste van de Staat wordt gelegd;

Gelet op het koninklijk besluit van 11 juni 2003 tot uitvoering, wat de met toepassing van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen door de verzekeringsinstellingen in twaalfden uit te betalen bedragen betreft, van de artikelen 136, § 1, derde lid; 136, § 5, en 164, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2006 betreffende de boekhouding en het financieel verslag voor de voorzieningen in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Gelet op het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;

Gelet op het koninklijk besluit van 12 februari 2008 houdende bepaling van de regels volgens welke de beheerder van de ziekenhuizen aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, mededeling doet van de identiteit van de personen verantwoordelijk voor het mededelen van gegevens die met de inrichting verband houden;

Gelet op het koninklijk besluit van 28 april 2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type revalidatieovereenkomst heeft gesloten;

Gelet op het ministerieel besluit van 10 juli 1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, in de psychiatrische verzorgingstehuizen;

Gelet op het ministerieel besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van het programmacijfer voor psychiatrische verzorgingstehuizen;

Gelet op het ministerieel besluit van 12 september 1994 tot bepaling van de wijze waarop de tegemoetkoming van de Staat in de prijs per verblijfdag voor initiatieven van beschut wonen wordt bepaald;

Gelet op het ministerieel besluit van 14 december 1995 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten in verband met de revalidatie;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op ...;

Gelet op advies xxx van de Raad van State, gegeven op XXXX, met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad Van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

BESLUIT:

Deel 1. Gemeenschappelijke basisbepalingen

Titel 1. Definities

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

- 1° agentschap: het agentschap Zorg en Gezondheid, opgericht bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid";
- 2° beheerinstantie: een of meer personen die een initiatief van beschut wonen of een psychiatrisch verzorgingstehuis vertegenwoordigen en juridisch kunnen binden;

- 3° budget: het budget, vermeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, dat voor ieder revalidatieziekenhuis afzonderlijk wordt vastgesteld en vereffend;
- 4° context: de familie en de naastbetrokkenen die een sociale en emotionele band hebben met de zorggebruiker;
- 5° Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen: de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, vermeld in artikel 49, §1, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;
- 6° decreet van 6 juli 2018: 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;
- 7° dienstjaar: de periode die begint op 1 januari van een jaar en die op 31 december van hetzelfde jaar eindigt voor de revalidatieziekenhuizen;
- 8° gecoördineerde wet van 10 juli 2008: de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;
- 9° herstellende zorg: de herstelondersteunende zorg, vermeld in artikel 54, §1, tweede en derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;
- 10° kostenplaats: een kostenplaats als vermeld in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen;
- 11° leidend ambtenaar: de leidend ambtenaar, vermeld in artikel 12 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid";
- 12° minister: de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid;
- 13° koninklijk besluit van 25 april 2002: het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;
- 14° netwerk: het geestelijke gezondheidsnetwerk. Dit is een geformaliseerd samenwerkingsverband dat verantwoordelijk is voor een bepaald werkgebied en betrokken is bij de zorg voor de deelpopulatie waartoe het samenwerkingsverband zich richt, en dat in samenwerking met vertegenwoordigers van gebruikers en hun context het geestelijke gezondheidsaanbod en functies faciliteert en optimaliseert;
- 15° netwerkpartners: de zorgvoorzieningen, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en partners uit andere beleidsdomeinen die al dan niet als zodanig door de Vlaamse Gemeenschap worden erkend of gefinancierd, en die deel uitmaken van geestelijke gezondheidsnetwerken;
- 16° palliatief samenwerkingsverband: een samenwerkingsverband voor palliatieve verzorging als vermeld in het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend;
- 17° residentiële zorg- of welzijnsvoorziening: een zorg- of welzijnsvoorziening die behandeling of zorg en ondersteuning met verblijf aanbiedt;
- 18° verhoogde tegemoetkoming: de verhoogde tegemoetkoming, vermeld in artikel 37, §1 en §19, van de wet betreffende de verplichte verzekering

- voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 19° raadgevend comité VSB: het raadgevend comité van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 17 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;
 - 20° raadgevend comité Zorg en Gezondheid: het raadgevend comité van het agentschap, vermeld in artikel 18 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid";
 - 21° werkdag: een dag die geen zaterdag, zondag of feestdag is;
 - 22° zorginspectie: de Zorginspectie, vermeld in artikel 3, §2, derde lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein.

Titel 2. Organisatie

Art. 2. De verzekeringsinstellingen oefenen de opdrachten uit die hun conform het decreet van 6 juli 2018 zijn toevertrouwd onder de volgende voorwaarden en modaliteiten:

- 1° constructieve samenwerking voor de uitvoering, de verbetering, de bevordering, de optimalisatie van de organisatie van de zorg, vermeld in het decreet van 6 juli 2018;
- 2° opbouwend overleg voor de uitbouw van nieuwe initiatieven en projecten die de verbetering van de organisatie van het zorgaanbod beogen;
- 3° uitvoering en toepassing van de administratieve processen en procedures zoals die toegepast worden door het agentschap in samenspraak met de verzekeringsinstellingen en in overleg met de voorzieningen indien een verandering van administratieve processen een intensieve aanpassing voor hen inhoudt;

Art. 3. §1. De overeenkomst, vermeld in artikel 6, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, wordt gesloten voor een periode van drie jaar.

§2. De verzekeringsinstellingen vervullen de opdrachten die hun zijn toevertrouwd conform het decreet van 6 juli 2018. Binnen het kader van die opdrachten voeren ze de volgende taken uit:

- 1° de tegemoetkomingen uitbetalen aan de rechthebbenden, vervoerders of zorgvoorzieningen conform de voorwaarden, vermeld in artikel 3 en 4 van het decreet van 6 juli 2018, en conform de voorwaarden, vermeld in dit besluit;
- 2° de tegemoetkomingen, vermeld in punt 1°, uitbetalen binnen de termijnen vastgesteld in dit besluit, en conform de technische specificaties vastgesteld in de facturatie en boekhoudkundige instructies;
- 3° hun leden informeren en adviseren, ervoor bemiddelen en de rechten van hun leden verdedigen;
- 4° onregelmatigheden en misbruiken melden aan het agentschap over de financiering, de veiligheid van de zorggebruiker en de kwaliteit van het zorgaanbod;

- 5° de opgevraagde statistische informatie over de uitvoering van de opdrachten van de verzekeringsinstellingen vermeld in het decreet aan het agentschap bezorgen met het oog op beleidsrapportering.

§3. De verzekeringsinstellingen voeren de opdrachten en taken, vermeld in paragraaf 2, uit op een efficiënte en kwaliteitsvolle wijze en streven daarmee de volgende doelstellingen na:

- 1° de Vlaamse Gemeenschap in eerste instantie toelaten de continuïteit van de zorg aan de zorggebruiker, vermeld in artikel 3 van het decreet van 6 juli 2018, te garanderen;
- 2° de Vlaamse Gemeenschap in eerste instantie toelaten de continuïteit in de financiering van de zorgvoorzieningen te garanderen;
- 3° de Vlaamse Gemeenschap toelaten op die vlakken een eigen beleid te voeren;
- 4° op korte termijn een integratie van die zorg in de Vlaamse sociale bescherming nastreven en voorbereiden.

§4. De mate waarin de doelstellingen, vermeld in paragraaf 3, worden nageleefd, wordt permanent opgevolgd door het agentschap aan de hand van de rapportering door de verzekeringsinstellingen die zowel mondeling, als om de zes maanden schriftelijk gebeurt.

De verzekeringsinstellingen bezorgen het agentschap volgens de modaliteiten bepaald bij overeenkomst tussen het agentschap en de verzekeringsinstellingen:

- 1° maandelijks gegevens over de kaspositie in het begin van de maand, de ontvangsten, de uitgaven, het beschikbare bedrag op het einde van de maand en de openstaande te betalen prestaties en tegemoetkomingen, zowel als de terugvorderingen en de vervalagnota's, dit zijn de documenten T20(VL). De verdere technische specificaties worden beschreven in de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen;
- 2° maandelijks de facturatiegegevens die de zorgvoorzieningen bezorgen aan de verzekeringsinstellingen, 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. Dit zijn de documenten N(VI). De verdere technische specificaties worden beschreven in de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen;
- 3° jaarlijks het aantal unieke patiënten per zorgvoorziening, per verstrekkingjaar, per geboortjaar, per geslacht, per arrondissement, en per type rechthebbende op een geanonimiseerde manier. De verdere technische specificaties worden beschreven in de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen;
- 4° jaarlijks de nodige informatie voor de jaarafsluiting. De definitieve afsluiting gebeurt op basis van informatie die jaarlijks voor 30 juni van het jaar X wordt bezorgd en die betrekking heeft op het voorgaande jaar X-1. Dat zijn de documenten T3(VL) en T4(VL). De verdere technische specificaties worden beschreven in de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen;

- 5° jaarlijks een jaarrapport met de volgende gegevens: de jaarrekening, de betaaltermijnen per sector, het aantal dossiers en het bedrag van de terugvorderingen in kader van de toepassing van artikel 22, derde lid, en artikel 26 tot en met 38 van het decreet van 6 juli 2018.

In de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen worden de specifieke variabelen, de termijnen en de manier van overdracht opgenomen.

De verzekeringsinstellingen nemen de nodige maatregelen en voorzien de interne controles zodat de kwaliteit kan gegarandeerd worden van de data die ze aanleveren aan het agentschap.

Het agentschap kan in overleg met de verzekeringsinstellingen en de betrokken actoren de facturatie en boekhoudkundige instructies vermeld in de overeenkomst aanpassen om wijzigingen door te voeren die dringend nodig zijn als gevolg van de evoluties in de technische inzameling en het doorzenden van de gegevens.

§5. De verzekeringsinstelling beschikt over een beleidsstructuur, een administratieve en boekhoudkundige organisatie en een interne controle die aan haar activiteiten aangepast zijn.

De interne controle, vermeld in het eerste lid, heeft minstens betrekking op de geldigheid, de volledigheid en de juistheid waarmee de financiële verrichtingen worden verwerkt in de boekhoudkundige documenten en rekeningen.

§6. De verzekeringsinstellingen leven de boekhoudkundige verplichtingen na, vermeld in artikel 29 en 30 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen.

De waarderingsregels zijn opgenomen in hoofdstuk 2, afdeling 2 van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 29, §§ 1 en 5, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Titel 3. Verwerking, uitwisseling en bewijswaarde van gegevens

Hoofdstuk 1. Verwerking en uitwisseling van gegevens

Art. 4. De verzekeringsinstellingen verwerken de volgende persoonsgegevens van de rechthebbenden voor hun opdrachten, vermeld in het decreet van 6 juli 2018:

- 1° de voor- en achternaam;
- 2° de leeftijd en het geslacht;
- 3° de nationaliteit;
- 4° het rijksregisternummer;
- 5° de woon- en verblijfplaats;
- 6° de gezinssamenstelling;
- 7° het gezinsinkomen;
- 8° de verzekeringsstatus;

- 9° de loongegevens;
- 10° het sociaal statuut;
- 11° het attest van gevangenschap;
- 12° de gezondheidsgegevens in het kader van een aanvraag, toekenning, betaling en eventuele terugvordering van een tegemoetkoming als vermeld in deel 1, titel 4 van dit besluit.

Art. 5. De Zorgkassencommissie verwerkt de volgende persoonsgegevens van de rechthebbenden voor haar opdrachten, vermeld in het decreet van 6 juli 2018:

- 1° de voor- en achternaam;
- 2° de leeftijd;
- 3° het geslacht;
- 4° het rijksregisternummer;
- 5° de woon- en verblijfplaats;
- 6° de verzekeringsstatus;
- 7° de gezondheidsgegevens.

Art. 6. De Expertencommissie verwerkt de volgende persoonsgegevens die kaderen in de aanvraag van buitenlandse of buitengewone zorg, voor haar opdrachten vermeld in het decreet van 6 juli 2018:

- 1° de voor- en achternaam;
- 2° de leeftijd;
- 3° het geslacht;
- 4° het rijksregisternummer;
- 5° de woon- en verblijfplaats;
- 6° de verzekeringsstatus;
- 7° de gezondheidsgegevens van de zorggebruikers;
- 8° de volgende gegevens van de revalidatievoorzieningen: het adres en de maatschappelijke zetel van de voorziening en de naam en de kwalificaties van de leidinggevenden.

Art. 7. De zorgvoorzieningen verwerken de volgende persoonsgegevens van de zorggebruikers voor hun opdrachten vermeld in het decreet van 6 juli 2018:

- 1° de voor- en achternaam;
- 2° de leeftijd;
- 3° het geslacht;
- 4° de nationaliteit;
- 5° het rijksregisternummer;
- 6° de woon- en verblijfplaats;
- 7° de verzekeringsstatus;
- 8° de gezondheidsgegevens.

Art. 8. §1. De persoonsgegevens, vermeld in artikel 13, §2, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, kunnen op elektronische wijze worden uitgewisseld.

§2. De persoonsgegevens die worden verwerkt in het kader van het decreet van 6 juli 2018 worden, in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen te

identificeren, niet langer bewaard dan noodzakelijk is voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verkregen of verder verwerkt.

De verzekeringsinstellingen bezorgen voor de analyse, vermeld in artikel 13, §6, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, aan het agentschap de volgende statistische gegevens van de rechthebbenden: de leeftijd, het geslacht, de nationaliteit, de woon- en verblijfplaats, de gezinssamenstelling, het gezinsinkomen, de verzekeringsstatus, de loongegevens, het sociaal statuut en de gezondheidsgegevens.

§3. De zorgvoorzieningen bezorgen voor de analyse, vermeld in artikel 13, §6, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, aan het agentschap de gegevens van de zorggebruikers, vermeld in bijlage 1 en 2, die bij dit besluit zijn gevoegd, alsook de volgende statistische gegevens van de personeelsleden: de leeftijd, de woon- en verblijfplaats.

De Expertencommissie bezorgt voor de analyse, vermeld in artikel 13, §6, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, aan het agentschap de volgende statistische gegevens van de zorggebruikers: de leeftijd, het geslacht, de woon- en verblijfplaats, de verzekeringsstatus en de gezondheidsgegevens.

De Zorgkassencommissie bezorgt voor de analyse, vermeld in artikel 13, §6, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, aan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, de volgende statistische gegevens van de rechthebbenden: de leeftijd, het geslacht, de woon- en verblijfplaats, de verzekeringsstatus en de gezondheidsgegevens.

De statistische gegevens, vermeld in dit artikel, worden op vraag van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming elektronisch bezorgd binnen drie maanden. Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming specificeert het doel van het onderzoek in de aanvraag.

Hoofdstuk 2. Bewijswaarde van elektronische documenten

Art. 9. De elektronische documenten die opgesteld zijn conform artikel 10 tot en met 13 van dit besluit, en conform het ministerieel besluit, vermeld in artikel 10 en 12 van dit besluit, per categorie van zorgvoorziening, vermeld in artikel 3, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, kunnen hun papieren equivalent vervangen.

De uitwisseling van de gegevens, vermeld in het voormelde ministerieel besluit, binnen de zorgvoorziening, tussen zorgvoorzieningen of binnen de verzekeringsinstelling valt buiten de toepassing van dit hoofdstuk.

Art. 10. §1. De elektronische gegevensuitwisseling tussen de zorgvoorzieningen en de verzekeringsinstellingen gebeurt conform artikel 36/1 van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen.

De informaticasystemen die door de zorgvoorziening en verzekeringsinstellingen gebruikt worden zorgen ervoor dat de uitgewisselde gegevens systematisch en volledig bewaard worden. Bovendien moeten de gegevens over de identiteit van de persoon die verantwoordelijk is voor het versturen alsook van de verzender, de volledige tijdsinformatie en de rapporten van eventuele storingen die zijn vastgesteld tijdens de verwerking bewaard worden.

§2. De minister kan nadere voorwaarden bepalen voor de procedure van elektronische gegevensoverdracht tussen de zorgvoorzieningen en de verzekeringsinstellingen.

Art. 11. De controlelijst om de verschillende vereisten te documenteren waaraan de informaticasystemen van de zorgvoorziening of haar mandataris moeten voldoen, wordt ingevuld en is beschikbaar bij een audit van de archiveringsprocedure in de zorgvoorziening of in de verzekeringsinstelling.

Art. 12. De gegevens van de zorgvoorzieningen hebben alleen bewijswaarde als de gebruikte software goedgekeurd is door MyCareNet op basis van een aantal criteria zoals performantie en veiligheid die het MyCareNet vademecum voorschrijft.

De minister kan de nadere modaliteiten bepalen.

Art. 13. De zorginspectie en het agentschap houden er voor hun eigen bevoegdheden toezicht op dat de bepalingen van dit hoofdstuk gerespecteerd worden. Met behoud van hun eigen specifieke bevoegdheden melden de controlediensten eventuele onregelmatigheden of tekortkomingen ter informatie aan de respectieve sectorale adviescommissie.

Titel 4. Tegemoetkomingen

Hoofdstuk 1. Procedure voor de aanvraag van tegemoetkomingen

Art. 14. Met behoud van de toepassing van andersluidende bepalingen in dit besluit, legt dit hoofdstuk de procedure vast voor de aanvraag van een tegemoetkoming.

Art. 15. §1. De zorgvoorziening tot wie de zorggebruiker zich wendt, dient de aanvraag van een tegemoetkoming voor zorg in bij de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is ingeschreven of aangesloten.

De zorgvoorziening dient de aanvraag in met een aangetekende zending of op om het even welke andere manier die toelaat de datum van de indiening met zekerheid vast te stellen.

De zorgvoorziening dient de aanvraag van een tegemoetkoming in met een formulier waarvan het agentschap het model kan bepalen.

De aanvraag is ontvankelijk zodra de zorgvoorziening alle gegevens bezorgd heeft die vereist zijn conform het aanvraagformulier.

Elke aanvraag wordt rechtstreeks gericht aan één centraal contactpunt dat bepaald wordt door de betrokken verzekeringsinstelling. In afwijking daarvan kan de verzekeringsinstelling één centraal contactpunt per revalidatieziekenhuis aanwijzen voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor de revalidatieziekenhuizen.

§2. De verzekeringsinstelling is belast met de controle van de verzekeringsstatus van de zorggebruiker als rechthebbende als vermeld in artikel 2, 13°, van het decreet van 6 juli 2018, en van de vergoedingsvoorwaarden van de zorg waarvoor tegemoetkoming wordt gevraagd en vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op.

§3. Na de uitvoering van de controle, vermeld in paragraaf 2, bezorgt de verzekeringsinstelling uiterlijk binnen vijftien werkdagen nadat ze de aanvraag ontvangen heeft, in de gevallen die de minister bepaalt, de aanvraag om tegemoetkoming voor zorg ter controle aan de Zorgkassencommissie. Per sector, vermeld in artikel 3, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, bepaalt de minister na advies van de Expertencommissie, in welke gevallen de verzekeringsinstelling de aanvraag aan de Zorgkassencommissie bezorgt. Voor de initiatieven van beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen worden de aanvragen alleen aan de Zorgkassencommissie bezorgd voor een eventuele a posteriori controle.

De Zorgkassencommissie bezorgt binnen twintig werkdagen nadat ze de aanvraag ontvangen heeft, een eensluidend advies aan de verzekeringsinstelling.

De Zorgkassencommissie kan binnen de termijn, vermeld in het tweede lid, de verzekeringsinstelling verzoeken om ontbrekende informatie op te vragen bij de zorgvoorziening die de aanvraag heeft ingediend, als ze dit noodzakelijk acht in het kader van haar controle- en adviesopdracht. Als de Zorgkassencommissie ontbrekende informatie opvraagt, wordt de termijn vermeld in het tweede lid, geschorst. Die termijn loopt verder vanaf de werkdag nadat ze de ontbrekende informatie ontvangen heeft.

De minister kan nader bepalen wat onder ontbrekende informatie wordt verstaan.

Art. 16. De Zorgkassencommissie voert op aansturing van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming controles uit op de conformiteit van de verleende zorg. De Zorgkassencommissie kan voor die controles alle nodige informatie opvragen bij de zorggebruiker, de verzekeringsinstellingen, de zorgvoorzieningen en de vervoerders. De zorggebruiker, de verzekeringsinstellingen, de zorgvoorzieningen en de vervoerders bezorgen die informatie aan de Zorgkassencommissie.

De Zorgkassencommissie brengt aan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming verslag uit over de door haar uitgevoerde steekproefsgewijze en a posteriori controles. De minister kan daarvoor de nadere modaliteiten bepalen.

De Zorgkassencommissie brengt aan de verzekeringsinstelling verslag uit over de uitgevoerde a priori controles die ze heeft uitgevoerd. De minister kan daarvoor de nadere modaliteiten bepalen.

Art. 17. §1. Bij elke opname van een zorggebruiker in het revalidatieziekenhuis stuurt het revalidatieziekenhuis binnen drie werkdagen na de dag van de opname, de verzekeringsinstelling een kennisgeving via MyCareNet.

Als de opname langer dan vijftien dagen duurt, stuurt het revalidatieziekenhuis via MyCareNet uiterlijk de vijftiende dag van de opname een aanvraag tot verlenging van de opname naar de verzekeringsinstelling.

Telkens als de opname langer duurt dan het tijdvak dat de verzekeringsinstelling vastgesteld heeft, dient het revalidatieziekenhuis een nieuwe aanvraag om verlenging van de opname in bij de verzekeringsinstelling, uiterlijk de laatste dag van dat tijdvak.

§2. Het initiatief van beschut wonen dient de kennisgeving van opstart begeleiding in met een formulier waarvan het agentschap het model kan bepalen, binnen dertig dagen na de start van de begeleiding.

§3. Voor elke zorggebruiker die is opgenomen in een psychiatrisch verzorgingstehuis, dient het psychiatrisch verzorgingstehuis de aanvraag van de tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming in binnen zeven dagen na de dag van de opname.

Die aanvraag is vergezeld van de twee volgende getuigschriften:

- 1° een geneeskundig getuigschrift dat door de behandelend arts is opgemaakt en waaruit blijkt dat de zorggebruiker voldoet aan de criteria, vermeld in artikel 54 van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° een getuigschrift van een erkend psychiatrisch verzorgingstehuis waaruit blijkt dat het instaat voor de verzorging van de zorggebruiker.

In voorkomend geval kan het voormelde psychiatrisch verzorgingstehuis een verlenging aanvragen met een formulier waarvan het agentschap het model kan bepalen.

De aanvraag en de aanvraag tot verlenging worden ingediend met een formulier waarvan het agentschap het model kan bepalen.

§4. Voor de multidisciplinaire begeleidingsequipes is geen voorafgaande aanvraag of een kennisgeving vereist.

Hoofdstuk 2. Procedure voor toekenning van tegemoetkomingen

Art. 18. §1. Als de aanvraag onderworpen is aan het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie conform artikel 24 van het decreet van 6 juli 2018 en artikel 15, §3, van dit besluit beslist de verzekeringsinstelling binnen vijftien werkdagen die volgen op het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aangevraagde

tegemoetkoming, rekening houdend met het resultaat van de controle, vermeld in artikel 16 van dit besluit.

Als de Zorgkassencommissie geen eensluidend advies verleent binnen twintig werkdagen nadat ze de aanvraag heeft ontvangen, wordt het advies geacht eensluidend gunstig te zijn.

De verzekeringsinstelling neemt een beslissing binnen de termijn, vermeld in het eerste lid, en deelt die beslissing mee aan de zorgvoorziening en de zorggebruiker, binnen de termijn, vermeld in paragraaf 4.

Als de Zorgkassencommissie na de termijn, vermeld in het tweede lid, een ongunstig eensluidend advies verstrekt, neemt de verzekeringsinstelling een nieuwe beslissing binnen de termijn, vermeld in het eerste lid, en deelt ze die beslissing mee aan de zorgvoorziening en de zorggebruiker binnen de termijn, vermeld in paragraaf 4,. Die nieuwe beslissing geldt vanaf de tiende werkdag na de aangetekende kennisgeving ervan.

§2. Als de aanvraag niet onderworpen is aan het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie conform artikel 24 van het decreet van 6 juli 2018 en artikel 15, §3, van dit besluit, neemt de verzekeringsinstelling een beslissing binnen vijftien werkdagen die volgen op de indiening van de aanvraag. Dit is de vereenvoudigde procedure.

§3. De beslissingstermijn van de verzekeringsinstelling, vermeld in paragraaf 1 en 2, wordt geschorst als de verzekeringsinstelling ontbrekende informatie opvraagt als vermeld in artikel 15, §2, van dit besluit. De beslissingstermijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag van ontvangst van de opgevraagde informatie.

§4. De verzekeringsinstelling brengt de zorgvoorziening en de zorggebruiker binnen vijftien werkdagen die volgen op hetzij de dag van de ontvangst van het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie, hetzij de dag van de ontvangst van de aanvraag, op de hoogte van de beslissing over de tegemoetkoming, in voorkomend geval van de reden van de weigering, en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep tegen de beslissing moet worden aangetekend. Een ongunstige beslissing wordt met een aangetekende zending verstuurd.

§5. Paragraaf 1 tot en met 4, zijn niet van toepassing op de revalidatieziekenhuizen en de multidisciplinaire begeleidingsequipes.

Art. 19. Om aanspraak te blijven maken op een tegemoetkoming, deelt de zorgvoorziening elke wijziging in de toestand of de zorg die een impact heeft op de tegemoetkoming, onmiddellijk aan de verzekeringsinstelling mee.

De minister kan de nadere regels bepalen voor de mededeling van gegevens, vermeld in het eerste lid.

Hoofdstuk 3. Financiële betrekkingen

Afdeling 1. Financiële betrekkingen tussen de Vlaamse overheid en de verzekeringsinstellingen

Art. 20. Het agentschap begroot voor elk kalenderjaar het totale bedrag van de kredieten, vermeld in artikel 8, 5°, van het decreet van 6 juli 2018, voor het volgende kalenderjaar voor alle sectoren, vermeld in artikel 3, eerste lid, van het voormelde decreet. Dat totale kredietbedrag is het voorschot op de tegemoetkomingen voor zorg geleverd in het kalenderjaar in kwestie dat het agentschap aan de verzekeringsinstellingen uitbetaalde.

Voor alle sectoren met uitzondering van de sector van de revalidatieziekenhuizen wordt het totale kredietbedrag voor elk kalenderjaar vastgesteld op basis van de uitgaven van de kalenderjaren die voorafgaan aan het lopende kalenderjaar. Het totale kredietbedrag wordt in maandelijkse schijven uitbetaald.

Voor de sector van de revalidatieziekenhuizen wordt het kredietbedrag per maand en per verzekeringsinstelling bepaald conform artikel 258.

Art. 21. De verzekeringsinstellingen controleren per kwartaal en maandelijks of de uitbetaalde kredieten voldoende zijn om te voldoen aan de betalingsverplichtingen die voortvloeien uit het decreet van 6 juli 2018.

Afdeling 2. Financiële betrekkingen tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgvoorzieningen

Onderafdeling 1. Betalingsverbintenis en uitbetaling

Art. 22. §1. De verzekeringsinstelling wordt belast met de betaling van:

- 1° de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 121, 122, 157, 158, 193, 196 en 198, 259, 321 en 324;
- 2° het vast gedeelte van het budget van de revalidatieziekenhuizen, conform artikel 258.

De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, 1°, rechtstreeks aan de zorgvoorziening.

De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, 1°, uiterlijk twee maanden nadat ze de factuur ontvangen heeft. Bij laattijdige betaling is de verzekeringsinstelling op eenvoudig verzoek een verwijlntrest verschuldigd voor het bedrag van de wettelijke intrestvoet in burgerlijke zaken op de datum waarop de betaaltermijn verstreek. Die verwijlntresten lopen vanaf de eerste dag nadat de betaaltermijn is verstreken.

De verzekeringsinstelling betaalt het vast gedeelte van het budget van de revalidatieziekenhuizen, vermeld in het eerste lid, 2°, uiterlijk op de vijfde dag van iedere maand.

De minister kan de modaliteiten van deze betaling bepalen.

§2. Nadat de verzekeringsinstelling de verzekeringsstatus van de zorggebruiker gecontroleerd heeft, stuurt ze voor de revalidatieziekenhuizen binnen drie dagen nadat ze de kennisgeving van de opname of van de verlenging ervan ontvangen heeft, via MyCareNet het revalidatieziekenhuis, ofwel de betalingsverbintenis alsook de melding of de teller van de maximumfactuur bereikt is voor het kalenderjaar waarin de zorg verleend wordt, ofwel haar weigering om de betalingsverbintenis af te leveren.

De mededeling van de betalingsverbintenis of van weigering geldt vanaf het begin van de opname in het revalidatieziekenhuis.

Als het revalidatieziekenhuis de vormen en termijnen, vermeld in artikel 17, §1, naleeft, wordt de betalingsverbintenis als verworven beschouwd als de verzekeringsinstelling de formaliteiten, vermeld in het eerste lid, niet binnen de termijn vermeld in het eerste lid, vervult.

Als het revalidatieziekenhuis herhaaldelijk te laat is met de kennisgeving van de zorg brengt de verzekeringsinstelling het revalidatieziekenhuis daarvan op de hoogte met een aangetekende zending. Als het revalidatieziekenhuis binnen dertig dagen geen enkele maatregel heeft genomen om de kennisgeving tijdig te versturen, mag de verzekeringsinstelling bij elke laattijdige versturing de tegemoetkoming weigeren gedurende de dagen van de vertraging.

Het revalidatieziekenhuis mag de weigering, vermeld in het vorige lid, niet doorrekenen aan de zorggebruiker.

Als een zorggebruiker ontslagen wordt uit het revalidatieziekenhuis stuurt het revalidatieziekenhuis binnen twee werkdagen na de laatste dag van zorg via MyCareNet een kennisgeving van einde zorg aan de verzekeringsinstelling. De mededeling van het geneeskundig verslag ter verantwoording van de zorg moet ingediend worden binnen dertig dagen na het ontslag.

Bij elke verlenging wordt een geneeskundig verslag bezorgd aan de verzekeringsinstelling. Dat verslag wordt voor eensluidend advies voorgelegd aan de Zorgkassencommissie in de gevallen die het agentschap bepaalt.

De prijs per verpleegdag, vermeld in artikel 259, is verschuldigd voor elke verpleegdag die ten minste één nacht behelst. Dat wil zeggen een opname die begint vóór middernacht en eindigt na acht uur de volgende dag.

De dag van opname en de dag van ontslag worden samen als één verpleegdag beschouwd, behalve als de rechthebbende voor 12 uur opgenomen wordt op de dag van opname en vertrekt na 14 uur op de dag van zijn ontslag uit het ziekenhuis.

In de andere gevallen, dan de gevallen, vermeld in het vorige lid worden de verpleegdagen van de rechthebbende als volgt geboekt:

- 1° bij opname vóór 12 uur op de dag van opname en vertrek vóór 14 uur op de dag van zijn ontslag: boeking van de dag van opname;
- 2° bij opname na 12 uur op de dag van opname, ongeacht het vertrek uur op de dag van ontslag: boeking van de dag van ontslag.

Als een rechthebbende op de dag zelf van zijn opname overlijdt, is de betaling van één verpleegdag verschuldigd.

Bij verlof van de rechthebbende mag de dag van vertrek alleen worden aangerekend als de rechthebbende de verpleeginrichting verlaat na 14 uur en mag de dag van terugkeer alleen worden aangerekend als de rechthebbende vóór 12 uur naar de verpleeginrichting terugkeert.

§3. Bij goedkeuring van de aanvraag tot opname in een psychiatrisch verzorgingstehuis stelt de verzekeringsinstelling de periode vast waarvoor de tegemoetkomingen worden toegekend. Die periode gaat op zijn vroegst in op de dag van de opname als de aanvraag binnen zeven dagen na de dag van de opname is ingediend. In voorkomend geval kan een verlenging van die periode worden aangevraagd door het voormelde psychiatrisch verzorgingstehuis met een formulier waarvan het agentschap het model heeft bepaald.

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

De psychiatrische verzorgingstehuizen rekenen de zorggebruiker de opnemingsprijs aan voor elke dag herstelondersteunende zorg die ten minste één nacht behelst, dat wil zeggen een opname die begint voor middernacht en eindigt na acht uur de volgende dag.

§4. Het initiatief van beschut wonen brengt de verzekeringsinstelling op de hoogte van het ontslag van de zorggebruiker met een formulier waarvan het agentschap het model heeft bepaald.

Art. 23. §1. Om re-integratie te bevorderen worden individuele verlofdagen toegekend aan de zorggebruikers die opgenomen zijn in een psychiatrisch verzorgingstehuis. De psychiatrische verzorgingstehuizen kunnen de opnemingsprijs tijdens die verlofdagen aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen tot maximaal 48 dagen verlof per kalenderjaar per rechthebbende zorggebruiker, naar rato van vier dagen per begonnen kalendermaand van opname.

Een ononderbroken individueel verlof mag noch langer duren dan twee weken, noch worden opgenomen op het einde van het verblijf. Bij ontslag en heropname binnen negentig dagen wordt het aantal niet opgenomen verlofdagen overgedragen naar de nieuwe verblijfsperiode.

Voor de individuele verlofdagen kan:

- 1° aan de zorggebruiker de persoonlijke bijdrage in de opnemingsprijs worden aangerekend, verminderd met 6,20 euro;
- 2° aan de verzekeringsinstellingen de tegemoetkoming in de opnemingsprijs worden aangerekend.

§2. De psychiatrische verzorgingstehuizen mogen voor hun opgenomen zorggebruikers gedurende maximaal veertien dagen collectieve

vakantieverblijven organiseren en leiden. Tijdens die periode blijven de zorggebruikers onder de verantwoordelijkheid van het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Voor die collectieve verlofdagen kan het psychiatrisch verzorgingstehuis de opnemingsprijs aanrekenen.

Een zorggebruiker kan geen collectief verlof opnemen op het einde van zijn verblijf.

§3. Het psychiatrisch verzorgingstehuis staat ook tijdens individuele verlofdagen en collectieve vakantieverblijven in voor de continuïteit van de levering van de farmaceutische producten aan de zorggebruikers.

§4. Het psychiatrisch verzorgingstehuis brengt de verzekeringsinstelling bij de indiening van de facturatie op de hoogte van alle opgenomen verlofdagen van de zorggebruiker, en registreert per zorggebruiker al de volgende gegevens:

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

De verloven worden geacht de opname niet te onderbreken.

Onderafdeling 2. Facturatie van de zorg

Art. 24. §1. De verantwoordelijke van de zorgvoorziening valideert de facturen en stuurt ze elektronisch via MyCareNet naar aan de verzekeringsinstellingen. In afwachting van elektronische facturatie via MyCareNet, kunnen de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven van beschut wonen, de revalidatievoorzieningen en de multidisciplinaire begeleidingsequipes de facturen via magnetische of papieren drager bezorgen.

Bij de facturen voegt de zorgvoorziening per zorggebruiker en per verzekeringsinstelling de individuele kostennota's voor de verleende zorg.

De facturen en de individuele onkostennota's worden opgesteld overeenkomstig de modellen en de facturatie instructies die het agentschap heeft bepaald.

Voor de revalidatieziekenhuizen en de revalidatievoorzieningen die gevestigd zijn in de ziekenhuizen of in de revalidatieziekenhuizen kunnen die facturaties afgezonderd worden van de facturaties in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

§2. Als de facturen en de individuele onkostennota's ingediend worden via MyCareNet, voldoen ze aan de functionele vereisten en aan de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid volgens de geldende privacyregels.

§3. De zorgvoorzieningen bezorgen de facturen en de individuele onkostennota's maandelijks per verzekeringsinstelling en uiterlijk tot 24 maanden na de periode waarin of na de laatste dag waarop de zorg verstrekt is, tenzij anders bepaald in

de overeenkomst met de zorgvoorziening. Een aangetekende zending stuit de voormelde verjaringstermijn.

Voor de multidisciplinaire begeleidingsequipes worden de facturen uiterlijk tot twee maand na het overlijden van de rechthebbende bezorgd. Voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven van beschut wonen kan in afwachting van de integratie in MyCareNet driemaandelijks gefactureerd worden.

§4. Als de facturen, zoals vermeld in het laatste lid van paragraaf 3, driemaandelijks ingediend worden, uiterlijk op de twintigste dag van de eerste maand na het kalenderkwartaal waarop ze betrekking hebben, kan de verzekeringsinstelling aan de zorgvoorziening een som storten die gelijk is aan de helft van het bedrag van de voormelde driemaandelijkse factuur. Dat is alleen mogelijk als de verzekeringsinstelling uiterlijk de vijftiende van de tweede maand van het voormelde kwartaal een voorlopige nota indient die als vervalbrief dient. De verzekeringsinstelling betaalt de som uiterlijk op de eerste dag van de derde maand van het beschouwde kalenderkwartaal. De betaalde som wordt afgetrokken van het bedrag van de volgende factuur.

Afdeling 3. Financiële betrekkingen tussen de zorgvoorziening en de rechthebbende

Art. 25. De bijdrage van de rechthebbende in de tegemoetkoming wordt vermeld op de factuur. De factuur splitst de bijdrage van de rechthebbende op in de verschillende onderdelen.

Afdeling 4. Financiële betrekkingen tussen de vervoerder, de zorggebruiker en de verzekeringsinstellingen

Art. 26. §1. De vervoerder bepaalt of hij zijn facturen bezorgt aan de zorggebruiker, of aan de verzekeringsinstelling.

De vervoerder gebruikt hiervoor een model dat zowel de revalidatievoorziening als de zorggebruiker valideren. Het agentschap kan het model bepalen.

De vervoerder mag geen extra vergoeding of andere kosten aanrekenen aan de zorggebruiker dan wel aan de verzekeringsinstelling dan de kilometervergoeding, vermeld in paragraaf 2.

§2. De verzekeringsinstelling betaalt aan de rechthebbende een forfaitaire kilometervergoeding per dag op basis van een attest van het aantal dagen waarop revalidatie gevolgd werd in een revalidatievoorziening die daarvoor in aanmerking komt conform het decreet van 6 juli 2018.

De verzekeringsinstelling betaalt aan de rechthebbende een kilometervergoeding als de rechthebbende zijn rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer en hij in het bezit is van een eigen aangepast voertuig voor vervoer in een rolstoel per dag revalidatie in een revalidatievoorziening.

Afdeling 5. Financiële betrekkingen tussen het agentschap en de zorgvoorzieningen.

Art. 27. Het agentschap betaalt de zorgvoorzieningen de financiële tegemoetkoming in het kader van de sociale akkoorden die afgesloten zijn en de compensatie van de financiële schade van laattijdige toekenningen.

Hoofdstuk 4. Voorlopige toekenning van tegemoetkoming

Art. 28. In afwachting dat de schade effectief wordt vergoed als vermeld in artikel 22, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, verlenen de verzekeringsinstellingen de tegemoetkomingen voor zorg, vermeld in het decreet van 6 juli 2018. De voorwaarde is dat de verzekeringsinstellingen alle middelen gebruiken om de tegemoetkoming terug te vorderen als de zorggebruiker is vergoed krachtens een andere Belgische of buitenlandse wetgeving.

Hoofdstuk 5. Cumulatie van tegemoetkomingen

Afdeling 1. Cumulatie van tegemoetkomingen binnen de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap

Onderafdeling 1. Cumulatieverboden van de tegemoetkomingen volgens plaats

Art. 29. Een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis mag niet gecumuleerd worden met:

- 1° een tegemoetkoming voor een verblijf in een ander revalidatieziekenhuis tijdens dezelfde periode;
- 2° een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatievoorziening tijdens dezelfde periode, tenzij die revalidatievoorziening tegelijkertijd een revalidatieziekenhuis is;
- 3° een tegemoetkoming voor gebruik van een revalidatievoorziening tenzij die revalidatievoorziening gebruikt wordt buiten de periode van het verblijf in het revalidatieziekenhuis;
- 4° een tegemoetkoming voor gebruik van een multidisciplinaire begeleidingsequipe als het gebruik dezelfde periode bestrijkt;
- 5° een tegemoetkoming voor gebruik van of een verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging, een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode;
- 6° een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode.

Art. 30. Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze onderafdeling, mag een tegemoetkoming voor het verblijf in een revalidatievoorziening niet gecumuleerd worden met:

- 1° een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode;
- 2° een tegemoetkoming voor gebruik van of verblijf in een andere revalidatievoorziening tijdens dezelfde periode, tenzij dit gebruik van of verblijf in die beide revalidatievoorzieningen niet op dezelfde dag plaatsvindt;

- 3° een tegemoetkoming voor het gebruik van een multidisciplinaire begeleidingsequipe.

Art. 31. Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze onderafdeling, mag een tegemoetkoming voor verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis niet gecumuleerd worden met:

- 1° een tegemoetkoming voor verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode;
- 2° een tegemoetkoming voor begeleiding in een ander initiatief van beschut wonen tijdens dezelfde periode.;
- 3° een tegemoetkoming voor gebruik van of een verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging, een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode.

Art. 32. Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze onderafdeling, mag een tegemoetkoming voor een begeleiding in een initiatief van beschut wonen niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor een begeleiding in een ander initiatief van beschut wonen of in een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode, tenzij het anders bepaald is. De minister bepaalt hiertoe de nadere regels.

Art. 33. Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze onderafdeling, mag een tegemoetkoming voor een gebruik van een multidisciplinaire begeleidingsequipe niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor het gebruik van een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe.

Onderafdeling 2. Cumulatieverboden van de tegemoetkomingen volgens inhoud

Art. 34. Een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstrekking in een revalidatievoorziening kan niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstrekking op dezelfde dag in een andere revalidatievoorziening.

Art. 35. Een tegemoetkoming voor reiskosten als vermeld in artikel 18 van het decreet van 6 juli 2018, mag niet gecumuleerd worden met:

- 1° een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis;
- 2° een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatievoorziening;
- 3° een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis;
- 4° een tegemoetkoming voor een verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een centrum voor dagverzorging.

Onderafdeling 3. Cumulatieverboden van de tegemoetkomingen naar revalidatieovereenkomst

Art. 36. Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze afdeling, mag een tegemoetkoming voor een revalidatieverstrekking in een revalidatievoorziening niet gecumuleerd worden met een andere tegemoetkoming voor een revalidatieverstrekking in een revalidatievoorziening als dat cumulverbod bepaald is in een revalidatieovereenkomst.

Onderafdeling 4. Gemeenschappelijke bepaling

Art. 37. De minister kan nadere regels bepalen voor de gevallen waarin kan worden afgeweken van een cumulatieverbod van tegemoetkomingen zoals vermeld in deze afdeling.

Afdeling 2. Cumulatie van tegemoetkomingen binnen de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap en prestaties binnen de federale ziekteverzekering

Onderafdeling 1. Cumulatieverboden van tegemoetkomingen en prestaties volgens plaats

Art. 38. Een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis, een tegemoetkoming voor gebruik van of verblijf in een revalidatievoorziening, een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis, een begeleiding in een initiatief van beschut wonen of een tegemoetkoming voor een begeleiding door een multidisciplinaire begeleidingsequipe, mag niet worden gecumuleerd met een vergoeding voor ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering als het gebruik of verblijf plaatsvindt op dezelfde dag, tenzij het gebruik of verblijf zich situeert buiten de periode van het verblijf in het ziekenhuis, of tenzij het ziekenhuis een revalidatievoorziening is.

Onderafdeling 2. Cumulatieverboden van tegemoetkomingen en prestaties volgens inhoud

Art. 39. Een tegemoetkoming voor een revalidatieverstrekking mag niet worden gecumuleerd met de volgende monodisciplinaire tegemoetkomingen verstrekt in die zelfde periode:

- 1° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 2° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in afdeling 3, artikel 7 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit, tenzij het over een andere aandoening gaat dan waarvoor de revalidatieverstrekking verleend wordt;
- 3° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in afdeling 10, artikel 22, van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit, bij een tegemoetkoming voor gebruik van of een verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging, een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode, tenzij het over een andere aandoening gaat dan waarvoor de revalidatieverstrekking verleend wordt;
- 4° een tegemoetkoming voor een ergotherapeutische prestaties, met uitzondering van de prestaties die verricht zijn tijdens en na de ontslagprocedure in de revalidatievoorzieningen, waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.76.5 en 7.71, of psychotherapeutische prestaties.

Een multidisciplinaire begeleidingsequipe mag de eenmalige forfaitaire vergoeding, vermeld in artikel 321, of het verminderd forfait, vermeld in artikel 324, niet aanrekenen voor een tussenkomst als de behandelende arts van de palliatieve persoon, die deel uitmaakt van de multidisciplinaire begeleidingsequipe, zelf al een vergoeding heeft aangevraagd voor die prestatie conform de voorwaarden van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, opgenomen in de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit.

Hoofdstuk 6. Terugvordering van de ten onrechte betaalde tegemoetkomingen

Afdeling 1. Terugvordering van tegemoetkomingen ten onrechte uitbetaald aan de zorggebruiker

Art. 40. De verzekeringsinstelling deelt de zorggebruiker met een aangetekende zending haar beslissing mee om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming terug te vorderen.

De aangetekende zending vermeldt de mogelijkheid voor de zorggebruiker om bij de arbeidsrechtbank een beroep tegen de terugvordering in te dienen.

De minister kan bepalen welke vermeldingen de beslissing, vermeld in het eerste lid, nog moet bevatten.

Art. 41. Om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te betalen, kan de zorggebruiker een afbetalingsplan aanvragen bij de verzekeringsinstelling.

De verzekeringsinstelling beslist over dat afbetalingsplan. De verzekeringsinstelling bezorgt een al of niet aangepast afbetalingsplan aan de zorggebruiker of deelt aan de zorggebruiker mee dat het afbetalingsplan niet aanvaard kan worden.

Als de zorggebruiker overlijdt tijdens de uitvoering van het afbetalingsplan, dan wordt er niet verder teruggevorderd, behalve in geval van arglist of bedrog.

Art. 42. De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming wordt bij dwangbevel ingevorderd in de volgende gevallen:

- 1° de zorggebruiker, als er geen afbetalingsplan is, heeft het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet terugbetaald binnen drie maanden nadat de aangetekende zending, vermeld in artikel 40, eerste lid, is verstuurd;
- 2° de zorggebruiker volgt het afbetalingsplan niet.

De verzekeringsinstelling bezorgt de gegevens van de zorggebruiker bij wie de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen bij dwangbevel moeten worden ingevorderd, via het agentschap, aan de Vlaamse Belastingdienst.

Art. 43. De zorggebruiker kan tegen de beslissing tot terugvordering van de verzekeringsinstelling beroep instellen bij de arbeidsrechtbank binnen drie maanden nadat hij de beslissing van de verzekeringsinstelling, vermeld in artikel 40, heeft ontvangen.

Het beroep bij de arbeidsrechtbank schorst de terugvordering van de tegemoetkoming tot er een definitieve rechterlijke uitspraak is.

Afdeling 2. Terugvordering van tegemoetkomingen die ten onrechte uitbetaald zijn aan de zorgvoorziening respectievelijk de vervoerder

Art. 44. De zorgvoorziening of de vervoerder die ten onrechte een tegemoetkoming heeft ontvangen, is verplicht de waarde ervan terug te betalen. De waarde wordt conform artikel 35 van het decreet van 6 juli 2018, als dat mogelijk is, in mindering gebracht van toekomstige tegemoetkomingen die aan de zorgvoorziening respectievelijk de vervoerder worden uitbetaald.

Als een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de tegemoetkomingen voor eigen rekening heeft geïnd, is die samen met de zorgvoorziening of vervoerder hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling ervan.

Art. 45. De verzekeringsinstelling deelt haar beslissing om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming terug te vorderen van of in mindering te brengen bij de zorgvoorziening of de vervoerder met een aangetekende zending mee aan de zorgvoorziening of de vervoerder mee.

De aangetekende zending waarin de beslissing wordt meegedeeld, vermeldt:

- 1° het bedrag van de onterechte uitbetaalde tegemoetkoming en de reden waarom ze onterecht is;
- 2° dat de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen in mindering worden gebracht van toekomstige tegemoetkomingen;
- 3° de mogelijkheid voor de zorgvoorziening of de vervoerder om bij de arbeidsrechtbank beroep tegen de terugvordering of het in mindering brengen in te dienen.

De minister kan bepalen welke vermeldingen de beslissing, vermeld in het eerste lid, nog moet bevatten.

Art. 46. De zorgvoorziening of de vervoerder kan een afbetalingsplan aanvragen bij de verzekeringsinstelling om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen, terug te betalen.

De verzekeringsinstelling beslist over dat afbetalingsplan. De verzekeringsinstelling bezorgt een al of niet aangepast afbetalingsplan aan de zorgvoorziening of de vervoerder of deelt aan de aan de zorgvoorziening of de vervoerder mee dat het afbetalingsplan niet aanvaard kan worden.

Art. 47. De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming wordt bij dwangbevel in de volgende gevallen ingevorderd:

- 1° er is geen afbetalingsplan of dat afbetalingsplan wordt niet gerespecteerd of de zorgvoorziening of vervoerder heeft het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet terugbetaald binnen drie maanden na de verzending van de aangetekende zending, vermeld in artikel 45, eerste lid;

- 2° de verzekeringsinstelling kan de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet in mindering brengen van toekomstige tegemoetkomingen voor de zorgvoorziening of de vervoerder.

Art. 48. De zorgvoorziening of de vervoerder kan tegen de beslissing van de verzekeringsinstelling om de tegemoetkoming terug te vorderen of in mindering te brengen beroep instellen bij de arbeidsrechtbank binnen drie maanden nadat de zorgvoorziening of de vervoerder de beslissing van de verzekeringsinstelling, vermeld in artikel 45, heeft ontvangen.

Het beroep bij de arbeidsrechtbank schorst de beslissing om de tegemoetkoming terug te vorderen of in mindering te brengen tot er een definitieve rechterlijke uitspraak is.

Afdeling 3. Gemeenschappelijke bepalingen voor de terugvordering

Art. 49. De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker op het moment van de beslissing tot terugvordering is aangesloten, vordert de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug. Als de zorggebruiker nadien van verzekeringsinstelling verandert, dan blijft de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker aangesloten was op het moment van de beslissing tot terugvordering, belast met de terugvordering. De zorggebruiker kan niet veranderen van verzekeringsinstelling zolang hij het door hem verschuldigde bedrag niet heeft terugbetaald.

Art. 50. De betaalde tegemoetkomingen waarvan het onverschuldigd karakter het gevolg is van het overlijden van de rechthebbende, worden door de financiële instellingen, die de begunstigten zijn van de tegemoetkomingen, terugbetaald aan de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig de modaliteiten die de minister bepaalt.

De rechthebbende laat de gekozen financiële instelling toe, alle ten onrechte uitbetaalde bedragen aan de verzekeringsinstelling terug te betalen, door zijn bankrekening te debiteren binnen de grenzen vastgelegd door de minister.

De machtiging, vermeld in tweede lid, blijft van kracht nadat de rechthebbende overleden is.

Afdeling 4. Verzaking aan de terugvordering

Art. 51. §1. De verzekeringsinstelling verzaakt aan de terugvordering van een ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming aan de zorggebruiker, de zorgvoorziening of de vervoerder, als de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming louter het gevolg is van een fout, een vergissing of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling of van een administratieve dienst of instelling, waarvan de rechthebbende of de zorgvoorziening zich normaal geen rekenschap kan geven en waarvan de verzekeringsinstelling binnen twee maanden van vaststelling van de hiervoor vermelde fout, vergissing of nalatigheid, geen melding heeft gemaakt aan de zorggebruiker, de zorgvoorziening of de vervoerder.

§2. De verzekeringsinstelling kan op eigen initiatief verzaken aan de terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen als het totaal bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen lager is dan het bedrag vastgesteld door de minister.

§3. De zorggebruiker aan wie een beslissing tot terugvordering van een tegemoetkoming is meegedeeld, kan binnen drie maanden vanaf de dag nadat de beroepstermijn verstreken is of vanaf de dag waarop de rechterlijke beslissing in kracht van gewijsde gaat bij de verzekeringsinstelling waarbij hij aangesloten is, een verzoek tot verzaking indienen om af te zien van de terugvordering.

De verzekeringsinstelling bezorgt het verzoek vermeld in het vorige lid aan het agentschap.

Het agentschap onderzoekt het verzoek en bezorgt zijn advies aan de leidende ambtenaar.

De leidend ambtenaar, of een ambtenaar die hij aangewezen heeft neemt een beslissing op basis van het advies van het agentschap.

Het is alleen toegestaan om af te zien van de terugvordering als de zorggebruiker te goeder trouw is en zich in een behartenswaardige toestand bevindt.

De behartenswaardigheid, vermeld in het vijfde lid, wordt bepaald op basis van het gezinsinkomen. Er is sprake van behartenswaardigheid als het gezinsinkomen van de rechthebbende zich bevindt onder de armoedegrens, vermeld in de European Union – Statistics on Income and Living Conditions. Het gezinsinkomen wordt vastgesteld conform artikel 4 van de verordening van 22 mei 2006 tot uitvoering van artikel 22, §2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde.

Als de leidend ambtenaar, of een ambtenaar die hij aangewezen heeft, beslist om te verzaken aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag, brengt hij de verzekeringsinstelling daarvan zo snel mogelijk op de hoogte per brief. De verzekeringsinstelling licht de zorggebruiker hiervan in.

Als de leidend ambtenaar, of een ambtenaar die hij aangewezen heeft, beslist om de aanvraag te verwerpen of gedeeltelijk toe te staan, brengt hij de verzekeringsinstelling zo snel mogelijk op de hoogte met een aangetekende zending, die de vermeldingen bevat, vermeld in artikel 14 van het handvest van de sociaal verzekerde. De verzekeringsinstelling brengt de zorggebruiker op de hoogte van de voormelde beslissing.

Afdeling 5. Geldboetes

Art. 52. §1. De leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, legt de verzekeringsinstelling een geldboete op van:

- 1° 62,50 euro als de verzekeringsinstelling de verjaring niet heeft gestuit voor de terugvordering van een onverschuldigde betaling van 151 euro of

- meer. Het bedrag van de geldboete wordt verhoogd tot 125 euro als het bedrag van de onverschuldigde betaling hoger is dan 1.250 euro;
- 2° 50 euro per bedrag, als de verzekeringsinstelling het bedrag heeft ingeschreven op de lijsten van daadwerkelijk teruggevorderde bedragen, terwijl het bedrag er niet mocht op voorkomen of het ten onrechte ingeschreven bedrag van een vorig jaar niet is geregulariseerd. Het bedrag van de geldboete wordt verhoogd tot 125 euro voor een ten onrechte ingeschreven bedrag tussen 300 euro en 1.250 euro en tot 250 euro als het ten onrechte ingeschreven bedrag hoger is dan 1.250 euro;
- 3° 125 euro als de verzekeringsinstelling niet binnen twee maanden vanaf de kennisgeving, het bedrag van de onverschuldigde betaling dat ze zelf had vastgesteld, heeft ingeschreven op de bijzondere rekening en in mindering heeft gebracht van de uitgaven van de Vlaamse Gemeenschap.

§2. Als er verzachtende omstandigheden zijn, kan de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, een administratieve geldboete opleggen die lager is dan de geldboete, vermeld in paragraaf 1, maar die niet lager kan zijn dan 50% van het bedrag, vermeld in paragraaf 1. Hij kan overigens volledig of gedeeltelijk uitstel van betaling van de geldboete toekennen. Het uitstel kan toegestaan worden gedurende een termijn van twee jaar vanaf de datum van de beslissing als bij het uitspreken van een administratieve geldboete is vastgesteld dat aan de verzekeringsinstelling tijdens de twee vorige jaren geen enkele sanctie voor soortgelijke overtredingen is opgelegd. Als de verzekeringsinstelling gedurende die termijn van twee jaar een nieuwe inbreuk pleegt, dan worden de uitgestelde en de nieuwe sanctie samengevoegd.

De wijze waarop de inbreuken vermeld in paragraaf 1 worden vastgesteld, zowel wat betreft de interne als de externe controles maakt deel uit van de samenwerkingsovereenkomst met de verzekeringsinstellingen vermeld in artikel 6, tweede lid van het decreet van 6 juli 2018.

Een geldboete kan niet meer worden uitgesproken als er twee jaar verlopen is vanaf het einde van de maand waarin de inbreuk is gepleegd. De kennisgeving van het verslag met de vaststelling van de inbreuk stuit de verjaring.

De betrokken verzekeringsinstelling beschikt over een termijn van twee maanden nadat ze het verslag ontvangen heeft, om verweermiddelen te laten gelden door een aangetekende zending te sturen naar de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft.

De leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, beslist of een administratieve geldboete wordt opgelegd nadat hij de verzekeringsinstelling uitgenodigd heeft om verweermiddelen te laten gelden.

De beslissing van de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, bepaalt het bedrag van de geldboete. Bij de beslissing is een uitnodiging gevoegd om de geldboete te vereffenen binnen drie maanden vanaf de dag van de kennisgeving van de beslissing. De opbrengst van de geldboetes wordt aan het agentschap gestort.

Als de verzekeringsinstelling de geldboete niet betaalt, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, die niet is betwist of de gerechtelijke beslissing die in kracht van gewijsde is gegaan aan de Vlaamse Belastingdienst bezorgd om het bedrag van de geldboete in te vorderen.

§3. Als hetzelfde feit verschillende inbreuken uitmaakt, wordt alleen de sanctie voor de zwaarste inbreuk toegepast.

Als er verscheidene overtredingen als vermeld in paragraaf 1, gepleegd worden, worden de sancties samengevoegd.

§4. De uitgesproken administratieve sanctie verjaart na vijf jaar. De verjaringstermijn begint op de dag na de dag van de kennisgeving.

Als de verzekeringsinstelling beroep heeft ingesteld bij de arbeidsrechtbank, wordt de verjaring geschorst totdat een in kracht van gewijsde gegane beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding. De verjaring wordt verder gestuit conform artikel 2244 tot en met 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

Als de inbreuk aanleiding heeft gegeven tot strafrechtelijke vervolging, wordt de verjaring geschorst totdat een in kracht van gewijsde gegane beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding.

Afdeling 6. Bevoegd agentschap

Art. 53. Het agentschap, vermeld in artikel 38 van het decreet van 6 juli 2018, is het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming.

Hoofdstuk 7. Tegemoetkomingen voor buitengewone zorg

Art. 54. De verzekeringsinstelling verleent aan de rechthebbende een tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg als de zorg verleend in het Nederlands taalgebied of in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, verstrekt wordt voor een zeldzame indicatie en er voldaan is aan elk van de volgende voorwaarden:

- 1° de zorg is duur;
- 2° de zorg heeft een wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid die gezaghebbende instanties die in hetzelfde domein van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg werken in ruime mate erkennen en het experimentele stadium is voorbij;
- 3° de aandoening waarvoor de zorg wordt toegepast, bedreigt de vitale functies van de rechthebbende;
- 4° er bestaat geen alternatief op medisch-sociaal vlak voor zorg in het kader van de Belgische verplichte ziekteverzekering, de Vlaamse Sociale Bescherming of het decreet van 6 juli 2018;
- 5° de zorg wordt voorgeschreven door een arts-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de betreffende aandoening en die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte.

Het feit dat er geen tegemoetkoming is voor de zorg, of ten minste niet voor de indicatie waarop de aanvraag tot tegemoetkoming is gebaseerd, terwijl dit wel het geval zou kunnen zijn voor andere indicaties, vormt geen aanduiding voor het zeldzame karakter ervan.

Art. 55. De verzekeringsinstelling verleent aan de rechthebbende een tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg verleend in het Nederlandse taalgebied of in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, als de rechthebbende lijdt aan een zeldzame aandoening en er voldaan is aan al de volgende voorwaarden:

- 1° de zorg is duur;
- 2° de zorg wordt door gezaghebbende instanties die werkzaam zijn in hetzelfde domein van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg op gemotiveerde wijze aangeduid als de specifieke aanpak voor deze zeldzame aandoening;
- 3° de aandoening waarvoor de zorg wordt toegepast bedreigt de vitale functies van de rechthebbende;
- 4° er bestaat geen therapeutisch alternatief in het kader van de Belgische verplichte ziekteverzekering, de Vlaamse Sociale Bescherming of het decreet van 6 juli 2018;
- 5° de zorg wordt voorgeschreven door een arts-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de betreffende aandoening en die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte.

Art. 56. De verzekeringsinstelling verleent aan de rechthebbende een tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg verleend in het Nederlandse taalgebied of in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, als de rechthebbende lijdt aan een zeldzame aandoening die een continue en complexe verzorging vereist en er voldaan is aan al de volgende voorwaarden:

- 1° de zorg in haar totaliteit is duur;
- 2° de zorg heeft betrekking op een bedreiging van de vitale functies van de rechthebbende die een rechtstreeks en specifiek gevolg is van de zeldzame aandoening;
- 3° er bestaat geen therapeutisch alternatief in het kader van de Belgische verplichte ziekteverzekering, de Vlaamse Sociale Bescherming of het decreet van 6 juli 2018;
- 4° de complexe zorg wordt voorgeschreven in het kader van een behandelplan door een arts-specialist die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte.

Art. 57. De verzekeringsinstelling verleent aan de rechthebbende een tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie of

geestelijke gezondheidszorg verstrekt wordt voor een zeldzame indicatie, een zeldzame aandoening dan wel een zeldzame aandoening die een continue en complexe verzorging vereist, en die wordt verleend in de Franstalige gemeenschap, in de Duitstalige gemeenschap of in het buitenland, als er voldaan is aan elk van de volgende voorwaarden:

- 1° de zorg is duur;
- 2° de zorg heeft een wetenschappelijk waarde en een doeltreffendheid die de gezaghebbende internationale instanties die in dezelfde domeinen van revalidatie en geestelijke gezondheidszorg werken in ruime mate erkennen en het experimentele stadium is voorbij;
- 3° de zorg beoogt een behandeling van een aandoening die de vitale functies bedreigt;
- 4° er bestaat geen aanvaardbaar therapeutisch alternatief voor diagnose of therapie dat voorzien is in het Nederlandse taalgebied of in door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorzieningen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, zou kunnen worden afgeleverd binnen een termijn die op medisch vlak aanvaardbaar is, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de rechthebbende op het ogenblik van de aanvraag;
- 5° de zorg is vooraf voorgeschreven door een arts-specialist, die gespecialiseerd is in dezelfde domeinen van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg en wettelijk die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte.

Art. 58. §1. Een tegemoetkoming voor buitengewone zorg kan in de gevallen, vermeld in artikel 54 tot en met 57, alleen worden toegekend als:

- 1° ondanks het doen gelden van alle rechten krachtens de Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst om een tegemoetkoming te verkrijgen, er geen tegemoetkoming wordt toegekend voor de gevraagde buitengewone zorg in het kader van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg door die wetgevingen of overeenkomsten;
- 2° de gevraagde bedragen effectief verschuldigd zijn door de rechthebbende.

De bijdragen die bij of krachtens het decreet van 6 juli 2018 gedragen moeten worden door de rechthebbende, maken nooit deel uit van tegemoetkomingen die in het kader van buitengewone zorg kunnen worden toegekend.

§2. Voor de revalidatie of geestelijke gezondheidszorg die verleend is in de Franstalige gemeenschap, in de Duitstalige gemeenschap of in het buitenland:

- 1° kan de tegemoetkoming voor buitengewone zorg alleen toegekend worden als de verzekeringsinstelling op basis van het advies van de Expertencommissie de toestemming verleent voor een tegemoetkoming voor die buitengewone zorg, voordat de zorg verleend wordt;
- 2° kan een tegemoetkoming toegekend worden voor de reiskosten die daaraan verbonden zijn als de afstand van de plaats van behandeling tot het centrum van Brussel meer dan 350 km in vogelvlucht is, voor personen jonger dan achttien jaar. De vergoeding bedraagt maximaal 0,25 euro per kilometer in vogelvlucht van de hoofdverblijfplaats van de

rechthebbende tot de plaats waar de buitengewone zorg wordt toegediend.

- 3° kan een tegemoetkoming toegekend worden voor personen van wie is aangetoond via een medisch verslag dat ze alleen vervoerd kunnen worden in een rolstoel. De tegemoetkoming bedraagt 0,25 euro per kilometer in vogelvlucht voor vervoer in een aangepaste wagen respectievelijk van 1,30 euro per kilometer in vogelvlucht voor vervoer door een professionele vervoerder, en dit van de hoofdverblijfplaats tot de plaats van behandeling.

§3. Voor de revalidatie of geestelijke gezondheidszorg die verleend is in het buitenland, kan ook een tegemoetkoming worden toegekend in de reis- en verblijfkosten voor de persoon die de rechthebbende vergezelt als de rechthebbende:

- 1° jonger dan negentien jaar is;
2° ouder dan negentien jaar is, maar om medische redenen noodzakelijk begeleid moet worden. Dit wordt bewezen wordt met een medisch verslag.

Art. 59. §1. De rechthebbende dient de aanvraag van een tegemoetkoming voor buitengewone zorg en, in voorkomend geval, de aanvraag van een tegemoetkoming in de reis- en verblijfkosten bij zijn verzekeringsinstelling met een aangetekende zending of op om het even welke andere manier die toelaat de datum van indiening met zekerheid vast te stellen.

De aanvraag van een tegemoetkoming in de reiskosten wordt samen met de aanvraag van een tegemoetkoming voor buitengewone zorg ingediend.

§2. De aanvraag bevat de volgende elementen:

- 1° een gedagtekend en ingevuld inlichtingsblad waarvan het agentschap het model opmaakt;
2° een voorschrift, waarvan het model kan worden vastgesteld door het agentschap, en dat een arts-specialist die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening, opmaakt, dagtekent en ondertekent en waarbij een omstandig geneeskundig verslag is gevoegd dat alle inlichtingen bevat die toelaten te besluiten of de buitengewone zorg voldoet aan de voorwaarden voor een tegemoetkoming die gesteld zijn bij of krachtens het decreet van 6 juli 2018;
3° een gedetailleerde factuur in geval van buitengewone zorg voor revalidatie of geestelijke gezondheidszorg die is toegediend in een voorziening in het Nederlandstalige taalgebied of in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, dan wel een omstandig bestek in geval van buitengewone zorg voor revalidatie of geestelijke gezondheidszorg gepland in een voorziening in de Franstalige Gemeenschap, in de Duitstalige Gemeenschap of in het buitenland;
4° een verklaring op erewoord, waarvan het agentschap het model opmaakt, waarin de rechthebbende:
a) bevestigt dat hij, voor de zorg waarvoor hij een tegemoetkoming vraagt, zijn rechten heeft uitgeput krachtens de wetgeving, vermeld in artikel 39, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018,

- en geen rechten kan doen gelden krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst;
- b) meedeelt voor welk bedrag hij, in voorkomend geval, zijn rechten kan doen gelden krachtens de voormelde overeenkomst;
 - c) bevestigt dat hij ervan op de hoogte is gebracht dat een toestemming voor een behandeling in het buitenland, verleend door zijn verzekeringsinstelling, niet van rechtswege het recht opent op een tegemoetkoming voor buitengewone zorg;
 - d) bepaalt of hij de tegemoetkoming al dan niet zelf int;
- 5° een kopie van de schriftelijke toestemming van de rechthebbende, zijn wettelijke vertegenwoordiger of de vertrouwenspersoon, vermeld in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, op een document dat informatie bevat als vermeld in artikel 8, §2, van de voormelde wet, ondertekende is, alsook, in voorkomend geval, de gegevens die de voorschrijvende arts verzameld en geregistreerd heeft om de pertinentie van de tegemoetkomingen te evalueren;
- 6° het bewijs van de reis- en verblijfkosten waarvoor in voorkomend geval een tegemoetkoming gevraagd wordt.

§3. De aanvraag wordt binnen tien werkdagen nadat de verzekeringsinstelling ze ontvangen heeft ter advies voorgelegd aan de Expertencommissie.

De Expertencommissie kan het advies vragen over de indicatie of de richtprijs bij gezaghebbende wetenschappelijke instanties, bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu of bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

De Expertencommissie verleent eensluidend advies binnen twintig werkdagen nadat ze de aanvraag ontvangen heeft.

De Expertencommissie bezorgt haar eensluidend advies binnen vijf werkdagen aan de verzekeringsinstelling.

De verzekeringsinstelling beslist over de aanvraag binnen vijf werkdagen nadat ze het eensluidend advies van de Expertencommissie ontvangen heeft, en stelt in voorkomend geval het bedrag vast van de tegemoetkoming.

De beslissing van de verzekeringsinstelling, vermeld in het vijfde lid, wordt aan de rechthebbende meegedeeld binnen vijf werkdagen.

De verzekeringsinstelling betaalt binnen vijftien werkdagen het bedrag dat is toegekend voor de buitengewone zorg aan de zorgverlener of verzorgingsinstelling en in voorkomend geval het bedrag voor de reis- en verblijfkosten dat is toegekend aan de rechthebbende of aan de persoon die de rechthebbende vergezelt.

De termijnen, vermeld in deze paragraaf, worden geschorst door elk verzoek om bijkomende informatie dat rechtstreeks aan de rechthebbende gericht is. Dat geldt op dezelfde wijze als de rechthebbende op de hoogte wordt gebracht van het feit dat bijkomende informatie is gevraagd aan de voorzieningen of de zorgverstrekkers vermeld in het aanvraagdossier.

§4. Een aanvraag wordt niet bezorgd aan de Expertencommissie als de aanvraag louter gaat over een tegemoetkoming voor:

- 1° bijdragen die bij of krachtens dit decreet van 6 juli 2018 ten laste zijn van de rechthebbende;
- 2° huisvestings-, reis- en verblijfkosten van een rechthebbende of een persoon die hem vergezelt gedurende de opname in een Belgisch ziekenhuis;
- 3° buitengewone zorgen die meer dan drie jaar vóór de aanvraag verricht zijn;
- 4° zorgen die vallen buiten het toepassingsgebied van het decreet van 6 juli 2018.

Hoofdstuk 8. Toezicht en handhaving

Afdeling 1. Sancties voor de rechthebbenden of de vervoerder

Art. 60. §1. De rechthebbende of in voorkomend geval de vervoerder, wordt op de hoogte gebracht van het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuk, vermeld in artikel 42, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, dat is opgemaakt door de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, met een aangetekende zending, binnen veertien werkdagen vanaf de dag nadat de inbreuk is vastgesteld.

§2. De beslissing om de sanctie, vermeld in artikel 42, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, al dan niet op te leggen, wordt genomen door de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft.

De beslissing, vermeld in het eerste lid, wordt genomen nadat de rechthebbende of de vervoerder met een aangetekende zending uitgenodigd is om binnen veertien werkdagen zijn verweer te laten gelden.

De beslissing, vermeld in het eerste lid, bepaalt het bedrag van de geldboete en in voorkomend geval het bedrag van de geldboete dat met uitstel van de uitvoering ervan opgelegd wordt en de duurtijd van dit uitstel.

De beslissing wordt ter kennis gebracht aan de rechthebbende of de vervoerder met een aangetekende zending en wordt geacht te zijn ontvangen de eerste werkdag die volgt op het overhandigen van de briefomslag bij de post. Zij heeft uitwerking de dag van de kennisgeving.

§3. De opbrengst van de administratieve geldboeten wordt aan het agentschap overgemaakt.

§4. De administratieve geldboete die opgelegd is zonder uitstel van de tenuitvoerlegging ervan, wordt binnen twee maanden vanaf de datum van de kennisgeving van de beslissing betaald.

De definitieve beslissing tot betaling van de geldboete is van rechtswege uitvoerbaar.

Als de rechthebbende of de vervoerder nalaat om de geldboete te betalen, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft of de gerechtelijke beslissing die in kracht van gewijsde is getreden aan de Vlaamse Belastingdienst bezorgd om het bedrag van de geldboete te innen.

Een kopie van de beslissing van de leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft wordt medegedeeld aan de verzekeringsinstelling.

§5. Een geldboete kan niet meer worden uitgesproken vanaf de dag dat er vijf jaar verlopen zijn sinds de inbreuk is begaan.

De kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling stuit de verjaring van de inbreuk, vermeld in het eerste lid.

De uitgesproken administratieve sanctie verjaart na vijf jaar. De verjaringstermijn begint op de dag na de kennisgeving aan de rechthebbende of de vervoerder.

Als de rechthebbende of de vervoerder beroep heeft ingesteld bij de arbeidsrechtbank, dan wordt de verjaring echter geschorst totdat een in kracht van gewijsde gegane beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding. De verjaring wordt verder gestuit conform artikel 2244 tot en met 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

De verjaring wordt ook geschorst tijdens periodes van werkloosheidsuitkeringen of periodes waarin de tegemoetkoming herleid is tot nul conform artikel 22 van het decreet van 6 juli 2018.

Als de inbreuk, vermeld in het eerste lid, aanleiding heeft gegeven tot strafrechtelijke vervolging, wordt de verjaring geschorst totdat een in kracht van gewijsde gegane beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding.

Afdeling 2. Sancties ten laste van de zorgvoorzieningen

Onderafdeling 1. Algemeen

Art. 61. De documenten die de betaling van de tegemoetkomingen toestaan, vermeld in artikel 43, §1, eerste lid, 1° tot en met 5° van het decreet van 6 juli 2018, zijn:

- 1° de betalingsverbintenissen van de verzekeringsinstellingen;
- 2° de facturen van de zorgvoorzieningen;
- 3° de goedkeuring van de tegemoetkomingsaanvraag.

Onderafdeling 2. Overbodige zorg

Art. 62. Om na te gaan of zorg overbodig is als vermeld in artikel 43, §1, eerste lid, 6°, van het decreet van 6 juli 2018, kan de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, aan de Zorgkassencommissie vragen een controle uit te voeren conform artikel 25 van het decreet van 6 juli 2018.

Op basis van de resultaten van het onderzoek van de Zorgkassencommissie en na advies van de Expertencommissie die voorafgaand in dialoog gaat met de betreffende sectorale adviescommissie stelt de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, vast of de zorg al dan niet overbodig is conform artikel 43, §1, eerste lid, 6°, van het decreet van 6 juli 2018.

Art. 63. §1. De zorgvoorziening wordt op de hoogte gebracht van het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuk, vermeld in artikel 43, §1, van het decreet van 6 juli 2018, opgemaakt door de leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, met een aangetekende zending, binnen veertien werkdagen, vanaf de dag nadat de inbreuk is vastgesteld.

§2. De beslissing om de sanctie, vermeld in artikel 43, §4, van het decreet van 6 juli 2018 al dan niet op te leggen, wordt genomen door de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft.

De beslissing wordt genomen nadat de zorgvoorziening met een aangetekende zending is uitgenodigd om binnen veertien werkdagen haar verweer te laten gelden.

De beslissing van de leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft bepaalt het bedrag van de geldboete.

De zorgvoorziening wordt met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van de beslissing, vermeld in het eerste lid. Die beslissing wordt geacht te zijn ontvangen op de eerste werkdag nadat de briefomslag bij de post overhandig is. Die beslissing heeft uitwerking de dag van de kennisgeving.

§3. De opbrengst van de administratieve geldboetes wordt aan het agentschap overgemaakt.

§4. De administratieve geldboete wordt betaald binnen twee maanden vanaf de datum van de kennisgeving van de beslissing.

De definitieve beslissing tot betaling van de geldboete is van rechtswege uitvoerbaar.

Een kopie van de beslissing van de leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft wordt aan de verzekeringsinstelling bezorgd.

Als de zorgvoorziening nalaat om de geldboete te betalen, kan de geldboete betaald worden conform artikel 35 van het decreet van 6 juli 2018.

§5. Een geldboete kan niet meer worden uitgesproken vanaf de dag dat er vijf jaar verlopen zijn sinds de inbreuk is begaan.

De kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling stuit de verjaring van de inbreuk, vermeld in het eerste lid.

De uitgesproken administratieve sanctie verjaart na vijf jaar. De verjaringstermijn begint op de dag na de kennisgeving aan de zorgvoorziening.

Als de zorgvoorziening beroep heeft ingesteld bij de arbeidsrechtbank, dan wordt de verjaring echter geschorst totdat een in kracht van gewijsde gegane beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding. De verjaring wordt verder gestuit conform artikel 2244 tot en met 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

Als de inbreuk aanleiding heeft gegeven tot strafrechtelijke vervolging, wordt de verjaring geschorst totdat een in kracht van gewijsde gegane beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding.

Onderafdeling 3. Bedrog

Art. 64. De verzekeringsinstelling of de rechthebbende kan de ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog bij de zorgvoorziening melden aan het agentschap.

De leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, kan de zorgvoorziening met een aangetekende zending op de hoogte brengen van de feiten waarop de aanwijzingen berusten. De aangetekende zending wordt geacht ontvangen te zijn op de derde werkdag nadat de brief aan de postdiensten is overhandigd. Hij nodigt de zorgvoorziening uit hem zijn verweermiddelen mee te delen met een aangetekende zending binnen vijftien werkdagen.

Na het onderzoek van de verweermiddelen, of als hij geen verweermiddelen ontvangen heeft binnen de termijn, vermeld in het vorige lid, bezorgt de leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, het dossier aan de zorginspectie. De zorginspectie onderzoekt alle nodige elementen, evalueert de verweermiddelen en rapporteert aan het agentschap. Het agentschap neemt de beslissing op basis van het rapport van de zorginspectie. Als het agentschap beslist de uitbetalingen te schorsen, bepaalt het de duur van de periode van de schorsing. Het agentschap bepaalt ook of de schorsing geheel of gedeeltelijk is.

De uitvoerbare beslissing van de leidend ambtenaar of van de ambtenaar die hij aangewezen heeft, vermeld in het derde lid, is gemotiveerd. De zorgvoorziening wordt met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van de beslissing, vermeld in het derde lid. De beslissing heeft uitwerking, niettegenstaande beroep, vanaf de derde werkdag nadat de brief aan de postdiensten is overhandigd. Een afschrift van de beslissing wordt gelijktijdig ter kennisgeving meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen.

Een niet schorsend beroep kan ingesteld worden bij de arbeidsrechtbank die bevoegd is conform artikel 50 van het decreet van 6 juli 2018.

De opschorting vervalt van rechtswege als binnen het jaar na de beslissing geen proces-verbaal van vaststelling is opgesteld.

Afdeling 3. Administratieve geldboeten

Art. 65. Het dwangbevel, vermeld in artikel 46 van het decreet van 6 juli 2018, wordt gevisieerd en uitvoerbaar verklaard door hetzij de leidend ambtenaar, hetzij de ambtenaar die hij aangewezen heeft.

Afdeling 4. Verplichtingen voor de verzekeringsinstellingen, de zorgvoorzieningen en de rechthebbenden

Art. 66. §1. De zorgvoorzieningen, en de rechthebbenden, alsook hun aangestelden of gevolmachtigden, bezorgen aan de inspecteurs, vermeld in artikel 2, 7° van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid binnen dertig dagen vanaf de datum van aanvraag alle inlichtingen en documenten die in het kader van het toezicht, vermeld in artikel 41 van het decreet van 6 juli 2018, vereist zijn.

§2. De verzekeringsinstellingen bezorgen binnen dertig dagen vanaf de datum van aanvraag aan de inspecteurs, vermeld in artikel 2, 7° van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, op een papieren dan wel elektronische drager, al de volgende gegevens die nodig zijn om te oordelen over het recht op tegemoetkoming voor zorg en voor reiskosten als vermeld het decreet van 6 juli 2018:

- 1° de gegevens die nodig zijn voor de volledige identificering van:
 - a) de zorg die wordt toegekend op grond van het decreet van 6 juli 2018;
 - b) de zorgvoorzieningen die de zorg hebben voorgeschreven, uitgevoerd of afgeleverd;
 - c) van de rechthebbende;
- 2° de gegevens slaan zowel op zorg die in rekening is gebracht, als op zorg die de Vlaamse Gemeenschap heeft terugbetaald of waarvan de Vlaamse Gemeenschap gevraagd wordt ze terug te betalen.

Art. 67. §1. Het agentschap kan de verzekeringsinstellingen vragen met behulp van elektronisch opgeslagen en verwerkte gegevens, lijsten op te stellen in de vorm van geïntegreerde bestanden als vermeld in artikel 49, §1, van het decreet van 6 juli 2018.

§2. Aan de verzekeringsinstelling wordt door de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, een administratieve geldboete opgelegd van 250 euro, per aanvraag van het agentschap als, hetzij de gegevens op de lijsten, vermeld in artikel 49, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, niet overeenkomen met de authentieke bron of niet de nodige gegevens bevatten voor de volledige identificering van de zorg die wordt toegekend op grond van dit decreet, van de zorgvoorzieningen die de zorg hebben voorgeschreven, uitgevoerd of afgeleverd en van de begunstigden, hetzij bij gebreke aan waarmaking door een gevolmachtigde als vermeld in artikel 49, §1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018.

Als er verzachtende omstandigheden zijn, kan de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, een administratieve geldboete opleggen die lager is dan de administratieve geldboete, vermeld in het eerste lid, maar die niet lager kan zijn dan 50% van het bedrag, vermeld in het eerste lid. Hij kan overigens volledig of gedeeltelijk uitstel van betaling van de geldboete

toekennen. Het uitstel kan toegestaan worden gedurende een termijn van twee jaar vanaf de datum van de beslissing als bij het uitspreken van een administratieve geldboete is vastgesteld dat aan de verzekeringsinstelling tijdens de twee vorige jaren geen enkele straf voor soortgelijke overtredingen is opgelegd. De beslissing waarin het uitstel wordt toegestaan of geweigerd, moet is met redenen omkleed zijn. Als de verzekeringsinstelling gedurende die termijn van twee jaar een nieuwe inbreuk pleegt, dan worden de uitgestelde en de nieuwe sanctie samengevoegd.

De wijze waarop de inbreuken op de verplichting vermeld in paragraaf 1 worden vastgesteld, zowel wat betreft de interne als de externe controles maakt deel uit van de samenwerkingsovereenkomst met de verzekeringsinstellingen vermeld in artikel 6, tweede lid van het decreet van 6 juli 2018.

De verzekeringsinstelling in kwestie wordt binnen dertig dagen met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van het verslag met de vaststelling van de inbreuk. Een exemplaar van het verslag wordt bezorgd aan de leidend ambtenaar.

Een geldboete kan niet meer worden uitgesproken vanaf de dag dat er twee jaar verlopen vanaf het einde van de maand waarin de inbreuk is begaan. De kennisgeving van het verslag met de vaststelling van de inbreuk stuit de verjaring.

De betrokken verzekeringsinstelling beschikt over twee maanden nadat ze het verslag heeft ontvangen, om verweermiddelen te laten gelden door een aangetekende zending te sturen naar de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft.

De leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft beslist of een administratieve geldboete wordt opgelegd nadat hij de verzekeringsinstelling uitgenodigd heeft verweermiddelen te laten gelden.

De beslissing van de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, bepaalt het bedrag van de geldboete. Bij de beslissing is een uitnodiging gevoegd om de geldboete te vereffenen binnen drie maanden vanaf de dag van de kennisgeving van de beslissing. De opbrengst van de geldboetes wordt aan het agentschap overgemaakt.

Als de verzekeringsinstelling de geldboete niet betaalt, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft die niet is betwist of de gerechtelijke beslissing die in kracht van gewijsde is gegaan aan de Vlaamse Belastingdienst bezorgd om het bedrag van de geldboete in te vorderen.

§3. De uitgesproken administratieve sanctie verjaart na vijf jaar. De verjaringstermijn begint op de dag die volgt op de kennisgeving.

Als de verzekeringsinstelling beroep heeft ingesteld bij de arbeidsrechtbank, dan wordt de verjaring echter geschorst totdat een in kracht van gewijsde gegane beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding. De

verjaring wordt verder gestuit conform artikel 2244 tot en met 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

Afdeling 5. Verjaring

Art. 68. §1. De aangetekende zending tot stuiting van de verjaring, vermeld in artikel 51, achtste lid, van het decreet van 6 juli 2018, voldoet aan al de volgende voorwaarden:

- 1° de brief wordt aangetekend verstuurd met ontvangstmelding;
- 2° de brief wordt verzonden door de advocaat, door de gerechtsdeurwaarder die daarvoor is aangesteld of door de persoon die in rechte mag verschijnen namens de persoon die de verjaring wenst te stuiten;
- 3° de brief wordt verstuurd naar de woonplaats of hoofdverblijfplaats van de natuurlijke persoon of de maatschappelijke zetel van de rechtspersoon waartegen de verjaring wordt gestuit;
- 4° de brief bevat al de volgende gegevens:
 - a) de gegevens van de partij die de verjaring wil stuiten, namelijk:
 - 1) voor de natuurlijke persoon: de voor- en achternaam en de woonplaats of de hoofdverblijfplaats;
 - 2) voor de rechtspersoon: de juridische vorm, de benaming en het adres van de maatschappelijke zetel of de administratieve zetel;
 - b) de gegevens van de persoon tegen wie de verjaring wordt gestuit, namelijk:
 - 1) voor de natuurlijke persoon: de voor- en achternaam en de woonplaats of de hoofdverblijfplaats;
 - 2) voor de rechtspersoon: de benaming, de juridische vorm en het adres van de maatschappelijke zetel;
 - c) de beschrijving van de tegemoetkoming;
 - d) de verantwoording van de bedragen die worden (terug)gevorderd;
 - e) de termijn waarin de partij tegen wie de verjaring wordt gestuit zijn verbintenis kan nakomen voordat bijkomende vorderingsmaatregelen worden genomen;
 - f) de mogelijkheid om in rechte op te treden als de partij tegen wie de verjaring wordt gestuit niet binnen de vastgestelde termijn reageert;
 - g) de verjaringsstuitende werking van de ingebrekestelling;
 - h) de handtekening van de advocaat van de verzekeringsinstelling, van de gerechtsdeurwaarder die daarvoor aangesteld is of van de persoon die in rechte mag verschijnen namens de persoon die de verjaring wil stuiten.

§2. De verjaring, vermeld in artikel 51 van het decreet van 6 juli 2018, kan ook gestuit worden door een elektronisch bestand te versturen, als dat bevestigd wordt in een aangetekende zending. De aangetekende zending bevat de referentie van de stuiting, vermeld in het elektronisch bestand.

De minister legt de vorm van het elektronisch bestand vast.

Art. 69. De leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, oordeelt, voor elk afzonderlijk geval waarin hij wordt ingeroepen, over het

bestaan van overmacht, die conform artikel 51, negende lid, van het decreet van 6 juli 2018, de verjaring schorst.

Art. 70. §1. De zorgvoorziening en van de rechthebbende worden met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van de beslissing van de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft

De beslissing wordt ook meegedeeld aan de verzekeringsinstelling.

§2. De beslissing van hetzij de leidend ambtenaar, hetzij de ambtenaar die hij aangewezen heeft, die het bestaan van de overmacht afwijst, wordt met redenen omkleed. De kennisgeving van de beslissing, vermeld in de eerste paragraaf, aan de zorgvoorziening en aan de rechthebbende vermeldt dat tegen de beslissing beroep kan worden ingesteld bij de arbeidsrechtbank, alsook de vormen waarin en de termijnen waarin het beroep moet worden ingesteld.

Deel 2. Psychiatrische verzorgingstehuizen

Titel 1. Erkenning

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Art. 71. Deze titel bepaalt de normen waaraan moet worden voldaan om een erkenning als psychiatrisch verzorgingstehuis te bekomen en te behouden.

De leidend ambtenaar verleent de erkenning per psychiatrisch verzorgingstehuis, en legt het maximaal aantal zorggebruikers vast dat het psychiatrisch verzorgingstehuis dagelijks gelijktijdig kan ondersteunen op basis van een verblijfsovereenkomst als vermeld in artikel 76. Dat aantal is de opnamecapaciteit van het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Hoofdstuk 2. Algemene werkingsnormen

Art. 72. De herstelondersteunende zorg is gericht op het behoud van de resterende vaardigheden, de versterking van het zelfzorgvermogen en de zelfregie van de zorggebruiker, inclusief het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte en de psychische kwetsbaarheid, en de ondersteuning van de ontwikkeling van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren.

Afhankelijk van de zorgbehoeften, wensen, competenties en mogelijkheden van de zorggebruiker, bestaat de herstelondersteunende zorg uit:

- 1° vaardigheden helpen behouden en aanleren;
- 2° de zorggebruiker tijdens de uitvoering van zijn activiteiten ondersteunen of begeleiden;
- 3° activiteiten overnemen als de zorggebruiker die niet zelf kan uitvoeren.

De herstelondersteunende zorg is gericht op de volgende domeinen:

- 1° zelfzorg zoals wassen, aankleden, koken, huishoudelijke taken, geldbeheer en administratie;
- 2° lichamelijke en psychische gezondheid vanuit medisch en krachtgericht perspectief;

- 3° dagbesteding en vrijetijd;
- 4° sociale contacten;
- 5° zingeving.

Hoofdstuk 3. Zorgverleningsnormen

Afdeling 1. Algemeen

Art. 73. Het psychiatrisch verzorgingstehuis voorziet in herstelondersteunende zorg met een permanent toezicht op de zorggebruikers die er verblijven, zowel overdag als 's nachts. In elk psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven minstens tien zorggebruikers.

Afdeling 2. Opnamebeleid

Art. 74. Het psychiatrisch verzorgingstehuis werkt criteria uit voor de opname van zorggebruikers op basis van de algemene werkingsnormen, vermeld in artikel 72, en het non-discriminatiebeginsel, vermeld in artikel 87.

Art. 75. Het psychiatrisch verzorgingstehuis hanteert een instroomprocedure die beschrijft hoe kandidaat-zorggebruikers zich aanmelden bij het psychiatrisch verzorgingstehuis, hoe de zorgbehoeften van de kandidaat-zorggebruiker op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze in kaart worden gebracht, en hoe de opnamecriteria, vermeld in artikel 74, getoetst worden.

Het instroombeleid wordt periodiek geëvalueerd door de coördinator en teamleden, vermeld in artikel 91, samen met de coördinerend psychiater, vermeld in artikel 92.

Art. 76. §1. Het psychiatrisch verzorgingstehuis sluit met de zorggebruikers een verblijfsovereenkomst waarin de volgende elementen worden opgenomen:

- 1° de identificatie van het psychiatrisch verzorgingstehuis en de zorggebruiker;
- 2° de belangrijkste verblijfsvoorwaarden;
- 3° de begindatum;
- 4° de duur van de overeenkomst;
- 5° de kosten ten laste van de zorggebruiker die niet in de verblijfskosten zijn inbegrepen;
- 6° de specifieke regelingen als de zorggebruiker tijdelijk afwezig is of overleden;
- 7° de opzegvoorwaarden voor het verblijf;
- 8° de klachtenprocedure;
- 9° de verblijfskosten;
- 10° de proefperiode.

De verblijfsovereenkomst kan alleen gewijzigd worden na voorafgaande kennisgeving aan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

De overeenkomst eindigt in onderling akkoord, als één van de partijen de overeenkomst opzegt of de zorggebruiker overlijdt. De overeenkomst wordt

opgezegd met een aangetekende zending of tegen afgifte van een ontvangstbewijs.

Bij de verblijfsovereenkomst wordt een kopie van het reglement, vermeld in artikel 110, en een bijkomend huishoudelijk reglement gevoegd waarin alle andere relevante verblijfsvoorwaarden en regels worden bepaald, die niet vastgesteld zijn in de verblijfsovereenkomst. In het huishoudelijk reglement wordt onder andere het beleid rond ethische problematieken beschreven. Elke zorggebruiker ondertekent het huishoudelijk reglement voor akkoord.

Wijzigingen aan het huishoudelijk reglement worden vooraf meegedeeld aan de zorggebruiker en kunnen op zijn vroegst toegepast worden dertig dagen nadat de zorggebruiker ervan op de hoogte is gebracht.

§2. Met uitzondering van het aanvaarden van de herstelondersteunende zorg geleverd door de personeelsleden van het psychiatrisch verzorgingstehuis en de coördinerend en behandelend psychiater, vermeld in artikel 92, heeft de zorggebruiker recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar, vermeld in artikel 2, 3°, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

§3. Onder voorbehoud van paragraaf 4 of 5, kunnen de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de verblijfsovereenkomst, vermeld in paragraaf 1, beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van dertig dagen. De tijdelijke opname van een zorggebruiker in een ziekenhuis leidt evenwel niet tot de beëindiging van de verblijfsovereenkomst.

Onder voorbehoud van paragraaf 4 of 5 kan het psychiatrisch verzorgingstehuis de verblijfsovereenkomst, vermeld in paragraaf 1, beëindigen met inachtneming van de volgende opzegtermijnen en in de volgende gevallen:

- 1° zestig dagen, als volgens het oordeel van de coördinerend en behandelend psychiater, vermeld in artikel 92, de lichamelijke of geestelijke toestand van de zorggebruiker van die aard is dat een definitieve overplaatsing naar een meer passende voorziening noodzakelijk is. In dit geval staat het psychiatrisch verzorgingstehuis in voor de verwijzing naar een passend verblijf in overleg met de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger en zijn context, en verlengt het de opzeggingstermijn als dat nodig is;
- 2° dertig dagen, als volgens het oordeel van de beheerinstantie het gedrag van de zorggebruiker ernstig storend is voor de andere zorggebruikers of als het gedrag van de zorggebruiker de begeleiding in ernstige mate verhindert. In dat geval zend het psychiatrisch verzorgingstehuis voorafgaand een schriftelijke aanmaning aan de zorggebruiker met het dwingend verzoek om de tekortkomingen, vermeld in de aanmaning, te verhelpen. Als de zorggebruiker geen gevolg geeft aan die aanmaning kan het psychiatrisch verzorgingstehuis, na goedkeuring door de coördinerend en behandelend psychiater, vermeld in artikel 92, de verblijfsovereenkomst opzeggen.

De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag van de maand die volgt op de maand waarin de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker of het psychiatrisch verzorgingstehuis.

§4. De eerste dertig dagen van het verblijf worden beschouwd als een proefperiode. Tijdens die periode geldt voor de zorggebruiker een verkorte opzeggingstermijn van zeven dagen en geldt voor het psychiatrisch verzorgingstehuis een verkorte opzeggingstermijn van dertig dagen. De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag van de maand waarin de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker of het psychiatrisch verzorgingstehuis.

§5. De zorggebruiker en het psychiatrische verzorgingstehuis kunnen in onderling schriftelijk akkoord afwijken van de termijnen, vermeld in dit artikel.

Afdeling 3. Zorgplan

Art. 77. De zorg door het psychiatrisch verzorgingstehuis vertrekt van een zorgvuldige en gestructureerde verkenning van de zorgbehoeften van de zorggebruiker en zijn context op de diverse levensdomeinen, vermeld in artikel 72.

Op basis van de zorgbehoeften, vermeld in het eerste lid, werken de zorggebruiker en de begeleiders een zorgplan uit. Als dat mogelijk is en als de zorggebruiker dat wenst, worden ook personen uit de context betrokken bij de uitwerking van het zorgplan. Het zorgplan omvat een overzicht van de zorgbehoeften, de voorkeuren van de zorggebruiker, de doelstellingen die men door middel van de begeleiding wil bereiken, een prioritering van de doelstellingen en een plan van aanpak van de prioritaire doelstellingen in de vorm van acties en zorgactiviteiten.

De uitgevoerde acties en het zorgplan, vermeld in het tweede lid, worden bij voorkeur continu geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Minstens om de twaalf maanden wordt het volledig zorgplan geëvalueerd samen met de zorggebruiker en, als de zorggebruiker dat wenst, zijn context. Na elke evaluatie wordt een gemotiveerd besluit genomen tot staving van de verdere zorg op de verschillende levensdomeinen en over de beëindiging of voortzetting van de zorg.

Art. 78. Van iedere zorggebruiker wordt een individueel dossier bijgehouden dat minimaal de volgende elementen en gegevens bevat:

- 1° de identiteitsgegevens;
- 2° de voorgeschiedenis;
- 3° de medische, sociale en juridische basisinformatie;
- 4° de verblijfsovereenkomst;
- 5° het zorgplan van de zorggebruiker.

De privacy van de zorggebruiker wordt maximaal gewaarborgd bij de bewaring en raadpleging van het dossier.

Art. 79. De zorggebruiker kan voor onderzoek, bij psychische crisistoestand of bij noodzaak aan somatische behandeling en verzorging, tijdelijk opgenomen worden in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis.

Art. 80. Het psychiatrisch verzorgingstehuis voert een beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en crisissen. Het ontwikkelt via vorming de nodige expertise daarvoor.

Art. 81. Het psychiatrisch verzorgingstehuis communiceert zijn zorgaanbod en zijn intern beleid rond instroom, doelgroepen, ontslag en doorstroom naar de kandidaat-zorggebruikers en relevante netwerkpartners. Het stemt dit zorgaanbod en interne beleid met de relevante netwerkpartners af.

Art. 82. Het psychiatrisch verzorgingstehuis kan voor de aflevering van de geneesmiddelen aan de zorggebruikers een beroep doen op een ziekenhuisapotheek.

Afdeling 4. Zakgeld

Art. 83. Iedere zorggebruiker beschikt over een minimaal maandbedrag van 192,43 euro dat uitsluitend als zakgeld dient voor persoonlijke doeleinden.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is niet bestemd om de aankoop, de was, het onderhoud en de herstelling van kleding, schoenen, bril en prothesen te dekken, noch de kosten van het persoonlijk aandeel van de zorggebruiker in de opnemingsprijs, noch de kosten voor verzekeringen en de eventuele vergoeding van de bewindvoerder over de persoon of de goederen van de zorggebruiker.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, 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 waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het 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.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

Afdeling 5. Ontslag en nazorg

Art. 84. Het psychiatrisch verzorgingstehuis voert een duidelijk beleid rond het ontslag van zijn zorggebruikers, dat regelmatig wordt geëvalueerd en beleidsmatig besproken.

Art. 85. Bij elk ontslag van een zorggebruiker wordt een brief opgemaakt met een verslag over de zorg en de ondersteuning tijdens het verblijf.

Art. 86. Als een zorggebruiker tijdelijk wordt opgenomen in een andere residentiële zorg- of welzijnsvoorziening, staat het personeel van het

psychiatrisch verzorgingstehuis gedurende ten minste drie maanden ter beschikking van de zorggebruiker voor verdere begeleiding op voorwaarde dat de kans op terugkeer naar het psychiatrisch verzorgingstehuis reëel blijft.

Als een zorggebruiker wordt doorverwezen naar een andere residentiële zorg- of welzijnsvoorziening, zorgt het psychiatrisch verzorgingstehuis voor een vlotte overgang.

Afdeling 6. Non-discriminatie

Art. 87. Het psychiatrisch verzorgingstehuis waarborgt de volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging, van zijn zorggebruikers.

Bij de uitvoering van zijn opdrachten waarborgt het psychiatrisch verzorgingstehuis non-discriminatie op het vlak van leeftijd, seksuele geaardheid, burgerlijke staat, geboorte, vermogen, geloof of levensbeschouwing, politieke overtuiging, taal, huidige of toekomstige gezondheidstoestand, een handicap, een fysieke of genetische eigenschap of sociale afkomst.

Afdeling 7. Klachten

Art. 88. Het psychiatrisch verzorgingstehuis werkt een interne klachtenprocedure uit. Het deelt op een systematische en toegankelijke wijze aan iedere nieuwe zorggebruiker het doel, de werking en de bereikbaarheid mee van de ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg die verbonden is aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, vermeld in artikel 11 tot en met 21 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

Hoofdstuk 4. Functionele en organisatorische werkingsnormen

Art. 89. Het psychiatrisch verzorgingstehuis, beschikt over een eigen organogram en wordt afzonderlijk van andere instellingen of diensten beheerd.

In de beheersorganen van het psychiatrisch verzorgingstehuis zit een vertegenwoordiger van de zorggebruikers of hun context of ervaringsdeskundigen van een representatieve gebruikers- of familievereniging.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis voert een systematisch, expliciet en transparant beleid. Dat beleid wordt geëvalueerd.

In dit artikel wordt onder evaluatie onder andere, maar niet uitsluitend, verstaan: beoordeling van de werking van het psychiatrisch verzorgingstehuis op basis van kwaliteitsindicatoren, registratiegegevens, vorming en begeleiding.

Art. 90. Het psychiatrisch verzorgingstehuis bezorgt het agentschap jaarlijks de gegevens, die opgenomen zijn in bijlage 1, die bij dit besluit is gevoegd, voor de analyse van die gegevens, voor de evidence based beleidsvoering voor het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid en voor de informatieverstrekking daarover, vermeld in artikel 13, §6, van het decreet van 6 juli 2018.

In ieder psychiatrisch verzorgingstehuis wordt een persoon door de beheerinstantie belast met de coördinatie van de bezorging van de gegevens, vermeld in het eerste lid, aan het agentschap en de pseudonimisering van de persoonsgegevens die onder de gegevens, vermeld in het eerste lid, vallen. Deze gegevens bieden de mogelijkheid om tot beleidsmatige inzichten te komen en maatregelen te rechtvaardigen.

Hoofdstuk 5. Personeelsnormen

Art. 91. Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt voor de herstelondersteunende zorg van de zorggebruiker over een multidisciplinair team onder leiding van een coördinator die de nodige competenties voor leidinggeven en management bezit.

De coördinator, vermeld in het eerste lid, niet meegerekend, is er een personeelscapaciteit van minimaal dertien voltijdse equivalenten per dertig zorggebruikers, onder wie maximaal vijf voltijdse equivalenten zorgkundigen zijn, en minimaal acht voltijdse equivalenten met een van de volgende kwalificaties:

- 1° verpleegkundige, bij voorkeur psychiatrische verpleegkundige;
- 2° maatschappelijk werker;
- 3° maatschappelijk assistent;
- 4° orthopedagoog;
- 5° ergotherapeut;
- 6° psycholoog;
- 7° kinesitherapeut;
- 8° opvoeder.

Minstens vier van de acht gekwalificeerde personeelsleden, vermeld in het tweede lid, zijn in het bezit van een graad van bachelor of master.

De personeelsnorm, vermeld in het tweede lid, wordt verhoogd met een halftijds orthopedagoog per vijftien zorggebruikers met een verstandelijke beperking.

Per dertig zorggebruikers wordt er, binnen de personeelsnorm, vermeld in het tweede lid, een teamverantwoordelijke aangesteld.

Het team van begeleiders is in staat om een multidisciplinaire aanpak te garanderen voor elke zorggebruiker in begeleiding, met onder meer psycho-educatie en psychosociale interventies.

Art. 92. Het psychiatrisch verzorgingstehuis stelt een of meer coördinerend en behandelende artsen-specialisten in de psychiatrie of neuropsychiatrie aan, die verantwoordelijk zijn voor:

- 1° de medisch-psychiatrische behandeling van de opgenomen zorggebruikers. Die taak omvat:
 - a) de medisch-psychiatrische behandeling tijdens het verblijf in het psychiatrisch verzorgingstehuis instellen, periodiek opvolgen en eventueel bijsturen;

- b) de eventuele onderzoeken ter evaluatie van de medisch-psychiatrische behandeling aanvragen en opvolgen;
 - c) overleg plegen met de behandelende huisarts en eventuele andere behandelaars van de zorggebruikers over somatische en psychische problematieken;
 - d) de medicatie voor de psychiatrische problematiek voorschrijven en opvolgen;
 - e) beschikbaarheid zijn voor overleg en contact met de opgenomen zorggebruikers en hun naasten;
 - f) administratieve documenten opmaken;
 - g) de opvolging van ethische thematieken;
- 2° de medisch-psychiatrische coördinatie van het psychiatrisch verzorgingstehuis. Die taak omvat:
- a) beslissen over de opname en het ontslag van zorggebruikers in het psychiatrisch verzorgingstehuis door minstens instroomgesprekken bij te wonen;
 - b) het opname- en ontslagbeleid evalueren en bekrachtigen;
 - c) overleg plegen en contacten onderhouden met verwijzers en netwerkpartners;
 - d) de interventiescenario's in geval van crisissituaties ontwerpen en toepassen;
 - e) de herstelondersteunende zorgprocessen superviseren door minstens teamvergaderingen bij te wonen;
 - f) het vormingsbeleid voor het ondersteunend en begeleidend personeel mee aansturen;
 - g) het strategische en operationele beleid, in samenwerking met de coördinator mee uitwerken.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over minimaal zes uur per week coördinerende en behandelende psychiatertijd om de verantwoordelijkheden, vermeld in het eerste lid, te vervullen en kan aantonen dat de opdrachten, vermeld in het eerste lid, gerealiseerd worden. Het precies aantal te vervullen uren is afhankelijk van het aantal zorggebruikers en wordt vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst tussen het psychiatrisch verzorgingstehuis en de psychiater.

Art. 93. Op geregelde tijdstippen vindt een teamoverleg plaats waarin alle disciplines zijn vertegenwoordigd, inclusief de psychiater, vermeld in artikel 92.

Hoofdstuk 6. Huisvestingsnormen

Afdeling 1. Ligging, leefomgeving en leefklimaat

Art. 94. Het psychiatrisch verzorgingstehuis wordt binnen de lokale leefgemeenschap gevestigd, buiten de campus van een psychiatrisch ziekenhuis.

Art. 95. Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over een tuin of een terras.

Art. 96. De ramen maken een open zicht op de omgeving van het psychiatrisch verzorgingstehuis mogelijk.

Art. 97. Het psychiatrisch verzorgingstehuis garandeert een gezellig leefklimaat.

Afdeling 2. Gemeenschappelijke ruimtes

Art. 98. Het psychiatrisch verzorgingstehuis omvat minstens de volgende gemeenschappelijke ruimtes:

- 1° een eetkamer;
- 2° een zitkamer, bij voorkeur gescheiden van de eetkamer die zo gezellig en huiselijk mogelijk wordt ingericht;
- 3° een ruimte voor gemeenschappelijke activiteiten en dagbestedingsactiviteiten;
- 4° een ruimte voor individuele hulp- en begeleiding;
- 5° een ruimte voor het personeel.

Elk psychiatrisch verzorgingstehuis met verdiepingen beschikt over een of meer liften.

Afdeling 3. Kamers

Art. 99. Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over ten minste tien bedden, verdeeld over een- en tweepersoonskamers. Het maximum aantal van twee bedden per kamer wordt niet overschreden.

Ten minste de helft van de zorggebruikers beschikt over een individuele kamer. In een tweepersoonskamer kan een afscheiding tussen de twee bedden worden gezet.

In bouwplannen die opgesteld worden vanaf 1 januari 2019, wordt gestreefd naar een zo groot mogelijk aantal eenpersoonskamers.

Art. 100. De oppervlakte van de individuele kamers bedraagt minstens acht vierkante meter. De tweepersoonskamers hebben een oppervlakte van ten minste twaalf vierkante meter. Bij nieuwbouw gaat de voorkeur naar ruimere kamers.

De kamers worden zodanig ingericht dat een gezellig verblijf gegarandeerd is.

Afdeling 4. Rolstoeltoegankelijkheid

Art. 101. Het psychiatrisch verzorgingstehuis is aangepast aan de behoeften van mindervalide zorggebruikers.

Alle deuren zijn breed genoeg om een rolstoel door te laten.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis bepaalt hoeveel kamers in welke mate worden aangepast voor mindervalide zorggebruikers, afhankelijk van de doelgroep. In bouwplannen die opgesteld worden vanaf 1 januari 2019 is minimaal 20% van de kamers aangepast voor mindervalide zorggebruikers.

De kamers zijn voldoende ruim om bij mindervalide zorggebruikers te kunnen gebruik maken van ondersteunende materialen tijdens zorgmomenten.

Afdeling 5. Sanitaire installaties

Art. 102. Er zijn voldoende sanitaire installaties voor zorggebruikers en personeel. De sanitaire installaties voor zorggebruikers bevinden zich in de onmiddellijke omgeving van eetkamers, zitkamers en ruimten voor gemeenschappelijke activiteiten.

Art. 103. De sanitaire installaties bestaan uit ten minste:

- 1° een wastafel met stromend, warm en koud water per zorggebruiker;
- 2° een bad of douche per zes zorggebruikers;
- 3° een toilet per zes zorggebruikers, waarbij het nodige aantal toiletten voor mindervalide zorggebruikers toegankelijk is. Elke verdieping beschikt over minstens over één toilet. In bouwplannen die opgesteld worden vanaf 1 januari 2019 is in iedere kamer een toilet voorzien.

Afdeling 6. Veiligheid

Art. 104. De deuren van de toiletten en de badkamers gaan open naar buiten en zijn uitgerust met veiligheidssloten die het personeel van buitenaf kan bedienen.

Art. 105. De kamers en sanitaire installaties beschikken over een discreet en doeltreffend oproepsysteem.

Art. 106. De geneesmiddelen worden op naam van iedere zorggebruiker bewaard in een kast op slot die zich bevindt in een lokaal dat voor de zorggebruikers niet vrij toegankelijk is.

Art. 107. De dossiers van de zorggebruikers worden bewaard in een lokaal dat voor de zorggebruikers niet vrij toegankelijk is.

Art. 108. Het psychiatrisch verzorgingstehuis voldoet aan de toepasselijke brandveiligheidsreglementering en neemt alle voorzorgsmaatregelen om brandgevaar te voorkomen.

Het brandgevaar wordt voorkomen door:

- 1° de brandbare materialen in vloeren en muren te beschermen met onontvlambare bekleding;
- 2° een voldoende aantal blustoestellen aan te brengen;
- 3° alle liften in onbrandbare of brandwerend gemaakte materialen uit te voeren;
- 4° in toegangswegen te voorzien voor de voertuigen van de brandweer;
- 5° in duidelijk aangeduide evacuatie-mogelijkheden te voorzien;
- 6° adequate branddetectie systemen aanbrengen, bij voorkeur elektronisch;
- 7° vorming over brandveiligheid voor zowel zorggebruikers als personeel te organiseren.

Hoofdstuk 7. Tijdelijke en gemotiveerde afwijking van de erkenningsnormen

Art. 109. Op gemotiveerde aanvraag van het psychiatrisch verzorgingstehuis kan het agentschap, in het kader van een proefproject, overeenkomstig artikel 58 van het decreet van 6 juli 2018, het psychiatrisch verzorgingstehuis een tijdelijke afwijking van een of meer erkenningsnormen toestaan.

Het agentschap kan op gemotiveerde aanvraag van het psychiatrisch verzorgingstehuis ook een tijdelijke afwijking van de huisvestingsnormen, vermeld in artikel 94 tot en met 108, toestaan.

De aanvraag, vermeld in het eerste en tweede lid, wordt ingediend bij het agentschap. Een aanvraag vermeldt duidelijk op welke normen ze betrekking heeft en bevat minstens een motivatie voor de aanvraag en een voorstel met de alternatieve maatregelen om de veiligheid van de zorggebruikers en de kwaliteit van de verstrekte zorg op een voldoende niveau te waarborgen.

Hoofdstuk 8. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van zorggebruikers, in het bijzonder medische gegevens

Art. 110. Elk psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt, voor de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op de zorggebruikers, in het bijzonder voor gegevens over gezondheid als vermeld in artikel 4, 15), van de algemene verordening gegevensbescherming, over een reglement voor de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens.

Het reglement wordt aan de zorggebruikers medegedeeld, samen met de informatie, vermeld in artikel 13, lid 1 en 2, van de voormelde verordening.

Het reglement vermeldt, voor elke verwerking, minstens de volgende gegevens:

- 1° het doel van de verwerking;
- 2° in voorkomend geval, de wet, het decreet of de ordonnantie of de reglementaire akte waarbij de verwerking wordt ingesteld;
- 3° de identiteit en de contactgegevens van het psychiatrisch verzorgingstehuis en de beheerinstantie;
- 4° de naam van de persoon onder wiens verantwoordelijkheid gegevens over gezondheid worden verwerkt, vermeld in artikel 13, §1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, en die daarvoor is aangewezen door het psychiatrisch verzorgingstehuis;
- 5° de naam van de persoon die door het psychiatrisch verzorgingstehuis belast is met de veiligheid van de verwerking;
- 6° de identiteit en de contactgegevens van de coördinator, vermeld in artikel 91 van dit besluit;
- 7° de categorieën van personen die toegang hebben tot gegevens over gezondheid of gemachtigd zijn om die gegevens te verkrijgen;
- 8° de categorieën van de betrokkenen;
- 9° de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;
- 10° de organisatie van het circuit van de te verwerken gegevens over gezondheid;
- 11° de procedure om gegevens te anonimiseren of pseudonimiseren;

- 12° de beveiligingsprocedures om toevallige of ongeoorloofde vernietiging van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;
- 13° de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer bewaard, gebruikt of verspreid mogen worden;
- 14° de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke andere vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;
- 15° de onderlinge verbindingen en raadplegingen;
- 16° de gevallen waarin de gegevens worden verwijderd;
- 17° de wijze waarop de zorggebruikers hun rechten vermeld in de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis wijst de persoon onder wiens verantwoordelijkheid de gegevens over gezondheid worden verwerkt, vermeld in artikel 13, §1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, aan.

Het psychiatrisch verzorgingstehuis wijst een persoon aan die belast is met de veiligheid van de verwerking.

Titel 2. Programmatie

Art. 111. De programmatie van de psychiatrische verzorgingstehuizen, vermeld in artikel 61 van het decreet van 6 juli 2018, is 0,6 zorggebruikers per duizend inwoners.

Titel 3. Financiering

Art. 112. De opnemingsprijs wordt vastgesteld per dag.

Art. 113. De opnemingsprijs bestaat uit de volgende drie delen:

- 1° deel A bestaat uit:
 - a) onderdeel A1 dat de aanloopkosten en afschrijvingslasten dekt, 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 dat de korte termijnkredietlasten dekt. Het dekt de financiële lasten van de korte termijn kredietlasten om de normale werking van het psychiatrisch verzorgingstehuis te verzekeren;
- 2° deel B bestaat uit:
 - a) onderdeel B1 dat alle werkingskosten dekt met uitzondering van de lasten van het verzorgend en paramedisch personeel;
 - b) onderdeel B2 dat de lasten van het verzorgend en paramedisch personeel dekt;
 - c) onderdeel B3 dat de kosten voor de registratie van minimale psychiatrische gegevens dekt;
- 3° deel C dat bestaat uit onderdeel C2A en onderdeel C2B, dat de inhaalbedragen bevat voor een tekort of een teveel aan ontvangsten ten opzichte van het budget dat vastgesteld is voor het lopend kalenderjaar of voor het budget dat vastgesteld is voor een of meer vorige kalenderjaren.

Art. 114. §1. Onderdeel A1, vermeld in artikel 113, 1°, a), dekt:

- 1° de 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 ingevolge de leningen, vermeld in 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 eerste lid, worden beperkt tot 192.147,25 euro per zorggebruiker, 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 alsook 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 aankoop prijs 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 113, 1°, b), van dit besluit, gelden de bepalingen voor de psychiatrische ziekenhuizen, vermeld in artikel 30 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018.

Art. 115. Onderdeel B1, vermeld in artikel 113, 2°, a), wordt vastgesteld op 36,67 euro per dag. Dit 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 waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

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

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

Art. 116. Onderdeel B2, vermeld in artikel 113, 2°, b), wordt vastgesteld op 88,18 euro per dag per zorggebruiker met een verstandelijke beperking en 81,46 euro per dag per andere zorggebruiker.

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 waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het 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).

Onderdeel B2, vermeld in artikel 113, 2°, b), dekt de kosten van de volgende zorg:

- 1° de verzorging verleend door verpleegkundigen;
- 2° de kinesithérapieverstrekkings en de logopedieverstrekkings verleend door de zorgverstrekkers, die daarvoor bevoegd zijn, met uitzondering van de kinesithérapieverstrekkings die niet in de psychiatrische behandeling kaderen en die door een behandelende arts, andere dan de coördinerend en behandelend psychiater worden voorgeschreven;
- 3° de bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en elke handeling tot re-activatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;
- 4° de geneeskundige verstrekkings verleend door de coördinerende en behandelende psychiater.

Art. 117. Onderdeel B3, vermeld in artikel 113, 2°, c), bedraagt 3413,79 euro per erkend psychiatrisch verzorgingstehuis, vermeerderd met 73,99 euro per zorggebruiker, 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 waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het 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. 118. De onderdelen C2A en C2B, vermeld in artikel 113, 3°, worden als volgt 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 gemiddeld aantal opgenomen zorggebruikers, vermeld in de opnamecapaciteit van het psychiatrisch verzorgingstehuis met een bezettingsgraad van 90%, en het onderdeel C2B;
- 2° C2B: het gemiddelde inhaalbedrag verkregen door de som van de inhaalbedragen die nog niet in aanmerking zijn genomen voor het geheel van de erkende psychiatrische verzorgingstehuizen, gedeeld door het aantal dagen dat overeenkomt met het gemiddelde aantal opgenomen zorggebruikers van de sector met een bezettingsgraad van 90%, waarna

van dat gemiddelde inhaalbedrag een bedrag van 1,60 euro wordt afgetrokken.

Voor de berekening van het gemiddeld aantal opgenomen zorggebruikers, vermeld in het eerste lid, 1° en 2°, wordt rekening gehouden met de laatst bekende gegevens.

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

Art. 119. §1. Elk psychiatrisch verzorgingstehuis voert een eigen boekhouding conform de regels, die opgenomen zijn in bijlage 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen.

§2. Voor de rekeningen en onderverdelingen die niet voorkomen in de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, worden de rekeningen en onderverdelingen van rekeningen overgenomen die voorkomen in de minimumindeling van het rekeningstelsel voor de ondernemingen dat in bijlage bij het koninklijk besluit van 12 september 1983 tot bepaling van de minimumindeling van een algemeen rekeningstelsel is gevoegd.

§3. De rekeningen die opgenomen zijn in de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen die voor een psychiatrisch verzorgingstehuis niet dienstig zijn, hoeven in het rekeningenstelsel niet voor te komen.

§4. De kosten en opbrengsten van psychiatrische verzorgingstehuizen worden geboekt op grond van hun aard, namelijk algemene boekhouding, klassen 6 en 7 van de rekeningen, en op basis van de volgende bestanddelen van de kostprijs:

- 1° afschrijvingen;
- 2° financiële lasten;
- 3° algemene kosten;
- 4° onderhoud;
- 5° verwarming;
- 6° administratie;
- 7° was en linnen;
- 8° voeding;
- 9° internaat;
- 10° medische kosten.

Elke verrichting die tot een kost of een opbrengst leidt, moet het voorwerp zijn van een codecijfer dat bestaat uit de volgende twee delen:

- 1° het eerste deel bestaat uit ten minste vijf cijfers en verwijst naar de kosten- of opbrengstenrekening volgens de aard waarmee de verrichting overeenstemt;
- 2° het tweede deel bestaat uit een cijfer dat overeenstemt met het bestanddeel van de kostprijs, vermeld in het eerste lid.

§5. De volgende rekening van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsels van de ziekenhuizen, wordt aangepast voor de psychiatrische verzorgingstehuizen. De rekening 700 wordt onderverdeeld in:

- 1° 7001: tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen en zorgkassen;
- 2° 7002: tegemoetkoming van het agentschap;
- 3° 7003: tegemoetkoming van de zorggebruikers.

§6. De volgende inlichtingen worden medegedeeld aan het agentschap op haar verzoek en op de wijze door haar bepaald:

- 1° de eindbalans, de resultatenrekening voor het psychiatrisch verzorgingstehuis, de staten en inlichtingen waarvan de modellen bij het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen zijn vastgesteld;
- 2° het aantal dagen dat gerealiseerd is gedurende het beschouwde boekjaar, alsook de uitsplitsing van die dagen per maand, per betalingsinstelling en per categorie: zorggebruiker met of zonder een verstandelijke beperking;
- 3° de inlichtingen over het personeel, per kalenderjaar.

Art. 120. De beheerinstantie van het psychiatrisch verzorgingstehuis gaat binnen een maand in op de vragen naar informatie komende van het agentschap en deelt aan het agentschap alle inlichtingen en documenten mee die zij noodzakelijk acht voor het toezicht op de uitvoering van dit besluit.

Titel 4. Tegemoetkoming voor zorg in de opnemingsprijs

Art. 121. §1. De tegemoetkoming voor zorg, vermeld in artikel 66 van het decreet van 6 juli 2018, dekt de kosten van onderdeel B2, B3 en C2A, vermeld in artikel 113, 2° en 3°, van de opnemingsprijs.

§2. Wanneer een opnemingsprijs aanleiding geeft tot een individuele tegemoetkoming van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn voor een behoeftige, verleent de Vlaamse Gemeenschap aan het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn een subsidie die overeenkomt met 60 % van de individuele tegemoetkoming. Het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn bezorgt hiertoe een document waarvan het model door het agentschap ter beschikking wordt gesteld.

Die subsidie wordt enkel uitbetaald indien het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn het bewijs kan voorleggen dat het bij de bepaling van de individuele tegemoetkoming rekening gehouden heeft met de bepalingen van artikel 83 van dit besluit.

Het resterend gedeelte van de opnemingsprijs valt ten laste van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn.

Titel 5. Financiering ten laste van de rechthebbende

Art. 122. De bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 69 van het decreet van 6 juli 2018, is de som van de toepasselijke bedragen, vermeld in artikel 123 van dit besluit.

Art. 123. §1. In dit artikel wordt verstaan onder:

- 1° inkomensgarantie voor ouderen: de inkomensgarantie voor ouderen, vermeld in de wet van 22 maart 2001 tot instelling van een inkomensgarantie voor ouderen;
- 2° integratietegemoetkoming: de integratietegemoetkoming, vermeld in artikel 1 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;
- 3° invaliditeitsuitkering: de invaliditeitsuitkering, vermeld in artikel 93 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 4° maatschappelijke integratie: de maatschappelijke integratie, vermeld in de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie;
- 5° verhoogde tegemoetkoming: de verhoogde tegemoetkoming, vermeld in artikel 37, §1 en §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 122, wordt vastgesteld op:

- 1° 15,41 euro per dag:
 - a) voor zorggebruikers die personen ten laste hebben in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging of in het kader van een rechterlijke beslissing;
 - b) voor de rechthebbenden die in de verzekering voor geneeskundige verzorging ingeschreven staan als personen ten laste van een zorggebruiker;
- 2° 9,25 euro per dag voor de zorggebruikers die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming;
- 3° 4,63 euro per dag voor alle andere zorggebruikers.

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 waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het 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).

In afwijking van het eerste lid wordt voor de zorggebruikers die op 1 januari 2003 in een psychiatrisch verzorgingstehuis verbleven, het eerste deel van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming als volgt vastgesteld, als dit voor hen voordeliger is:

- 1° 9,91 euro per dag als het gaat om:

- a) zorggebruikers die aan één van de volgende voorwaarden beantwoorden:
 - 1) ze hebben recht op een maatschappelijke integratie;
 - 2) ze hebben recht op een gewaarborgd inkomen of behouden het recht op een rentebijslag met toepassing van de wet van 1 april 1969 tot instelling van een gewaarborgd inkomen voor bejaarden;
 - 3) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming of inkomensvervangende tegemoetkoming met toepassing van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkoming aan personen met een handicap;
 - b) zorggebruikers die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen;
 - c) zorggebruikers die in de verzekering voor geneeskundige verzorging als persoon ten laste van de gerechtigden, vermeld in punt a) en b), zijn ingeschreven;
- 2° 7,44 euro per dag als het gaat om:
- a) zorggebruikers die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en die geen personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging;
 - b) zorggebruikers die personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging of bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, met uitzondering van de zorggebruikers, vermeld in punt 1°, a) en b);
 - c) zorggebruikers die in de verzekering voor geneeskundige verzorging als personen ten laste van de in b) vermelde gerechtigden zijn ingeschreven;
- 3° 4,96 euro per dag als het gaat om zorggebruikers die geen personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, met uitzondering van de zorggebruikers, vermeld in punt 1°, a), en 2°, a).

§3. Een tweede deel van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 122, wordt vastgesteld op:

- 1° 7,59 euro per verblijfsdag voor de zorggebruiker die aan één van de volgende voorwaarden beantwoordt:
- 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) in de verzekering voor geneeskundige verzorging staan ze ingeschreven als persoon ten laste van een zorggebruiker;
- 2° 13,95 euro per verblijfsdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:
- a) ze vallen niet onder 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;

- d) ze hebben recht op één van de volgende tegemoetkomingen:
 - 1) een invaliditeitsuitkering als onregelmatig werknemer;
 - 2) een maatschappelijke integratie;
 - 3) een inkomensgarantie voor ouderen;
- 3° 10,95 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:
 - a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;
 - b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;
 - c) ze hebben hetzij:
 - 1) geen recht op een integratietegemoetkoming;
 - 2) recht op de integratietegemoetkoming categorie 1;
 - d) ze hebben hetzij:
 - 1) geen recht op een invaliditeitsuitkering;
 - 2) recht op een invaliditeitsuitkering andere dan onregelmatig werknemer;
- 4° 8,25 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:
 - a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;
 - b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;
 - c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 2 of 3;
 - d) ze hebben recht op een invaliditeitsuitkering als onregelmatig werknemer;
- 5° 5,75 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:
 - a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;
 - b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;
 - c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 2 of 3;
 - d) ze hebben hetzij:
 - 1) geen recht op een invaliditeitsuitkering;
 - 2) recht op een invaliditeitsuitkering andere dan onregelmatig werknemer;
- 6° 5,75 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:
 - a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;
 - b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;
 - c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 4 of 5;
 - d) ze hebben recht op een invaliditeitsuitkering als onregelmatig werknemer;
- 7° 4,75 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:
 - a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;
 - b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;
 - c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 4 of 5;
 - d) ze hebben hetzij:
 - 1) geen recht op een invaliditeitsuitkering;
 - 2) recht op een invaliditeitsuitkering andere dan onregelmatig werknemer.
- 8° 4,27 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die niet onder toepassing valt van punt 1° tot en met 7°.

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

De koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het 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 deze paragraaf, zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

Deel 3. Initiatieven van beschut wonen

Titel 1. Erkenning

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Art. 124. In dit artikel wordt verstaan onder:

- 1° begeleidingscapaciteit: het maximale aantal zorggebruikers dat een initiatief van beschut wonen dagelijks gelijktijdig kan begeleiden op basis van een begeleidingsovereenkomst als vermeld in artikel 130;
- 2° huisvestingscapaciteit: het maximale aantal zorggebruikers dat een initiatief van beschut wonen dagelijks gelijktijdig kan huisvesten op basis van een verblijfsovereenkomst als vermeld in artikel 132.

De erkenning als initiatief van beschut of als zorgvernieuwend initiatief van een initiatief van beschut wonen dat al erkend is, wordt door de leidend ambtenaar verleend per initiatief van beschut wonen, en legt enerzijds de begeleidingscapaciteit en anderzijds de huisvestingscapaciteit vast. De erkenning vermeldt ook het adres van de woongelegenheden, vermeld in artikel 131.

De begeleidingscapaciteit van een initiatief van beschut wonen bedraagt ten minste 64 zorggebruikers, met uitzondering van de initiatieven van beschut wonen die gevestigd zijn in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Het initiatief van beschut wonen begeleidt zorggebruikers uit hetzelfde zorgniveau van de regionale stad, vermeld in de bijlage bij het decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen.

Hoofdstuk 2. Algemene werkingsnormen

Art. 125. De herstelondersteunende begeleiding, vermeld in artikel 55, §1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, bestaat uit ondersteunende en ontwikkelingsgerichte begeleiding in de eigen leefomgeving van de zorggebruiker.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

- 1° ondersteunend: gericht op het behoud van vaardigheden;
- 2° ontwikkelingsgericht: gericht op het bijkomend verwerven van vaardigheden;
- 3° eigen leefomgeving: de milieus die de zorggebruiker zelf heeft gekozen op het vlak van wonen, werken, leren en recreëren.

Met de zorgbehoeften van de individuele zorggebruiker als uitgangspunt, is de herstelondersteunende begeleiding gericht op de volgende levensdomeinen:

- 1° zelfzorg;
- 2° wonen;
- 3° werken of alternatieven voor werk;
- 4° leren;
- 5° recreëren;
- 6° psychische en somatische gezondheid;
- 7° sociale contacten;
- 8° budget;
- 9° administratie;
- 10° huishouden;
- 11° mobiliteit.

Art. 126. Voor de uitvoering van haar opdracht kan een initiatief van beschut wonen personeel en middelen inzetten samen met andere actoren die gerelateerde opdrachten voor dezelfde doelgroep opnemen. De minister legt de operationele voorwaarden vast waaraan deze samenwerking moet voldoen.

Onder andere actoren die gerelateerde opdrachten voor dezelfde doelgroep opnemen worden onder meer behandelteams in de thuisomgeving van de zorggebruikers en psychiatrische verzorgingstehuizen verstaan die zich richten op volwassenen en ouderen met een complexe, ernstige en langdurige psychiatrische problematiek.

Hoofdstuk 3. Zorgverleningsnormen

Afdeling 1. Algemeen

Art. 127. Het initiatief van beschut wonen voorziet herstelondersteunende begeleiding, zonder dat de begeleiders voortdurend aanwezig zijn in de woning van de zorggebruiker.

Afdeling 2. Instroombeleid

Art. 128. Het initiatief van beschut wonen werkt op basis van de algemene werkingsnormen, vermeld in artikel 125, en het non-discriminatiebeginsel, vermeld in artikel 140, criteria uit voor de instroom van zorggebruikers.

Art. 129. Het initiatief van beschut wonen hanteert een instroomprocedure die beschrijft hoe kandidaat-zorggebruikers zich kunnen aanmelden bij het initiatief van beschut wonen, hoe de zorgbehoeften van de kandidaat-zorggebruiker op

een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze in kaart worden gebracht, en hoe de toetsing aan de instroomcriteria, vermeld in artikel 128, verloopt.

Het instroombeleid wordt periodiek geëvalueerd door de coördinator en begeleiders, vermeld in artikel 146, samen met de coördinerend psychiater, vermeld in artikel 147.

Art. 130. §1. Met de zorggebruiker of met zijn wettelijke vertegenwoordiger, sluit het initiatief van beschut wonen een begeleidingsovereenkomst af waarin de volgende elementen zijn opgenomen:

- 1° de identificatie van het initiatief van beschut wonen en de zorggebruiker;
- 2° de belangrijkste begeleidingsvoorwaarden;
- 3° de begindatum;
- 4° de duur van de overeenkomst;
- 5° eventuele kosten ten laste van de zorggebruiker;
- 6° de beëindigingsvoorwaarden van de begeleiding;
- 7° de klachtenprocedure.

De begeleidingsovereenkomst kan alleen gewijzigd worden na voorafgaande kennisgeving aan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

De overeenkomst eindigt in onderling akkoord, als één van de partijen de overeenkomst opzegt of als de zorggebruiker overlijdt. De overeenkomst wordt opgezegd met een aangetekende zending of door afgifte tegen ontvangstbewijs.

Bij de begeleidingsovereenkomst wordt een kopie van het reglement, vermeld in artikel 153, en een bijkomend huishoudelijk reglement gevoegd waarin alle andere relevante begeleidingsvoorwaarden en regels worden bepaald, die niet geregeld zijn in de begeleidingsovereenkomst. Elke zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger ondertekent het huishoudelijk reglement voor akkoord.

Wijzigingen in het huishoudelijk reglement worden vooraf meegedeeld en kunnen op zijn vroegst toegepast worden dertig dagen nadat de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger ervan op de hoogte is gebracht.

§2. Met uitzondering van het aanvaarden van de begeleiding door de personeelsleden van het initiatief van beschut wonen, heeft de zorggebruiker recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar, vermeld in artikel 2, 3°, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Art. 131. In het kader van de begeleidingsopdracht en binnen het beschikbaar patrimonium van het initiatief van beschut wonen, kan het initiatief van beschut wonen aan zorggebruikers die daaraan behoefte hebben, een woongelegenhed ter beschikking stellen tijdens de looptijd van de begeleiding om op die wijze de zorggebruiker een plaats in de samenleving te geven.

De collectieve woongelegenheden die voldoen aan al de volgende voorwaarden komen in aanmerking voor de huisvesting aangeboden door een

initiatief van beschut wonen, vermeld in artikel 56, derde lid, 1°, van het decreet van 6 juli 2018:

- 1° ze liggen in de lokale leefgemeenschap zodat de zorggebruikers kunnen participeren aan het maatschappelijke leven;
- 2° ze liggen niet op de campus van een psychiatrisch ziekenhuis;
- 3° ze beschikken over de volgende sanitaire voorzieningen: een bad of douche, een toilet en een individuele wastafel;
- 4° ze beschikken over een woonkamer, een eetkamer, een keuken en een of meer slaapkamers.

De individuele woongelegenheden die voldoen aan al de volgende voorwaarden komen in aanmerking voor de huisvesting aangeboden door een initiatief van beschut wonen, vermeld in artikel 56, derde lid, 1°, van het decreet van 6 juli 2018:

- 1° ze liggen in de lokale leefgemeenschap zodat de zorggebruikers kunnen participeren aan het maatschappelijke leven;
- 2° ze liggen niet op de campus van een psychiatrisch ziekenhuis;
- 3° ze beschikken over de volgende sanitaire voorzieningen: een bad of douche, een toilet en een wastafel;
- 4° ze beschikken over een leefruimte met keukenhoek, of een afzonderlijke keuken.

Art. 132. Voor de zorggebruikers die verblijven in een woongelegheden als vermeld in artikel 131, wordt de begeleidingsovereenkomst, vermeld in artikel 130, aangevuld met een verblijfsovereenkomst die de volgende voorwaarden van het verblijf in de woongelegheden bepalen:

- 1° de identificatie van het initiatief van beschut wonen en de zorggebruiker;
- 2° de belangrijkste verblijfsvoorwaarden;
- 3° de begindatum;
- 4° de duur van de overeenkomst;
- 5° de verblijfskosten;
- 6° de beëindigingsvoorwaarden, vermeld in artikel 133;
- 7° de klachtenprocedure;
- 8° de proefperiode.

De verblijfsovereenkomst is gekoppeld aan de begeleidingsovereenkomst, vermeld in artikel 130, en bijgevolg aan de duur van de begeleiding.

Bij de verblijfsovereenkomst wordt een bijkomend huishoudelijk reglement gevoegd waarin alle andere relevante verblijfsvoorwaarden en regels zijn bepaald, die niet geregeld worden in de verblijfsovereenkomst. Elke zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger ondertekent het huishoudelijk reglement voor kennisneming

Wijzigingen in het huishoudelijk reglement worden vooraf meegedeeld en kunnen op zijn vroegst toegepast worden dertig dagen nadat de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger ervan op de hoogte is gebracht.

Art. 133. §1. Onder voorbehoud van paragraaf 2 kan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de begeleidings- en verblijfsovereenkomst beëindigen met een opzeggingstermijn van dertig dagen. De opzeggingstermijn

begint op de eerste werkdag van de maand die volgt op de maand waarin de opzeg is ontvangen door het initiatief van beschut wonen.

Onder voorbehoud van paragraaf 2 kan het initiatief van beschut wonen de begeleidings- en verblijfsovereenkomst beëindigen met de volgende opzeggingstermijnen, in de volgende gevallen:

- 1° zestig dagen, als de coördinerend psychiater, vermeld in artikel 147, oordeelt dat de lichamelijke of geestelijke toestand van de zorggebruiker van die aard is dat een toeleiding naar meer aangepaste zorg dan degene die kan worden aangeboden vereist is. Het initiatief van beschut wonen verbindt er zich toe in overleg met de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger te zorgen voor een verwijzing naar die aangepaste zorg;
- 2° dertig dagen, als de beheerinstantie oordeelt dat het gedrag van de zorggebruiker ernstig storend is voor de medezorggebruikers of als het gedrag van de zorggebruiker de begeleiding in ernstige mate verhindert. In dit geval zend het initiatief van beschut wonen voorafgaand een schriftelijke aanmaning aan de zorggebruiker met het dwingend verzoek om de tekortkomingen, zoals omschreven in de aanmaning, te verhelpen. Als de zorggebruiker geen gevolg geeft aan die aanmaning kan het initiatief van beschut wonen, na goedkeuring door de coördinerend psychiater, vermeld in artikel 147, de verblijfsovereenkomst opzeggen. De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag van de maand die volgt op de maand waarin de opzeg is ontvangen door de zorggebruiker.

§2. De eerste dertig dagen van het verblijf worden beschouwd als een proefperiode. Tijdens die periode geldt voor de zorggebruiker een verkorte opzeggingstermijn van zeven dagen en geldt voor het initiatief van beschut wonen een verkorte opzeggingstermijn van dertig dagen. De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag van de maand nadat de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker of het initiatief van beschut wonen.

In geval het initiatief van beschut wonen na de toepassing van paragraaf 1, tweede lid, 2,° een andere woongelegenheid ter beschikking stelt, geldt een opzeggingstermijn voor de eerste woongelegenheid van dertig dagen. De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag van de maand die nadat de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker.

De zorggebruiker en het initiatief van beschut wonen kunnen in onderling schriftelijk akkoord afwijken van opzeggingstermijnen, vermeld in dit artikel.

Afdeling 3. Begeleidingsplan

Art. 134. De begeleiding door het initiatief van beschut wonen vertrekt van een zorgvuldige en gestructureerde verkenning van de zorgbehoeften van de zorggebruiker en zijn context op de diverse levensdomeinen, vermeld in artikel 125, derde lid.

Op basis van de zorgbehoeften, vermeld in het eerste lid, werken de zorggebruiker en de begeleiders een begeleidingsplan uit. Als het mogelijk is en de zorggebruiker dat wenst worden ook personen uit de context betrokken bij de

uitwerking van dat begeleidingsplan. Het begeleidingsplan omvat minstens een overzicht van de zorgbehoeften, de voorkeuren van de zorggebruiker, de doelstellingen die men door de begeleiding wil bereiken, een prioritering van de doelstellingen en een plan van aanpak van de prioritaire doelstellingen in de vorm van acties en begeleidingsactiviteiten. De begeleidingsactiviteiten richten zich zowel naar de zorggebruiker als naar zijn context als de zorggebruiker daarom verzoekt of daarmee akkoord gaat.

De uitgevoerde acties en het begeleidingsplan, vermeld in het tweede lid, worden bij voorkeur continu geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Minstens om de twaalf maanden wordt het volledige begeleidingsplan geëvalueerd samen met de zorggebruiker en, als de zorggebruiker dit wenst, zijn context. Na elke evaluatie wordt een gemotiveerd besluit genomen om de verdere begeleiding op de verschillende levensdomeinen te staven en om de begeleiding te beëindigen of voort te zetten.

Art. 135. Van iedere zorggebruiker wordt een individueel dossier bijgehouden met minimaal de identiteitsgegevens, de voorgeschiedenis, de medische, sociale en juridische basisinformatie, de begeleidingsovereenkomst, het begeleidingsplan, het crisisplan, vermeld in artikel 136, en in voorkomend geval de verblijfsovereenkomst.

De privacy van de zorggebruiker wordt maximaal gewaarborgd bij de bewaring en raadpleging van dat dossier.

Art. 136. Het initiatief van beschut wonen organiseert de nodige procedures zodat de zorggebruiker in een crisissituatie dag en nacht beroep kan doen op de meest aangewezen hulpverlening. De zorggebruiker wordt duidelijk geïnformeerd over die procedures.

Het crisisplan wordt samen met de zorggebruiker opgesteld.

In het tweede lid wordt onder crisisplan: een plan met maatregelen voor crisissituaties op maat van de zorggebruiker. Het crisisplan bevat wat onder crisis wordt verstaan, relevante persoonlijke informatie, de nodige contactpersonen met de juiste contactgegevens, en een omschrijving van de meest adequate handelwijze bij een crisis.

Art. 137. Het initiatief van beschut wonen voert een beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en crisissen en ontwikkelt via vorming de nodige expertise daarvoor.

Het initiatief van beschut wonen communiceert zijn begeleidingsaanbod en intern beleid rond onder meer instroom, doelgroepen, ontslag en doorstroom naar de kandidaat-zorggebruikers en relevante netwerkpartners. Het stemt dat zorgaanbod en intern beleid af met die relevante netwerkpartner.

Art. 138. Bij de begeleiding van de zorggebruikers en hun context schakelt het initiatief van beschut wonen, waar mogelijk, andere partners uit de eerstelijnszorg, de algemene gezondheidszorg of de welzijnssector, of andere netwerkpartners in.

Afdeling 4. Zorgcontinuïteit

Art. 139. Het initiatief van beschut wonen waakt over de continuïteit van de herstelgerichte begeleiding, zowel in de toeleiding van de zorggebruiker naar het initiatief van beschut wonen, als tijdens de begeleiding in beschut wonen als in het vervolg na de begeleiding, met respect voor de keuzevrijheid van de zorggebruiker.

Als een zorggebruiker in begeleiding tijdelijk wordt opgenomen in een residentiële zorg- of welzijnsvoorziening, staat het personeel van het initiatief van beschut wonen ten minste gedurende drie maanden ter beschikking van de zorggebruiker voor verdere begeleiding op voorwaarde dat de optie op terugkeer naar het initiatief van beschut wonen reëel blijft.

Afdeling 5. Non-discriminatie

Art. 140. Het initiatief van beschut wonen waarborgt de volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging, van zijn zorggebruikers.

Bij de uitvoering van zijn opdrachten waarborgt het initiatief van beschut wonen non-discriminatie inzake leeftijd, seksuele geaardheid, burgerlijke staat, geboorte, vermogen, geloof of levensbeschouwing, politieke overtuiging, taal, huidige of toekomstige gezondheidstoestand, een handicap, een fysieke of genetische eigenschap of sociale afkomst.

Afdeling 6. Klachten

Art. 141. Het initiatief van beschut wonen werkt een interne klachtenprocedure uit, en deelt op een systematische en toegankelijke wijze aan iedere nieuwe zorggebruiker het doel, de werking en de bereikbaarheid mee van de ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg, die verbonden is aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, vermeld in artikel 11 tot en met 21 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

Hoofdstuk 4. Functionele en organisatorische werkingsnormen

Art. 142. Het initiatief van beschut wonen neemt de begeleiding op van de doelgroep, vermeld in artikel 55, §1, van het decreet van 6 juli 2018, ongeacht de woonvorm van de zorggebruiker.

Het initiatief van beschut wonen voert een systematisch, expliciet en transparant beleid. Dat beleid wordt minstens vijfjaarlijks geëvalueerd.

In dit artikel wordt onder evaluatie onder andere, maar niet uitsluitend, verstaan: beoordeling van de werking van het initiatief van beschut wonen op basis van kwaliteitsindicatoren, registratiegegevens, vorming en begeleiding.

Art. 143. Het initiatief van beschut wonen beschikt over minstens één aanloopadres en een centraal telefoonnummer waarop het begeleidersteam bereikbaar is.

Het aanloopadres is gemakkelijk toegankelijk en bereikbaar, onder meer met het openbaar vervoer.

Het aanloopadres is in de lokale leefgemeenschap gelokaliseerd en bevindt zich in elk geval niet op de campus van een psychiatrisch ziekenhuis.

Het aanloopadres omvat minimaal een secretariaat, een lokaal voor de teamvergadering en een lokaal waarin, met waarborg voor de privacy van de zorggebruiker, individuele gesprekken kunnen plaatsvinden.

De privacy van zorggebruikers tijdens hun bezoek in het aanloopadres wordt gegarandeerd.

Art. 144. Het initiatief van beschut wonen richt voor zijn zorggebruikers een zorggebruikersraad op. Die zorggebruikersraad heeft een adviserende bevoegdheid over het gevoerde beleid.

Art. 145. Het initiatief van beschut wonen bezorgt het agentschap jaarlijks de gegevens, die zijn opgenomen in bijlage 2 bij dit besluit, voor de analyse van die gegevens, voor evidence based beleidsvoering voor het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid en voor de informatieverstrekking daarover, vermeld in artikel 13, §6, van het decreet van 6 juli 2018.

In ieder initiatief van beschut wonen wordt een persoon door de beheerinstantie belast met de coördinatie van de bezorging van de gegevens, vermeld in het eerste lid, aan het agentschap en de pseudonimisering van de persoonsgegevens die onder de gegevens, vermeld in het eerste lid, vallen.

Hoofdstuk 5. Personeelsnormen

Art. 146. Het initiatief van beschut wonen beschikt voor de begeleiding van de zorggebruiker over een multidisciplinair team, onder leiding van een coördinator die over de nodige competenties voor leidinggeven en management beschikt.

Per acht zorggebruikers is minstens één voltijds equivalent personeelslid voor begeleiding voorzien, met inbegrip van de coördinator.

Minimaal 80% van de personeelsleden die instaan voor de begeleiding van de zorggebruikers is in het bezit van een graad van bachelor of master in een van de volgende studiegebieden:

- 1° gezondheidszorg;
- 2° sociaal-agogisch werk;
- 3° psychologie en pedagogische wetenschappen;
- 4° sociale gezondheidswetenschappen;
- 5° bewegings- en revalidatiewetenschappen;
- 6° geneeskunde.

Het team van begeleiders is in staat om een multidisciplinaire aanpak te garanderen voor elke zorggebruiker in begeleiding, met psycho-educatie en psychosociale interventies.

De personeelsleden die niet voldoen aan de diplomavorwaarde, vermeld in het derde lid, doch die vóór 26 juli 1990 al werkten in een initiatief van beschut wonen, kunnen die functie verder blijven uitoefenen. Die personen moeten op elk moment kunnen bewijzen aan het agentschap dat ze al vóór 26 juli 1990 werkten in een initiatief van beschut wonen.

De personeelsleden die op 1 januari 2019 in het bezit waren van een diploma als vermeld in artikel 20 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten, zoals van kracht op 31 december 2018, en vóór 1 januari 2019 al tewerkgesteld waren in een initiatief van beschut wonen, worden geacht te voldoen aan de diplomavorwaarde, vermeld in het derde lid. Het bewijs dat die personen al vóór 1 januari 2019 beschikten over het diploma en tewerkgesteld waren in een initiatief van beschut wonen, moet altijd kunnen geleverd worden ten aanzien van het agentschap.

Art. 147. Het initiatief van beschut wonen stelt een coördinerende arts-specialist in de psychiatrie of neuropsychiatrie aan, die verantwoordelijk is voor:

- 1° de beslissingen over de instroom van zorggebruikers in het initiatief van beschut wonen door minstens instroomgesprekken bij te wonen;
- 2° het overleg en de contacten met de behandelende artsen en de betrokken behandelingsdiensten;
- 3° het ontwerp en de toepassing van interventiescenario's in crisissituaties;
- 4° de supervisie van de begeleidingsprocessen door minstens de teamvergaderingen bij te wonen;
- 5° de aansturing van het vormingsbeleid voor van de begeleiders;
- 6° de uitwerking van het strategische en operationele beleid, in samenwerking met de coördinator;
- 7° de evaluatie en bekrachtiging van het instroom- en uitstroombeleid.

De coördinerend psychiater is minimaal drie uur per week aanwezig in het initiatief van beschut wonen om de verantwoordelijkheden, vermeld in het eerste lid, te vervullen en kan aantonen dat hij de hem opgedragen opdrachten realiseert. Het exacte aantal te vervullen uren is afhankelijk van het aantal zorggebruikers en wordt vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst tussen het initiatief van beschut wonen en de psychiater.

Art. 148. Op geregelde tijdstippen vindt een teamoverleg plaats waarin alle disciplines zijn vertegenwoordigd, inclusief de psychiater, vermeld in artikel 147.

Hoofdstuk 6. Tijdelijke en gemotiveerde afwijking van de erkenningsnormen

Art. 149. Op gemotiveerde aanvraag van het initiatief van beschut wonen kan het agentschap, in het kader van een proefproject, overeenkomstig artikel 58 van het decreet van 6 juli 2018, het initiatief van beschut wonen een tijdelijke afwijking van een of meer erkenningsnormen toestaan.

Het initiatief van beschut wonen dient de aanvraag in bij het agentschap. De aanvraag vermeldt duidelijk op welke normen ze betrekking heeft en bevat een motivatie voor de aanvraag en een voorstel met alternatieve maatregelen om de veiligheid van de zorggebruikers en de kwaliteit van de verstrekte zorg op een voldoende niveau te waarborgen.

Hoofdstuk 7. Zorgvernieuwend initiatieven

Afdeling 1. Activering

Art. 150. In dit artikel wordt onder activering verstaan: de oriëntatie naar en begeleiding van de zorggebruiker bij de meest passende activiteit op de domeinen werk, vorming, vrijetijd en ontmoeten.

Een erkend initiatief van beschut wonen kan een activeringsaanbod organiseren voor volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige psychiatrische problematiek. Dat aanbod staat zowel open voor zorggebruikers met wie het initiatief van beschut wonen een begeleidingsovereenkomst als vermeld in artikel 130, heeft gesloten, als voor zorggebruikers met wie het initiatief van beschut wonen geen begeleidingsovereenkomst heeft gesloten.

Om als zorgvernieuwend initiatief voor activering te kunnen erkend worden, moeten al de volgende voorwaarden vervuld zijn:

- 1° het initiatief van beschut wonen begeleidt de zorggebruikers, vermeld in het tweede lid, zoveel mogelijk naar een passende activiteit in het reguliere aanbod van werk, vorming, vrije tijd en ontmoeting;
- 2° voor de zorggebruikers, vermeld in het tweede lid, die weinig tot geen mogelijkheden hebben om aan te sluiten bij het gewone maatschappelijke aanbod, organiseert het initiatief van beschut wonen zelf binnen de grenzen van de toegekende financiering of in samenwerking met andere lokale partners in de zorg een zo gevarieerd mogelijk basisaanbod aan dagactiviteiten op een of meer van de domeinen, vermeld in het eerste lid, waarin de zorggebruiker kan experimenteren met het opnemen van sociale rollen in een veilige omgeving;
- 3° het initiatief van beschut wonen evalueert het activeringsaanbod regelmatig en systematisch in samenspraak met de partners van het netwerk;
- 4° het initiatief van beschut wonen zet minstens de volgende personeelscapaciteit in voor activering:
 - a) 0,50 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met maximaal 19 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 130;
 - b) 0,75 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met 20 tot 39 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 130;
 - c) 1,25 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met 40 tot 59 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 130;

- d) 1,50 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met 60 tot 99 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 130;
- e) 2,00 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met 100 tot 149 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 130;
- f) 3,00 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met meer dan 150 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 130.

De erkenning wordt verleend door de leidend ambtenaar, binnen de beschikbare begrotingskredieten.

Het activeringsaanbod, vermeld in het tweede lid, dat voor 1 januari 2019 door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu gefinancierd werd conform artikel 1, F), van het koninklijk besluit van 18 juli 2001 houdende vaststelling van de regelen volgens dewelke het budget van financiële middelen, het quotum van verblijfdagen en de prijs per verblijfdag voor initiatieven van beschut wonen worden bepaald, zoals van kracht op 31 december 2018, wordt erkend als zorgvernieuwend initiatief voor activering, voor de resterende duur van de erkenning van het initiatief van beschut wonen.

Afdeling 2. Psychiatrische zorg in de thuissituatie

Art. 151. Een erkend initiatief van beschut van wonen kan een zorgvernieuwend initiatief nemen voor herstelondersteunende begeleiding van volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige, psychiatrische problematiek nemen in de vorm van psychiatrische zorg in de thuissituatie.

Om als zorgvernieuwend initiatief voor psychiatrische zorg in de thuissituatie te kunnen erkend worden, moet de ondersteuning voldoen aan al de volgende voorwaarden:

- 1° het gaat enerzijds om de ondersteuning van volwassenen en ouderen met een psychiatrische problematiek die na enige periodieke ondersteuning in staat zijn om zelfstandig te wonen en anderzijds om de ondersteuning van eerstelijnsactoren bij het detecteren van volwassenen en ouderen met een vermoedelijke psychiatrische problematiek en bij de omgang met hen;
- 2° de ondersteuning wordt uitgevoerd door een erkend initiatief van beschut wonen in samenspraak met de partners van het netwerk.

De erkenning wordt verleend door de leidend ambtenaar, binnen de beschikbare begrotingskredieten.

Art. 152. De opdrachten van psychiatrische zorg voor patiënten in hun thuissituatie die voor 1 januari 2019 door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geselecteerd en gefinancierd zijn conform artikel 1, J), van het koninklijk besluit van 18 juli 2001 houdende vaststelling van de regelen volgens dewelke het budget van financiële middelen, het quotum van verblijfdagen en de prijs per verblijfdag voor initiatieven van beschut wonen worden bepaald, zoals van kracht op 31 december 2018, worden erkend als zorgvernieuwend initiatief voor psychiatrische zorg in de thuissituatie, voor de resterende duur van de erkenning van het initiatief van beschut wonen.

Hoofdstuk 8. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van zorggebruikers, in het bijzonder medische gegevens

Art. 153. Elk initiatief van beschut wonen beschikt, voor de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op de zorggebruikers, in het bijzonder voor gegevens over gezondheid als vermeld in artikel 4, 15), van de algemene verordening gegevensbescherming, over een reglement voor de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens.

Het reglement wordt aan de zorggebruikers medegedeeld, samen met de informatie, vermeld in artikel 13, lid 1 en 2, van de voormelde verordening.

Het reglement vermeldt, voor elke verwerking, minstens de volgende gegevens:

- 1° het doel van de verwerking;
- 2° in voorkomend geval, de wet, het decreet of de ordonnantie of de reglementaire akte waarbij de verwerking wordt ingesteld;
- 3° de identiteit en de contactgegevens van het initiatief van beschut wonen en de beheerinstantie;
- 4° de naam van de persoon onder wiens verantwoordelijkheid gegevens over gezondheid worden verwerkt, vermeld in artikel 13, §1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, en die daarvoor is aangewezen door het initiatief van beschut wonen;
- 5° de naam van de persoon die door het initiatief van beschut wonen belast is met de veiligheid van de verwerking;
- 6° de identiteit en de contactgegevens van de coördinator, vermeld in artikel 146 van dit besluit;
- 7° de categorieën van personen die toegang hebben tot gegevens over gezondheid of gemachtigd zijn om die gegevens te verkrijgen;
- 8° de categorieën van de betrokkenen;
- 9° de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;
- 10° de organisatie van het circuit van de te verwerken gegevens over gezondheid;
- 11° de procedure om gegevens te anonimiseren of pseudonimiseren;
- 12° de beveiligingsprocedures om toevallige of ongeoorloofde vernietiging van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;
- 13° de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer bewaard, gebruikt of verspreid mogen worden;

- 14° de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke andere vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;
- 15° de onderlinge verbindingen en raadplegingen;
- 16° de gevallen waarin de gegevens worden verwijderd;
- 17° de wijze waarop de zorggebruikers hun rechten vermeld in de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen.

Het initiatief van beschut wonen wijst de persoon aan onder wiens verantwoordelijkheid de gegevens over gezondheid worden verwerkt, vermeld in artikel 13, §1, tweede lid van het decreet van 6 juli 2018, aan.

Het initiatief van beschut wonen wijst een persoon aan die belast is met de veiligheid van de verwerking.

Titel 2. Programmatie

Art. 154. De programmatie van de initiatieven van beschut wonen, vermeld in artikel 61 van het decreet van 6 juli 2018, is 0,5 zorggebruikers per duizend inwoners.

Titel 3. Financiering

Art. 155. §1. Per erkend initiatief van beschut wonen wordt een prijs per verblijfdag bepaald per zorggebruiker als vermeld in de begeleidingscapaciteit. De prijs per verblijfdag in een initiatief van beschut wonen is gelijk aan de som van de vergoedingen, vermeld in paragraaf 2, gedeeld door het quotum van verblijfdagen.

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

Provisioneel wordt uitgegaan van een bezetting van 100%.

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

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

- 1° een vergoeding voor de personeelskosten: 8.475,02 euro per zorggebruiker voor twee derde van het aantal zorggebruikers en 11.300,05 euro per zorggebruiker voor een derde van het aantal zorggebruikers;
- 2° een vergoeding voor de werkingskosten gekoppeld aan de begeleiding: 770,35 euro per zorggebruiker;
- 3° een vergoeding voor de kosten van het functiecomplement van de coördinator: jaarlijks een brutobedrag van 1.367,56 euro voor een jaarlijkse coördinatiepremie voor de coördinator;
- 4° een vergoeding voor de functie van coördinerend psychiater:

- a) 9.371,52 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 20 zorggebruikers;
 - b) 15.619,21 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 40 zorggebruikers;
 - c) 18.743,05 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 60 zorggebruikers;
 - d) 21.866,93 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 80 zorggebruikers;
 - e) 24.990,77 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 100 zorggebruikers;
 - f) 28.114,61 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van meer dan 100 zorggebruikers.
- 5° een vergoeding voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens: 3.470,94 euro per initiatief van beschut wonen, verhoogd met 69,40 euro per zorggebruiker;
- 6° een eenmalige installatievergoeding van 2.074,03 euro per extra zorggebruiker nadat het agentschap de begeleidingscapaciteit van een erkend initiatief van beschut wonen heeft uitgebreid;
- 7° een vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen:
- a) Definities
- Voor de toepassing van dit punt 7° wordt verstaan onder :
- 1) eindeloopbaanmaatregelen: de maatregelen genomen in het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;
 - 2) personeelsleden: het verplegend en verzorgend personeel in de zin van artikel 8, 7° en 8°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Onder verzorgend personeel verstaat men de werknemers die de ermee overeenstemmende loonschaal genieten.
- Hierbij komen nog :
- a. de sociaal verpleegkundigen;
 - b. de kinesitherapeuten/ergotherapeuten/logopedisten/diëtisten;
 - c. opvoeders begeleiders geïntegreerd in de zorgteams;
 - d. maatschappelijk assistenten en psychologische assistenten tewerkgesteld in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutisch programma;
 - e. de psychologen, orthopedagogen en pedagogen tewerkgesteld in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutisch programma;
 - f. de logistieke assistenten;
 - g. de personen vermeld in de artikelen 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.
- De omschrijving van de beroepen verwijst naar de reëel uitgeoefende functie.
- 3) verantwoorde afwezigheidsperiode: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden met werkdagen of werkuren, voor zover die aanleiding gegeven hebben tot de betaling van een vergoeding door de instelling. Hierin zitten eveneens de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op disponibiliteit gesteld is.

- b) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen gelden de volgende principes:
- 1) de initiatieven van beschut wonen hebben recht op een jaarlijkse financiële tegemoetkoming ter compensatie van de maatregelen voor de vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek als vermeld in het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren, afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en in het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, op voorwaarde dat ze onderworpen zijn aan de toepassing van een collectieve arbeidsovereenkomst gesloten in de bevoegde paritaire commissie, of van protocolakkoorden gesloten in de bevoegde onderhandelingscomités, als vermeld in de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel;
 - 2) de financiële tegemoetkoming dekt alleen de voordelen, vermeld in dit besluit, en is maar mogelijk als de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord voorziet in de volgende voordelen en als de betrokken personeelsleden die voordelen ook daadwerkelijk krijgen:
 - i) de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uur, 192 uur of 288 betaalde uren per jaar, toegekend in de vorm van volledige dagen. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de voormelde respectieve leeftijdsgrenzen bereikt worden. De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen ook opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26%, 10,52% of 15,78%, berekend op hun voltijdse wedde. Bij combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur;
 - ii) het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een bijkomend aantal compensatiedagen of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie, gelijk aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie. Voor de werknemers in de privé sector en rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid, zal aan de deeltijdse werknemers voorgesteld worden om binnen de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van voormelde collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35, de wekelijkse

- arbeidsduur ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst automatisch te verhogen. Ze krijgen in dat geval een vrijstelling van prestaties op basis van hun nieuw contract. Voor de werknemers in de publieke sector die deeltijds werken en voor wie eindeloopbaanmaatregelen gelden, is de werkgever ertoe gehouden hen drie maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in dat kader voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur die ingeschreven is in hun arbeidsovereenkomst, verhoogd wordt naar rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties waarin voorzien is voor de leeftijdscategorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of zijn toegang tot een hoger recht in het kader van de eindeloopbaanregeling, aan de werkgever ofwel zijn akkoord met die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur te betekenen ofwel zijn weigering mee te delen. In dat laatste geval krijgt de werknemer een vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties waarin voorzien is voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort en dit in verhouding tot zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer;
- iii) de volgende personen worden gelijkgesteld met de personeelsleden: de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever verricht hebben in een of meer functies, waarvoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties voor zondag, zaterdag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten of elke andere vergoeding ontvangen hebben die voortvloeit uit een collectieve arbeidsovereenkomst, of die een compensatierust ingevolge die prestaties gekregen hebben. De verantwoorde afwezigheidsperioden (de gelijkgestelde dagen of uren) komen in aanmerking op basis van het gemiddelde van de rest van de referentieperiode. De werknemer die niet meer aan de voormelde voorwaarde van 200 uur onregelmatige prestaties over een referentieperiode van maximaal 24 maanden voldoet, kan bij de overgang naar een hogere leeftijdscategorie geen bijkomende vrijstelling van arbeidsprestaties krijgen. De deeltijdse werknemers bewijzen een aantal uren van onregelmatige prestaties dat overeenstemt met 200 uur berekend naar verhouding van de arbeidsduur over een referentieperiode van maximaal 24

maanden. De werknemer die, op het moment dat hij de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt, geen 200 uur onregelmatige prestaties bij dezelfde werkgever verricht heeft of die niet meer aan die voorwaarde voldoet, treedt toe tot het statuut van gelijkgesteld personeel, en dus tot het recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op het moment dat hij die 200 uren in de loop van een periode van maximaal 24 achtereenvolgende maanden heeft uitgevoerd. De vrijstelling van arbeidsprestaties gaat dan in op de dag die is bepaald in de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord dat van toepassing is;

- iv) de personen voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden die ingevoerd zijn door het in 2000 gesloten sociale akkoord, en die voor de loonpremie geopteerd hebben, blijven dat voordeel behouden. De personen voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden die vóór 1 oktober 2005 zijn ingesteld, en die hebben gekozen voor de loonpremie, blijven die behouden. Als een personeelslid van functie wisselt, behoudt hij zijn voorafgaand recht op de eindeloopbaanmaatregelen;
 - v) de werknemers die vrijgesteld zijn van prestaties, worden altijd beschouwd als werknemers die hun contractuele of statutaire arbeidsduur behouden;
 - vi) de optie van vrijstelling is altijd definitief. Daarentegen, het behoud van prestaties met premie kan op elk ogenblik worden omgezet in vrijstelling van arbeidsprestaties;
- c) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen gelden de volgende financieringsregels: om de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt aan de initiatieven van beschut wonen een forfaitair bedrag toegekend, vastgesteld volgens de volgende regels:
- 1) de personeelscategorieën zijn de volgende:
 - i) de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in ziekenhuisverzorging;
 - ii) de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, logopedisten, de diëtisten, de opvoeders-begeleiders geïntegreerd in de zorgteams, de maatschappelijk assistenten en psychologisch assistenten in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutisch programma, de psychologen, orthopedagogen en pedagogen in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutisch programma;
 - iii) de verzorgenden en de werknemers, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

- iv) het gelijkgesteld personeel en de logistieke assistenten;
- 2) Het forfaitaire bedrag wordt als volgt berekend: $F = F1 + F2$
- 3) berekening van de vrijstelling van arbeidsprestaties: $F1 =$ het verschuldigd bedrag voor de compenserende indienstneming voor personeelsleden die voor de vrijstelling van de wekelijkse arbeidsprestaties opteren: $F1 = A_i * T1/S * N/Y$, waarbij:
 - i) $A_a = 50.286,36$ euro voor categorie i;
 - ii) $A_b = 50.286,36$ euro voor categorie ii;
 - iii) $A_c = 40.592,66$ euro voor categorie iii;
 - iv) $A_d = 40.554,10$ euro voor categorie iv;
 - v) $T1$: het wekelijks aantal vrijgestelde uren die de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, of die de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt, compenseert;
 - vi) S : wekelijkse arbeidsregeling toegepast in het initiatief van beschut wonen;
 - vii) N : jaarlijks aantal werkuren te bezoldigen door de werkgever ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het beschouwde jaar in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen;
 - viii) Y : theoretisch jaarlijks aantal werkuren die de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, moet presteren ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn individuele benoemingsakte of het aanhangsel bij zijn arbeidsovereenkomst in geval van verhoging van de werktijd;
- 4) berekening van het bedrag voor de premie: $F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$, waarbij:
 - i) $A_a = 68.719,04$ euro voor categorie i;
 - ii) $A_b = 68.719,04$ euro voor categorie ii;
 - iii) $A_c = 51.179,99$ euro voor categorie iii;
 - iv) $A_d = 46.245,61$ euro voor categorie iv;
 - v) H : equivalent wekelijks aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer op basis van zijn leeftijd;
 - vi) $T2$: aantal per week te presteren uren die voortvloeit uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, die in voorkomend geval uitgeoefend zijn in de functie waarvoor de maatregel geldt;
 - vii) S : wekelijkse arbeidsregeling toegepast in het initiatief van beschut wonen;
 - viii) N : jaarlijks aantal werkuren door de werkgever bezoldigt in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het beschouwde jaar;

- ix) Y: theoretisch jaarlijks aantal werkuren die de begunstigde moet presteren volgens zijn arbeidsovereenkomst of zijn individuele benoemingsakte;
- d) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen verstrekt het initiatief van beschut wonen de volgende gegevens aan het agentschap, in de vorm bepaald door het agentschap:
- 1) voor- en achternaam van het personeelslid;
 - 2) het rijksregisternummer;
 - 3) de geboortedatum;
 - 4) de functie;
 - 5) de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven;
 - 6) het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat hij kan verkrijgen op basis van zijn leeftijd;
 - 7) de wekelijkse uurregeling in het initiatief van beschut wonen;
 - 8) het aantal uren dat het personeelslid moet presteren, zoals blijkt uit het arbeidscontract, in voorkomend geval verminderd naar verhouding van de prestaties die het personeelslid heeft verricht in de functie die het voordeel van de in deze paragraaf vermelde maatregel verantwoordt;
 - 9) de datum van de aanwerving;
 - 10) de eventuele vertrekdatum;
 - 11) in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uur in 24 maanden;
 - 12) en de door de werkgever niet-bezoldigde perioden van afwezigheid alsook hun aard;
- e) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen geldende toekenningsmodaliteiten: het voorlopige bedrag wordt berekend ten opzichte van het laatst bekende definitieve bedrag, als bij dat bedrag rekening gehouden wordt met alle leeftijdsgroepen. In het ander geval wordt het vastgesteld ten opzichte van het voorlopig bedrag van het jaar n-1. Telkens er een definitief bedrag berekend wordt, vormt het de geldige provisie voor het kalenderjaar dat volgt op de datum van vaststelling van dat definitieve bedrag. Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F wordt via inhaalbedragen vereffend;
- f) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen geldende bepalingen voor de compensatie van de vrijgestelde uren: Voor de personeelsleden die geopteerd hebben voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, levert de beheerder het bewijs dat de vrijgemaakte arbeidstijd en de toegekende financiering gecompenseerd zijn door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur door de personeelsleden. De volgende personen komen niet in aanmerking: de voltijdse werknemers voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden en de werknemers waarvoor de instelling al een financiering krijgt in het kader van het arbeidsbeleid.

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

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

- 1) voor- en achternaam van het aangeworven personeelslid of van het personeelslid dat het voorwerp uitmaakt van een verhoging van zijn arbeidstijd;
- 2) het rijksregisternummer;
- 3) de geboortedatum;
- 4) de begin- en einddatum in de functie;
- 5) de functie;
- 6) de wekelijkse compensatiewerktijd van de nieuwe werknemer of de verhoging van de uurprestaties van de werknemer in functie die zijn werktijd verhoogt;
- 7) de perioden van afwezigheid die door de werkgever niet bezoldigd worden, en de aard ervan;
- 8) de kostenplaats voor imputatie;
- 9) de datum van het begin van het bijvoegsel bij de overeenkomst van de werknemer die zijn werktijd verhoogt of van de overeenkomst van de nieuwe werknemer;
- 10) de einddatum van de overeenkomst;

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

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

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

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

8° een vergoeding voor de kosten van de attractiviteitspremie:

- a) voor alle werknemers van de openbare initiatieven van beschut wonen wordt de attractiviteitspremie toegekend in de vorm van een jaarlijks forfaitair bedrag van 803,87 euro per voltijds equivalent.
- b) voor elk jaar wordt het bedrag berekend door het aantal voltijds equivalenten van het initiatief van beschut wonen te vermenigvuldigen met het forfaitair bedrag van de attractiviteitspremie;

- c) voor alle werknemers van de private initiatieven van beschut wonen wordt de attractiviteitspremie toegekend in de vorm van een jaarlijks forfaitair bedrag van 833,80 euro per voltijds equivalent.
 - d) voor elk jaar wordt het bedrag berekend door het aantal voltijds equivalenten van het initiatief van beschut wonen te vermenigvuldigen met het forfaitair bedrag van de attractiviteitspremie;
- 9° een vergoeding voor de erkende zorgvernieuwende initiatieven voor activering, vermeld in artikel 150:
 - a) 27.961,95 euro voor de financiering van 0,5 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 19 zorggebruikers;
 - b) 41.942,93 euro voor de financiering van 0,75 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 20 tot 39 zorggebruikers;
 - c) 69.904,85 euro voor de financiering van 1,25 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 40 tot 59 zorggebruikers;
 - d) 83.885,85 euro voor de financiering van 1,5 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 60 tot 99 zorggebruikers;
 - e) 111.847,79 euro voor de financiering van 2 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 100 tot 149 zorggebruikers;
 - f) 167.771,69 euro voor de financiering van 3 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van meer dan 150 zorggebruikers;
- 10° een vergoeding voor de erkende zorgvernieuwende initiatieven voor psychiatrische zorg in de thuissituatie, vermeld in artikel 151: de minister legt per initiatief van beschut wonen het bedrag vast;
- 11° een vergoeding van:
 - a) 46,08 euro per zorggebruiker om ongemakkelijke prestaties, tussen 19 uur en 20 uur, door personeel dat de functie van opvoeder uitoefent, te valoriseren conform artikel 7 tot en met 9 van het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties;
 - b) 1,71 euro per zorggebruiker om de valorisatie van ongemakkelijke prestaties uit te breiden tot het personeel dat niet valt onder de bepalingen van het voormelde koninklijk besluit van 28 december 2011, en dit volgens dezelfde regels;
- 12° een vergoeding van 32,38 euro per zorggebruiker om de financiële tegemoetkoming van de werkgever in de vervoerskosten van de werknemers te dekken, overeenkomstig de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 19octies van 20 februari 2009;
- 13° een vergoeding voor de geregulariseerde DAC functies in de initiatieven van beschut wonen, vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 maart 2018 tot toekenning van de DAC subsidies aan enkele initiatieven van beschut wonen;

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

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

Art. 156. De bedragen, vermeld in artikel 155, worden geïndexeerd conform de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

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

De bedragen, vermeld in artikel 2, zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

Titel 4. Tegemoetkoming voor zorg in de prijs per verblijfsdag

Art. 157. De tegemoetkoming voor zorg in de prijs per verblijfsdag in een initiatief van beschut wonen, vermeld in artikel 66, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, is gelijk aan de prijs per verblijfsdag, vermeld in artikel 155 van dit besluit.

De tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, dekt het aanbod van zorg, vermeld in artikel 155, §2, van dit besluit.

Een erkend initiatief van beschut wonen dat na 1 januari 2019 en vóór 1 januari 2022 ontstaan is uit de samenvoeging van twee of meer vóór 1 januari 2019 erkende initiatieven van beschut wonen, ontvangt een tegemoetkoming voor zorg die minstens evenveel bedraagt als de som van de geïndexeerde tegemoetkomingen voor zorg die de afzonderlijk erkende initiatieven van beschut wonen ontvingen in het boekjaar vóór de samenvoeging.

Titel 5. Bijzondere verzekeringsstelsels

Art. 158. De toelage, vermeld in artikel 72, §1, eerste lid van het decreet van 6 juli 2018, bedraagt 25 procent.

Deel 4. Revalidatievoorzieningen

Titel 1. Revalidatieovereenkomsten

Hoofdstuk 1. Algemeen

Art. 159. De revalidatieovereenkomsten worden gesloten of gewijzigd op verzoek van een zorgvoorziening die uitgebaat wordt door een rechtspersoon, die uitsluitend de uitbating van een of meer zorgvoorzieningen als statutair doel heeft, of op initiatief van de minister of het agentschap.

Als eenzelfde revalidatieovereenkomst van toepassing is op verschillende zorgvoorzieningen als vermeld in het eerste lid, kan deze revalidatieovereenkomst enkel worden gesloten of gewijzigd op verzoek van alle zorgvoorzieningen samen of op initiatief van de minister of het agentschap.

Art. 160. De revalidatieovereenkomsten worden beëindigd op verzoek van de revalidatievoorziening in kwestie of op initiatief van de minister of het agentschap.

Hoofdstuk 2. Procedure om revalidatieovereenkomsten te sluiten en te wijzigen

Art. 161. Een aanvraag om een revalidatieovereenkomst als vermeld in artikel 159, te sluiten of te wijzigen, wordt gericht aan de minister. De aanvraag is ontvankelijk als ze de volgende gegevens bevat:

- 1° de gegevens van de rechtspersoon die de aanvraag indient;
- 2° de doelgroep waarvoor het zorgaanbod wordt voorgesteld of gewijzigd;
- 3° het zorgaanbod dat de zorgvoorziening wil organiseren, leveren of wijzigen;
- 4° de wetenschappelijke onderbouwing van het aangeboden zorgaanbod;
- 5° de kostenraming.

Art. 162. §1. Het agentschap onderzoekt of de aanvraag, vermeld in artikel 161, voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden, vermeld in artikel 161.

Het agentschap stuurt binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag, een ontvangstbewijs naar de aanvrager met de vermelding of de aanvraag al dan niet ontvankelijk is en, in voorkomend geval, met de vermelding van de datum van ontvangst van de ontvankelijke aanvraag.

§2. Binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag, vraagt het agentschap advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de inhoudelijke aspecten van de aanvraag.

In afwijking van het eerste lid vraagt het agentschap geen advies in de volgende gevallen:

- 1° het betreft een uitzondering die de Vlaamse Regering heeft bepaald krachtens artikel 75, §1, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° de beoogde wijzigingen vloeien voort uit de bepalingen van de revalidatieovereenkomst zelf als vermeld in artikel 75, §1, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018.

Art. 163. Als de minister of het agentschap een voorstel doet om een revalidatieovereenkomst als vermeld in artikel 159, te sluiten of te wijzigen vraagt het agentschap advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de inhoudelijke aspecten van het voorstel.

In afwijking van het eerste lid vraagt het agentschap geen advies in de volgende gevallen:

- 1° het betreft een uitzondering die de Vlaamse Regering heeft bepaald krachtens artikel 75, §1, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° de beoogde wijzigingen vloeien voort uit de bepalingen van de revalidatieovereenkomst zelf, vermeld in artikel 75, §1, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018.

Art. 164. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen in overleg een gezamenlijk advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 162, §2, en artikel 163. Ze streven daarbij naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom er geen consensus kon worden bereikt.

Art. 165. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie bezorgen hun gezamenlijke advies, vermeld in artikel 164, aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag van het agentschap. Het agentschap kan die termijn twee keer verlengen met een termijn van maximaal dertig dagen:

- 1° op gezamenlijk gemotiveerd verzoek van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie;
- 2° op gemotiveerd verzoek van hetzij de Expertencommissie, hetzij de sectorale adviescommissie in kwestie.

Art. 166. Als de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie binnen de door het agentschap toegelaten termijn geen gezamenlijk advies aan het agentschap hebben bezorgd, conform artikel 165, bezorgen ze binnen dertig dagen na afloop van de termijn, vermeld in artikel 165, elk afzonderlijk een advies aan het agentschap. Het agentschap kan die termijn twee keer verlengen met maximaal dertig dagen op individueel gemotiveerd verzoek van, naargelang het geval, de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie.

Art. 167. Bij het opstellen van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 164, en de adviezen, vermeld in artikel 166, kunnen de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, samen of op eigen initiatief:

- 1° aanvullende inlichtingen vragen aan het agentschap of de aanvrager;
- 2° deskundigen raadplegen met een specifieke expertise op het vlak van het voorstel of de aanvraag.

Art. 168. Het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 164, en de adviezen, vermeld in artikel 166, kunnen betrekking hebben op:

- 1° het *evidence based* karakter van het zorgaanbod;
- 2° de plaats in het Vlaamse gezondheids- en welzijnsbeleid;
- 3° de mogelijke zorgbehoefte op populatieniveau.

Art. 169. Bij ontstentenis van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 164, of een of de beide adviezen, vermeld in artikel 166, binnen de termijnen, vermeld in artikel 165 en 166, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

Art. 170. Het agentschap heeft als taak een advies op te maken over de aanvraag en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 164, of met een of de beide adviezen, vermeld in artikel 166.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 164, of een of de beide adviezen, vermeld in artikel 166, heeft ontvangen, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 166. Die termijn kan na motivatie worden verlengd.

Bij het advies wordt een van de volgende documenten gevoegd:

- 1° het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 164, dat het agentschap binnen de termijn, vermeld in artikel 165, heeft ontvangen;
- 2° het advies of in voorkomend geval de beide adviezen, vermeld in artikel 166, die het agentschap binnen de termijn, vermeld in artikel 166, heeft ontvangen.

Art. 171. In het kader van zijn adviesopdracht, vermeld in artikel 170, kan het agentschap aanvullende inlichtingen inwinnen bij de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Art. 172. Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, vermeld in artikel 164 en 166, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

Art. 173. De minister beslist over de goedkeuring van de aanvraag nadat hij het advies van het agentschap, vermeld in artikel 170, heeft ontvangen.

Bij een positieve beslissing over een aanvraag om een revalidatieovereenkomst te sluiten, wordt een ontwerp van de nieuwe revalidatieovereenkomst opgemaakt. Bij een positieve beslissing over een aanvraag om een revalidatieovereenkomst te wijzigen, wordt een ontwerp van addendum bij de revalidatieovereenkomst opgemaakt.

Bij een negatieve beslissing worden de beslissing van de minister en de redenen waarom de aanvraag niet kan worden goedgekeurd, aan de aanvrager meegedeeld met een aangetekende zending die de minister ondertekent.

Art. 174. De beslissingen van de minister, vermeld in artikel 173, worden ter informatie medegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Art. 175. De revalidatieovereenkomsten, alsook elke wijziging ervan, worden ondertekend door de minister.

Hoofdstuk 3. Procedure om revalidatieovereenkomsten te beëindigen

Afdeling 1. Beëindigen van een revalidatieovereenkomst op verzoek van een revalidatievoorziening

Art. 176. Een aanvraag om een revalidatieovereenkomst als vermeld in artikel 160, te beëindigen, wordt gericht aan de minister. De aanvraag is ontvankelijk als ze minstens de volgende gegevens bevat:

- 1° de datum waarop de revalidatieovereenkomst wordt beëindigd;
- 2° de maatregelen om de continuïteit van de zorg te garanderen voor de zorggebruikers.

Art. 177. §1. Het agentschap onderzoekt of de aanvraag, vermeld in artikel 176, voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden, vermeld in artikel 176.

Het agentschap stuurt binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag een ontvangstbewijs naar de aanvrager, met de vermelding of de aanvraag al dan niet ontvankelijk is en, in voorkomend geval, met de vermelding van de datum van ontvangst van de ontvankelijke aanvraag.

§2. Het agentschap vraagt over elke ontvankelijke aanvraag, vermeld in paragraaf 1, advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de maatregelen om de continuïteit van de zorg te garanderen voor de zorggebruikers.

Art. 178. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen samen of elk afzonderlijk een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 177, §2. In het gezamenlijke advies streven ze naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom geen consensus kon worden bereikt. Ze bezorgen de adviezen aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag.

Art. 179. Bij ontstentenis van het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 178, binnen de termijn, vermeld in artikel 178, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

Art. 180. Het agentschap heeft als taak een advies op te maken over de aanvraag en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 178.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 178, een afzonderlijk advies of, in voorkomend geval, de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 178, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 178. Bij elk advies van het agentschap worden het gezamenlijke advies of een of de beide adviezen, vermeld in artikel 178, gevoegd.

Art. 181. Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, vermeld in artikel 178, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

Art. 182. De minister neemt kennis van de datum van de sluiting van de revalidatievoorziening en kan maatregelen opleggen om de continuïteit van de zorg voor de zorggebruikers te garanderen.

De revalidatievoorziening kan geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten die verbonden zijn aan de beëindiging van de revalidatieovereenkomst.

Art. 183. De beslissing van de minister over de maatregelen voor de continuïteit van de zorg voor de zorggebruikers, vermeld in artikel 182, wordt met een aangetekende zending bezorgd aan de revalidatievoorziening.

De beslissing van de minister, vermeld in het eerste lid, wordt ter informatie, medegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Afdeling 2. Beëindigen van een revalidatieovereenkomst op initiatief van de minister of het agentschap

Art. 184. §1. Het voornemen van de minister of het agentschap om een revalidatieovereenkomst te beëindigen, wordt met een aangetekende zending met ontvangstbewijs aan de betrokken revalidatievoorziening meegedeeld. Het voornemen bevat de redenen voor de beëindiging van de revalidatieovereenkomst.

§2. De revalidatievoorziening beschikt over dertig dagen na de dag van de ontvangst van de aangetekende zending, om te reageren op het voornemen.

In haar reactie op het voornemen kan de revalidatievoorziening een voorstel uitwerken voor de continuïteit van de zorg voor de zorggebruikers bij eventuele beëindiging van de revalidatieovereenkomst.

Als de minister of het agentschap een voornemen tot beëindiging van de revalidatieovereenkomst neemt omdat de revalidatievoorziening niet meer voldoet aan de voorwaarden, vermeld in de revalidatieovereenkomst, kan de revalidatievoorziening een voorstel tot remediëring uitwerken.

§3. Het agentschap vraagt binnen vijftien dagen na de dag van de ontvangst van de reactie, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, of na afloop van de termijn, vermeld in de paragraaf 2, eerste lid, advies over het voornemen tot beëindiging van de revalidatieovereenkomst aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Bij de adviesaanvraag, vermeld in het eerste lid, worden, in voorkomend geval, de reactie en het voorstel, vermeld in paragraaf 2, gevoegd.

Art. 185. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen samen of elk afzonderlijk een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 184, §3. In het gezamenlijke advies streven ze naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom geen consensus kon worden bereikt. Ze bezorgen de adviezen aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag.

Art. 186. Bij ontstentenis van de adviezen, vermeld in artikel 185, binnen de termijn, vermeld in artikel 185, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

Art. 187. Het agentschap heeft als taak een advies op te maken over de beëindiging van de revalidatieovereenkomst en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met de adviezen, vermeld in artikel 185, en de reactie en het voorstel, vermeld in artikel 184, §2.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 185, een afzonderlijk advies of, in voorkomend geval, de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 185, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 185. Die termijn kan na motivatie worden verlengd. Bij elk advies van het agentschap wordt het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 185, en de reactie en het voorstel, vermeld in artikel 184, §2, gevoegd.

Art. 188. Het agentschap bezorgt het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 185, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

Art. 189. §1. De minister beslist om de revalidatieovereenkomst al dan niet te beëindigen.

§2. Als het voornemen tot beëindiging van de revalidatieovereenkomst is meegedeeld omdat de revalidatievoorziening niet meer voldoet aan de voorwaarden, vermeld in de revalidatieovereenkomst, kan de minister, in afwijking van paragraaf 1, een termijn opleggen waarin de revalidatievoorziening de tekortkomingen die in het voornemen vermeld zijn, moet wegwerken.

Als de revalidatievoorziening binnen de termijn, vermeld in het eerste lid, de tekortkomingen niet heeft weggewerkt, wordt de revalidatieovereenkomst alsnog beëindigd.

§3. Bij een beslissing tot beëindiging van de revalidatieovereenkomst bepaalt de minister de datum van de effectieve beëindiging van de revalidatieovereenkomst, die nooit vroeger mag zijn dan drie maanden na de dag van de beslissing tot beëindiging. In die beslissing kan minister de revalidatievoorziening maatregelen opleggen om de continuïteit van de zorg voor de zorggebruikers te garanderen.

Art. 190. De revalidatievoorziening kan geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten die verbonden zijn aan de beëindiging van de revalidatieovereenkomst.

Art. 191. De beslissing van de minister, vermeld in artikel 189, wordt ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Art. 192. Bij onmiddellijk, reëel en ernstig gevaar voor de gezondheid en de veiligheid van de zorggebruikers kunnen, conform artikel 14 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, voorlopige maatregelen worden opgelegd aan de revalidatievoorziening om de veiligheid en gezondheid van de zorggebruikers te garanderen.

Titel 2. Financiering en tegemoetkoming

Hoofdstuk 1. Tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingen

Art. 193. §1. In dit artikel wordt verstaan onder:

- 1° eenheidsprijs: de tegemoetkoming voor de eenheidsverstrekking, vermeld in de revalidatieovereenkomst. Bij de berekening van de eenheidsprijs wordt rekening gehouden met de loonkosten van het personeel, de kosten voor infrastructuur en de werkingskosten van de voorziening, die worden geconcretiseerd in de revalidatieovereenkomst;
- 2° jaarenveloppe: het maximale totaalbedrag dat een revalidatievoorziening per kalenderjaar mag aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen, dat wordt bepaald in de revalidatieovereenkomst;
- 3° theoretisch aantal eenheidsverstrekkingen: het maximumaantal eenheidsverstrekkingen dat een revalidatievoorziening per kalenderjaar kan verrichten, als een bezettingsgraad van 100% wordt gerealiseerd, dat wordt geconcretiseerd in de revalidatieovereenkomst.

§2. De jaarenveloppe van de revalidatievoorzieningen, vermeld in de onderstaande tabel, wordt bepaald volgens de volgende formule: jaarenveloppe = (eenheidsprijs x 90% van het theoretische aantal eenheidsprestaties) + (50% van de eenheidsprijs x 8% van het theoretische aantal eenheidsprestaties).

erkenningsnummer	revalidatievoorziening
7.71.011.42	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw
7.71.018.35	Ziekenhuis Inkendaal
7.71.020.33	Revalidatiecentrum NAH
7.71.023.30	Transmuraal Multiple Sclerose Team (TMST - MS Centrum)
7.72.011.12	Tsedek
7.72.020.03	Revalidatiecentrum Ingelburg
7.72.026.94	Revalidatiecentrum Hasselt (Reval-Hasselt)
7.72.027.93	Vzw Validag
7.72.029.91	Psychosociaal revalidatiecentrum TG De Evenaar

7.72.031.89	Vzw Walden (SONAR)
7.72.032.88	Psychosociaal revalidatiecentrum Mirabello
7.72.033.87	Route 11 (psychosociaal revalidatiecentrum Kempen)
7.72.036.84	Centrum voor psychische revalidatie Hedera
7.72.037.83	Psychosociaal revalidatiecentrum De Mare
7.72.038.82	RC De Keerkring
7.72.041.79	Psychosociaal revalidatiecentrum Perron 70
7.72.042.78	Revalidatiecentrum TOV
7.72.043.77	Psychosociaal revalidatiecentrum Pastel
7.72.045.75	Psychosociaal revalidatiecentrum Parcoer
7.73.007.83	Antwerps Drugs Interventie Centrum (ADIC)
7.73.008.82	De Sleutel internaatsafdelingen
7.73.015.75	Dagcentrum De Sleutel Antwerpen-Mechelen-Gent-Brugge
7.73.009.81	Katarsis vzw
7.73.011.79	Kompas vzw (gehospitaliseerden)
	Kompas vzw (ambulant)
7.73.014.76	De Kiem (gehospitaliseerden)
	De Kiem (ambulant)
7.73.020.70	De Spiegel (gehospitaliseerden)
	De Spiegel (ambulant)
7.73.021.69	MSOC voor druggebruikers Gent
7.73.022.68	MSOC Free Clinic vzw
7.73.023.67	MSOC Limburg
7.73.030.60	MSOC Oostende
7.73.032.58	MSOC Vlaams-Brabant
7.73.034.56	Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma van De Sleutel
7.74.003.57	De Appelboom vzw
7.74.004.56	De Dauw vzw
7.74.017.43	Centrum voor Ontwikkelingstherapie (COT)
7.74.051.09	GAUZZ

7.74.503.42	Moeder-babyéénheid PZ Bethaniënhuis
7.74.504.41	Moeder-babyéénheid PZ Sint-Camillus
7.76.502.80	Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren
7.76.702.74	Villa Rozerood vzw
7.76.703.73	Revalidatiecentrum Pulderbos – Respijteenheid Limmerik
9.69.004.26	UZ Leuven Revalidatiecentrum voor slechtzienden - Stadscampus
9.69.006.24	Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave
9.69.008.22	Centrum voor Visuele Revalidatie en Low-Vision UZ Gent
9.69.009.21	Visuele revalidatie en low vision UZ Antwerpen

§3. De jaarenveloppe van de revalidatievoorzieningen, vermeld in de onderstaande tabel, wordt bepaald volgens de volgende formule: jaarenveloppe = (eenheidsprijs x 90% van het theoretische aantal eenheidsprestaties) + (50% van de eenheidsprijs x 2% van het theoretische aantal eenheidsprestaties).

erkeningsnummer	revalidatievoorziening
9.53.015.10	UZ Gent Centrum voor Gehoor- en Spraak revalidatie
9.53.069.53	CAR St.-Lievenspoort
9.53.073.49	Elora Centrum voor Ambulante Revalidatie
9.53.081.41	Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie
9.53.082.40	UZ Gasthuisberg Revalidatiecentrum voor gehoor- en spraakgestoorden
9.53.104.18	Vzw CAR Brussel
9.53.237.79	CAR Ter Kouter vzw
9.53.245.71	CAR Wegwijs vzw
9.53.253.63	CAR Hasselt
9.53.265.51	Antwerps revalidatiecentrum vzw
9.53.334.79	CAR Oostakker
9.53.356.57	CAR Genk
9.53.361.52	Vlaamse Gemeenschapscommissie Revalidatiecentrum De Poolster
9.53.365.48	CAR NOK-centrum
9.53.406.07	Het Veer Revalidatiecentrum vzw

9.53.416.94	CAR Stapple vzw
9.53.421.89	Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA
9.53.464.46	CAR Therapeutisch Zorgpunt N
9.53.467.43	CAR Horizon
9.53.494.16	Centrum voor Spraak- en Taalpathologie
9.53.495.15	CAR Noordhoek (St. Rembert)
9.53.516.91	Centrum voor Ambulante Revalidatie De Klinker
9.53.518.89	Revalidatiecentrum voor Taal- en Ontwikkelingsproblemen
9.53.579.28	CAR De Klinker vzw
9.53.593.14	CAR Vijfhoek
9.53.606.01	CAR Antenne 3000 vzw
9.53.607.97	CAR DAT
9.53.608.96	CAR Medische Sociale Instellingen Midden-Vlaanderen
9.53.991.04	Zeplin CAR Woluwe
9.53.992.03	Revalidatiecentrum Overleie vzw
9.65.062.88	CAR Turnhout
9.65.088.62	Zeplin CAR Lovenjoel
9.65.105.45	CAR De Hert vzw
9.65.181.66	CAR Kapelhof vzw
9.65.182.65	CAR Bolt vzw
9.65.192.55	CAR De Schakel vzw
9.65.244.03	Revalidatiecentrum Noorderkempen
9.65.246.01	CAR 't Vlot
9.65.248.96	CAR Accent vzw
9.65.263.81	CAR De Kindervriend
9.65.264.80	CAR t Veld vzw
9.65.292.52	CAR Buggenhout
9.65.304.40	CAR De Steijger vzw
9.65.415.26	CAR Impuls vzw
9.65.423.18	Waas Revalidatiecentrum vzw

9.65.496.42	Centrum voor Functionele Revalidatie vzw
9.65.572.63	CAR Land van Halle & Asse vzw
9.65.583.52	Revalidatiecentrum Ter Linde vzw
9.65.603.32	Revalidatiecentrum Ter Eecken vzw
9.65.608.27	CAR Zuiderkempen

§4. De jaarenveloppe van de revalidatievoorzieningen, vermeld in de onderstaande tabel, wordt bepaald volgens de volgende formule: jaarenveloppe = eenheidsprijs x het theoretische aantal eenheidsprestaties.

erkeningsnummer	revalidatievoorziening
7.74.601.41	Expertisecentrum voor ASS UZ Leuven Gasthuisberg
7.74.604.38	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Antwerpen
7.74.605.37	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Gent
7.74.606.36	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Brussel

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

§6. Voor de revalidatieovereenkomsten waarvan het erkeningsnummer begint met het nummer 7.90, wordt geen maximum aantal revalidatieverstrekkings per kalenderjaar bepaald.

Voor zorggebruikers die in de voorbije zes maanden vóór de verstrekkings door de arts van dezelfde revalidatievoorziening behandeld zijn, bedraagt de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings 158,00 euro. Voor alle andere zorggebruikers bedraagt de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings 258,53 euro.

Art. 194. Het indexeerbare gedeelte van de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings wordt bepaald in de revalidatieovereenkomst. Tenzij het anders vermeld is, wordt het indexeerbare gedeelte gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

Het indexeerbare gedeelte, waarvan de grootte wordt vermeld in de overeenkomst, wordt aangepast conform de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale

uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijsen worden gekoppeld.

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

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

Art. 195. Het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingsen wordt berekend in de revalidatieovereenkomst. Het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingsen wordt aan de reële personeelskosten aangepast zodra de werkelijke personeelsuitgaven ten gevolge van de evolutie van de anciënniteit van het werkelijk tewerkgestelde personeel 1% hoger liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingsen.

Met het oog op de aanpassing van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingsen, vermeld in het eerste lid, bezorgt de revalidatievoorziening, volgens een model dat het agentschap bepaald heeft, een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier aan het agentschap. Als een personeelskostendossier niet beantwoordt aan de voormelde voorwaarden, wordt het personeelskostendossier door het agentschap als onontvankelijk beschouwd. In voorkomend geval wordt dat meegedeeld aan de revalidatievoorziening binnen dertig dagen nadat het agentschap het personeelskostendossier heeft ontvangen.

De minister neemt een beslissing tot vaststelling van de aanpassing van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingsen, vermeld in het eerste lid. Het agentschap brengt de revalidatievoorziening en de verzekeringsinstellingen op de hoogte van de beslissing van de minister. De aangepaste tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingsen wordt van kracht de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de minister de voormelde beslissing heeft genomen, en uiterlijk op de eerste dag van de vierde maand die volgt op de maand waarin het agentschap een onontvankelijk personeelskostendossier heeft ontvangen.

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

In afwijking van het eerste lid wordt het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingsen, vermeld in artikel 193, niet aangepast aan de reële personeelskosten voor de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 9.69, 7.74.6 of 7.90.

Hoofdstuk 2. Tegemoetkomingen voor reiskosten

Afdeling 1. Tegemoetkomingen voor reiskosten voor zorggebruikers jonger dan achttien jaar

Art. 196. Aan een zorggebruiker die jonger dan achttien jaar is en aan wie een revalidatieverstreking wordt verleend in een revalidatievoorziening wordt een forfaitaire tegemoetkoming voor reiskosten toegekend als voldaan is aan al de volgende voorwaarden:

- 1° de revalidatievoorziening heeft een erkenningsnummer dat begint met het nummer 7.74.6 of 9.69;
- 2° de zorggebruiker komt in aanmerking voor een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, verleend in het kader van de revalidatieovereenkomsten, vermeld in punt 1°;
- 3° de zorggebruiker verblijft niet in een ziekenhuis of een revalidatieziekenhuis, waarin een revalidatieovereenkomst als vermeld in punt 1°, is gesitueerd;
- 4° de zorggebruiker wordt niet in zijn werkelijke verblijfplaats behandeld.

De revalidatievoorziening attesteert de dagen waarop, conform de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, een revalidatieverstreking aan de zorggebruiker is verleend. Ze bezorgt dat attest aan de zorggebruiker.

Art. 197. De tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 196, bedraagt 17,5 euro per dag waarop minstens een ambulante revalidatieverstreking aan de zorggebruiker wordt verleend.

De tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 196, wordt door de verzekeringsinstellingen, waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, automatisch betaald op basis van het attest, vermeld in artikel 196, tweede lid, dat wordt afgeleverd door de zorggebruiker.

Afdeling 2. Tegemoetkomingen voor reiskosten voor zorggebruikers die worden vervoerd in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel

Art. 198. Voor het vervoer van een zorggebruiker aan wie een revalidatieverstreking wordt verleend in een revalidatievoorziening in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, wordt een tegemoetkoming voor reiskosten toegekend als voldaan is aan al de volgende voorwaarden:

- 1° de zorggebruiker komt in aanmerking voor een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstreking op dezelfde dag;
- 2° de zorggebruiker kan wegens de aard en de ernst van zijn aandoening alleen worden vervoerd in een rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel;
- 3° de zorggebruiker verblijft niet in een ziekenhuis of een revalidatieziekenhuis, waarin een revalidatieovereenkomst is gesitueerd;
- 4° de zorggebruiker wordt niet in zijn werkelijke verblijfplaats behandeld.

In afwijking van het eerste lid moet in de gevallen, waarin een verlenging van de revalidatieperiode als vermeld in artikel 213, wordt toegekend en de zorggebruiker al voorheen aanspraak maakte op de tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in dit artikel, niet voldaan zijn aan de voorwaarde, vermeld in het eerste lid, 2°.

Art. 199. Als de zorggebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, bedraagt het bedrag van de tegemoetkoming 0,25 euro per kilometer.

Als de zorggebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, bedraagt het bedrag van de tegemoetkoming 1,32 euro per kilometer.

Als de zorggebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder, die een subsidie ontvangt die zijn personeelskosten dekt, in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, bedraagt het bedrag van de tegemoetkoming 0,49 euro per kilometer.

Art. 200. §1. Als de zorggebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, wordt het aantal kilometer dat in aanmerking komt voor de berekening van de tegemoetkoming voor reiskosten vertegenwoordigd door de afstand tussen de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker en de revalidatievoorziening.

§2. Als een zorggebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder, wordt het aantal kilometer dat in aanmerking komt voor de berekening van de tegemoetkoming voor reiskosten bepaald op de volgende wijze:

- 1° de afstand tussen de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker en de revalidatievoorziening;
- 2° de afstand heen of terug als er zich geen zorggebruiker in het voertuig bevindt, kan worden toegevoegd. Daarbij gelden de volgende beperkingen:
 - a) bij transport van één zorggebruiker wordt de afstand, waarbij er zich geen zorggebruiker in het voertuig bevindt, tussen de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker en de zetel van de professionele vervoerder, die het dichtst bij de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker ligt, beperkt tot 5 kilometer;
 - b) bij transport van verschillende zorggebruikers mag de afstand waarbij er zich geen zorggebruikers in het voertuig bevinden, tussen de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker en de zetel van de professionele vervoerder, die het dichtst bij de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker ligt, maximaal één keer worden geteld.

§3. Voor de toepassing van dit artikel wordt de afstand bepaald op basis van de berekening door een digitale routeplanner. De zorggebruiker of de professionele vervoerder kan altijd aantonen welke methode is gekozen om de afstand te berekenen.

Art. 201. De tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 198, wordt voor elke zorggebruiker berekend met de volgende formule: het bedrag van de tegemoetkoming per kilometer, vermeld in artikel 199, vermenigvuldigd met het aantal kilometer, dat wordt berekend conform artikel 200.

Bij vervoer van verschillende zorggebruikers wordt de tegemoetkoming voor reiskosten per zorggebruiker verminderd met 20% vanaf twee zorggebruikers en met 30% vanaf drie zorggebruikers.

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

Art. 202. Als de zorggebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, wordt de tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 198, toegekend aan de zorggebruiker.

Als de zorggebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder, wordt de tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 198, toegekend aan de vervoerder of de zorggebruiker.

Aan de zorggebruiker die door een professionele vervoerder wordt vervoerd, kan geen eigen bijdrage voor dat vervoer worden aangerekend.

Art. 203. De tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 198, is afhankelijk van de voorafgaandelijk goedkeuring van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven. Die goedkeuring wordt verleend conform de aanvraagprocedure, vermeld in hoofdstuk 3.

Afdeling 3. Indexering

Art. 204. De bedragen, vermeld in artikel 197 en 199, worden, tenzij het anders vermeld is, gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

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

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

Hoofdstuk 3. Aanvraagprocedure

Art. 205. Een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingsen en, in voorkomend geval, de reiskosten die verband houden met die

revalidatieverstrekingen, kan alleen worden toegekend als de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, een beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming heeft genomen.

Art. 206. De revalidatievoorziening, waartoe de zorggebruiker zich wendt, verstuurt de aanvraag naar de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, voordat de revalidatieverstrekingen worden verleend.

De aanvraag wordt ingediend met een aangetekende zending of om het even welke andere manier die toelaat de datum van de indiening met zekerheid vast te stellen.

Elke aanvraag wordt rechtstreeks gericht aan één centraal contactpunt, dat wordt bepaald door de betrokken verzekeringsinstelling.

In dit hoofdstuk wordt verstaan onder aanvraag: de aanvraag van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, waarbij, in voorkomend geval, de aanvraag wordt toegevoegd van de tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 198, die verband houden met die revalidatieverstrekingen.

Art. 207. Er wordt geen tegemoetkoming toegekend voor revalidatieverstrekingen en reiskosten die vroeger dan dertig dagen voor de ontvangstdatum zijn verricht.

In geval van een beslissing tot weigering van de verzekeringsinstelling is de ontvangstdatum van de aanvraag niet meer van toepassing, behalve in de gevallen waarin de aanvraag administratief wordt geweigerd omdat de zorggebruiker geen rechthebbende is als vermeld in artikel 2, 13°, van het decreet van 6 juli 2018.

In dit hoofdstuk 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 zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, een volledige aanvraag heeft ontvangen. Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als ten minste de drie delen van het aanvraagformulier, vermeld in artikel 208, gedagtekend en ondertekend zijn.

Art. 208. De revalidatievoorziening stelt samen met de zorggebruiker de aanvraag op. De aanvraag wordt opgemaakt aan de hand van het model van aanvraagformulier dat is opgenomen in de revalidatieovereenkomst. Het aanvraagformulier bestaat uit de volgende delen:

- 1° deel 1 dat ondertekend en gedagtekend wordt door een administratief verantwoordelijke van de revalidatievoorziening bestaat uit een document dat de volgende informatie bevat:
 - a) de gegevens van de revalidatievoorziening;
 - b) de gegevens over de soort revalidatieverstreking;

- c) de periode waarin de revalidatieverstrekkingen plaatsvinden;
 - d) in voorkomend geval, met welke frequentie de revalidatieverstrekkingen plaatsvinden.
- 2° deel 2: de aanvraag van de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen en, in voorkomend geval, de aanvraag van de tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel en een geïnformeerde toestemming. Dit deel wordt ondertekend en gedagtekend door de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger;
- 3° deel 3: een gestandaardiseerd medisch verslag. Dit deel wordt ingevuld, ondertekend en gedagtekend door een behandelende arts van de revalidatievoorziening. Dit deel wordt niet ingediend door de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.90;
- 4° in geval een tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel wordt gevraagd: een gestandaardiseerd medisch verslag waaruit blijkt dat de zorggebruiker door de aard en de ernst van zijn pathologie de rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer.

Art. 209. §1. De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, is belast met de administratieve controle van de aanvraag en controleert:

- 1° de verzekeringsstatus van de zorggebruiker, vermeld in artikel 4 van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° de naleving door de zorggebruiker van de regels over de cumulatie, vermeld in de revalidatieovereenkomst en in artikel 29 tot en met 39 van dit besluit.

De verzekeringsinstelling vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de zorggebruiker of de revalidatievoorziening. Als de verzekeringsinstelling ontbrekende informatie opvraagt bij de revalidatievoorziening, brengt ze de zorggebruiker daarvan gelijktijdig op de hoogte.

Als de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, niet zijn vervuld, wordt de aanvraag administratief geweigerd door de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven. In afwijking van artikel 210 neemt de verzekeringsinstelling die beslissing tot weigering, zonder voorafgaand het advies van de Zorgkassencommissie in te winnen.

§2. Conform artikel 3, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018 kunnen revalidatievoorzieningen een administratief beroep indienen bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. Het beroep wordt ingediend binnen drie maanden nadat de verzekeringsinstelling de beslissing tot weigering heeft verstuurd, als de weigering van de betaling van een tegemoetkoming voor de opmaak van een rolstoeladviesrapport of van een tegemoetkoming voor reiskosten die verband houdt met de opmaak van het rolstoeladviesrapport, te wijten is aan het feit dat de zorggebruiker geen rechthebbende is.

Het beroepsschrift is ontvankelijk als het aan al de volgende voorwaarden voldoet:

- 1° het beroepsschrift is gemotiveerd;
- 2° het beroepsschrift is binnen de termijn, vermeld in het eerste lid, aan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming bezorgd.

Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming neemt een beslissing binnen een maand nadat het het administratief beroep heeft ontvangen. Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming stuurt de beslissing binnen acht dagen met een aangetekende zending naar de revalidatievoorziening in kwestie.

De minister kan nadere regels bepalen voor de uitvoering en de behandeling van het administratief beroep.

Art. 210. §1. De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, neemt, rekening houdend met het resultaat van de controle, vermeld in artikel 209, een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag na eensluidend advies van de Zorgkassencommissie. Dat is de standaard aanvraagprocedure.

Als de aanvraag onderworpen is aan de controle door de Zorgkassencommissie, bezorgt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, de aanvraag binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum aan de Zorgkassencommissie, zodra ze heeft vastgesteld dat de voorwaarden, vermeld in artikel 209, §1, eerste lid, zijn vervuld. Die termijn wordt geschorst als de verzekeringsinstelling ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 209, §1, tweede lid.

§2. De Zorgkassencommissie bezorgt binnen twintig werkdagen na de dag dat ze de aanvraag heeft ontvangen, het eensluidend advies over de aanvraag aan de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven. De Zorgkassencommissie levert dit advies af op basis van de bepalingen in de revalidatieovereenkomst in kwestie.

Als de Zorgkassencommissie binnen twintig werkdagen na de dag dat ze de aanvraag heeft ontvangen geen eensluidend advies over de aanvraag bezorgt aan de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, wordt het advies geacht eensluidend gunstig te zijn.

De Zorgkassencommissie kan ontbrekende informatie opvragen bij de zorggebruiker of de revalidatievoorziening, als ze dat noodzakelijk acht in het kader van haar adviesopdracht. Als de Zorgkassencommissie ontbrekende informatie opvraagt, wordt de termijn, vermeld in het eerste lid, geschorst. Als de Zorgkassencommissie ontbrekende informatie opvraagt bij de revalidatievoorziening brengt ze de zorggebruiker daarvan gelijktijdig op de hoogte.

Art. 211. In de gevallen, die de minister na eensluidend advies van de Expertencommissie bepaalt, neemt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, in afwijking van artikel 210, een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag

zonder voorafgaand het advies van de Zorgkassencommissie in te winnen. De verzekeringsinstelling houdt alleen rekening met het resultaat van de controle, vermeld in artikel 209, §1, eerste lid. Dat is de vereenvoudigde aanvraagprocedure.

In afwijking van het eerste lid wordt de aanvraag van de tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 198, altijd ingediend conform de standaard aanvraagprocedure, vermeld in artikel 210.

Art. 212. De beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring van de aanvraag van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, vermeldt:

- 1° de gegevens van de revalidatievoorziening, de gegevens over de soort revalidatieverstrekking, de periode waarin en, in voorkomend geval, de frequentie waarmee de revalidatieverstrekingen, waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend, worden verleend;
- 2° in voorkomend geval, de reiskosten, waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend.

De beslissing tot weigering van de aanvraag van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, wordt meegedeeld met een aangetekende zending en vermeldt:

- 1° de redenen van de weigering;
- 2° de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin beroep moet worden aangetekend.

Art. 213. De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, kan een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring van een aanvraag verlengen in een nieuwe beslissing.

Art. 214. §1. Bij de standaardaanvraagprocedure, vermeld in artikel 210, is voorzien dat de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na de dag dat ze het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie heeft ontvangen, bezorgt.

Als de Zorgkassencommissie geen eensluidend advies over de aanvraag bezorgt aan de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, binnen de termijn, vermeld in artikel 210, §2, tweede lid, bezorgt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, de beslissing aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na afloop van de termijn, vermeld in artikel 210, §2, tweede lid.

Als de Zorgkassencommissie na de termijn, vermeld in artikel 210, §2, tweede lid, een ongunstig eensluidend advies over de aanvraag bezorgt aan de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, bezorgt de verzekeringsinstelling een nieuwe beslissing aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na de dag dat ze het

eensluitend advies van de Zorgkassencommissie heeft ontvangen. Die nieuwe beslissing geldt vanaf de tiende werkdag na de aangetekende kennisgeving ervan.

§2. Bij de vereenvoudigde aanvraagprocedure, vermeld in artikel 211, is voorzien dat de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum, bezorgt.

Als de verzekeringsinstelling de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag niet binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening bezorgt, wordt de aanvraag geacht te zijn goedgekeurd.

Zodra de verzekeringsinstelling vaststelt dat de zorggebruiker en de revalidatievoorziening niet binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag hebben ontvangen, neemt ze alsnog een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag en brengt ze de zorggebruiker en de revalidatievoorziening daarvan onmiddellijk op de hoogte.

Als de verzekeringsinstelling 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 revalidatieverstrekkingen die op zijn vroegst dertig dagen voor de ontvangstdatum en uiterlijk tien werkdagen na de kennisgeving van de beslissing tot weigering plaatsvinden. De beslissing tot weigering kan op zijn vroegst tien werkdagen na de kennisgeving van de beslissing tot weigering ingaan.

De beslissingstermijn van de verzekeringsinstelling wordt geschorst als de verzekeringsinstelling ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 209, §1, tweede lid.

Art. 215. Een a posteriori controle van de conformiteit van de medische gegevens, die worden beschreven in het gestandaardiseerd medisch verslag in deel 3 van het aanvraagformulier, vermeld in artikel 208, eerste lid, 3°, is mogelijk. De Zorgkassencommissie voert die controle uit op basis van de bepalingen in de revalidatieovereenkomst in kwestie. De minister kan de nadere regels voor de uitvoering van die controle bepalen.

Hoofdstuk 4. Eigen bijdrage

Art. 216. In de revalidatievoorzieningen kan een persoonlijk aandeel worden aangerekend aan de zorggebruiker. Het persoonlijk aandeel is een financiële bijdrage van de zorggebruiker in de zorgkosten.

Een persoonlijk aandeel kan alleen worden aangerekend als aan de zorggebruiker aan wie een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen wordt toegekend in het kader van een revalidatieovereenkomst.

In afwijking van het eerste lid kan geen persoonlijk aandeel worden aangerekend aan een zorggebruiker in de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.90.

Art. 217. In de revalidatievoorzieningen kunnen extra vergoedingen worden aangerekend aan de zorggebruiker. Extra vergoedingen zijn kosten voor de zorggebruiker voor diensten en goederen, die verricht of geleverd worden door de revalidatievoorziening, en die niet worden vergoed door de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen, noch door het persoonlijk aandeel.

Extra vergoedingen kunnen alleen worden aangerekend aan de zorggebruiker aan wie een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen wordt toegekend in het kader van een revalidatieovereenkomst voor zover die extra vergoedingen limitatief vermeld worden in de revalidatieovereenkomst.

In afwijking van het eerste lid kunnen geen extra vergoedingen worden aangerekend aan de zorggebruiker in de volgende revalidatievoorzieningen:

- 1° 7.74.601.41 – Expertisecentrum voor ASS UZ Leuven Gasthuisberg;
- 2° 7.74.604.38 – Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Antwerpen;
- 3° 7.74.605.37 – Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Gent;
- 4° 7.74.606.36 – Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Brussel;
- 5° de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.90.

Art. 218. Voor ambulante revalidatie bedraagt het persoonlijk aandeel 1,80 euro per revalidatieverstrekking.

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

Art. 219. Voor een verblijf in een revalidatievoorziening, bedraagt het persoonlijk aandeel voor de eerste dag van het verblijf 43,20 euro. Vanaf de tweede dag van het verblijf bedraagt het persoonlijk aandeel 15,93 euro per dag.

In afwijking van het eerste lid bedraagt het persoonlijk aandeel vanaf de eerste dag 15,93 euro per dag in de volgende gevallen:

- 1° als het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een ziekenhuis als vermeld in artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008;
- 2° als het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een revalidatieziekenhuis als vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018;
- 3° als het verblijf begint binnen zes maanden na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis als vermeld in artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008;
- 4° als het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag waarop een opname voor residentiële revalidatie in dezelfde of een andere revalidatievoorziening is beëindigt.

Art. 220. In afwijking van artikel 219 bedraagt het persoonlijk aandeel voor een verblijf in een revalidatievoorziening de eerste dag van het verblijf 32,93 euro en vanaf de tweede dag van het verblijf 5,66 euro per dag voor de volgende categorieën van zorggebruikers:

- 1° kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste, conform artikel 32, eerste lid, 20° en 23°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 2° zorggebruikers die minstens twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig uitkeringsgerechtigde werkloze, alleenstaande of met een gezin ten laste, of ten laste zijn van een persoon die aan de voormelde voorwaarden voldoet, conform artikel 32, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

- 1° als het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een ziekenhuis als vermeld in artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008;
- 2° als het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een revalidatieziekenhuis als vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018;
- 3° als het verblijf begint binnen zes maanden na een ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis als vermeld in artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008;
- 4° als het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag waarop een opname voor residentiële revalidatie in dezelfde of een andere revalidatievoorziening met een revalidatieovereenkomst is beëindigt.

Art. 221. In afwijking van artikel 219 bedraagt het persoonlijk aandeel van de zorggebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatievoorziening vanaf de eerste dag 5,66 euro per dag.

Art. 222. De bedragen, vermeld in artikel 218 tot en met 221, worden, tenzij het anders is vermeld, gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

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

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

Titel 3. Tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkingen in het buitenland en reiskosten die daarmee verband houden

Hoofdstuk 1. Voorwaarden en bedrag van de tegemoetkomingen

Art. 223. De zorggebruiker kan aanspraak maken op een tegemoetkoming voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland als aan al de volgende voorwaarden is voldaan:

- 1° de revalidatieverstrekkings behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzienings, waarvoor dit besluit in een tegemoetkoming voorziet;
- 2° de zorggebruiker voldoet aan de voorwaarden waaraan op basis van dit besluit moet zijn voldaan opdat een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings kan worden toegekend;
- 3° de revalidatieverstrekkings worden verstrekt door een verstrekker die wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in het land waar de revalidatieverstrekkings plaatsvinden, of in een voorziening, die kan worden gelijkgesteld met een revalidatievoorziening en die voldoende geneeskundige waarborgen biedt of erkend is door de overheid van het land waar ze zich bevindt;
- 4° de zorggebruiker heeft, conform artikel 227 tot en met 235, een voorafgaande aanvraag ingediend en een goedkeuring voor de revalidatieverstrekkings in kwestie verkregen van de verzekeringsinstelling;
- 5° op het ogenblik waarop de tegemoetkoming wordt toegekend, heeft de gebruiker de kosten al betaald en levert hij daarvan het bewijs.

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

Art. 224. De zorggebruiker kan aanspraak maken op een tegemoetkoming voor reiskosten, die verband houden met geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland, als aan al de volgende voorwaarden is voldaan:

- 1° de zorggebruiker voldoet aan de voorwaarden waaraan op basis van dit besluit moet zijn voldaan opdat een tegemoetkoming voor reiskosten kan worden toegekend;
- 2° de zorggebruiker kan aanspraak maken op een tegemoetkoming voor de geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland, waarmee de reiskosten verband houden;
- 3° de zorggebruiker heeft, conform artikel 227 tot en met 235, een voorafgaande aanvraag ingediend en een goedkeuring voor de reiskosten in kwestie verkregen.

Art. 225. Behalve in de gevallen, waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 231, 1°, zijn vervuld, is het bedrag van de tegemoetkoming voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland het gewogen gemiddelde van de tegemoetkomingen, die worden toegekend voor revalidatieverstrekkings, die worden verleend in revalidatievoorzienings met een vergelijkbaar revalidatieprogramma en een vergelijkbare doelgroep. De tegemoetkoming kan niet hoger zijn dan de werkelijk gemaakte kosten.

Art. 226. Voor de berekening van de tegemoetkoming voor reiskosten, die verband houden met geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland, wordt alleen de afstand in vogelvlucht, heen en terug, tussen de het centrum van

Brussel en de plaats van de behandeling in aanmerking genomen. Voor de eerste 350 kilometer van de heen- en de terugweg wordt geen tegemoetkoming verleend.

De tegemoetkoming voor reiskosten, die verband houden met geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland, wordt voor elke zorggebruiker berekend conform de volgende formule: het bedrag van de tegemoetkoming per kilometer, vermeld in het derde of vierde lid, vermenigvuldigd met het aantal kilometer, vermeld in het eerste lid.

Als de zorggebruiker jonger is dan achttien jaar is en het revalidatieprogramma vergelijkbaar is met het revalidatieprogramma van de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.74.6 of 9.69, bedraagt de tegemoetkoming 0,25 euro per kilometer.

Als uit een medisch verslag blijkt dat de zorggebruiker wegens de aard en de ernst van zijn aandoening alleen kan worden vervoerd in zijn rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel bedraagt de tegemoetkoming:

- 1° 0,25 euro per kilometer als de zorggebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel;
- 2° 1,30 euro per kilometer als de zorggebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel.

Dit artikel is niet van toepassing in de gevallen, waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 231, 1°, zijn vervuld.

De bedragen, vermeld in dit artikel, worden, tenzij het anders is vermeld, gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100). Die bedragen worden aangepast conform de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Die koppeling aan het indexcijfer, vermeld in het zesde 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.

Hoofdstuk 2. Aanvraagprocedure

Art. 227. Voorafgaand aan de geplande revalidatieverstrekkings en reiskosten in het buitenland, dient de zorggebruiker een aanvraag in voor de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings en, in voorkomend geval, voor de reiskosten die verband houden met deze revalidatieverstrekkings bij de verzekeringsinstelling waarbij hij is aangesloten of ingeschreven.

In dit hoofdstuk wordt verstaan onder aanvraag: de aanvraag van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings in het buitenland, waarbij, in voorkomend geval, de aanvraag van een tegemoetkoming voor reiskosten die verband houden met die revalidatieverstrekkings, wordt gevoegd.

In dit hoofdstuk wordt verstaan onder ontvangstdatum: de datum waarop de volledige aanvraag is ontvangen. Bij verzending met de post is dat de postdatum van de brief waarmee de volledige aanvraag is verzonden. Als de postdatum ontbreekt, is het de datum waarop de verzekeringsinstelling een volledige aanvraag heeft ontvangen. Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als het aanvraagformulier, vermeld in artikel 228, volledig is ingevuld.

Art. 228. Het agentschap stelt op zijn website een aanvraagformulier ter beschikking. De verzekeringsinstelling stelt ook een Franse, Engelse en Duitse versie van het aanvraagformulier ter beschikking.

Het aanvraagformulier bevat minstens de volgende onderdelen:

- 1° een gedetailleerde omschrijving van het buitenlandse revalidatieprogramma dat wordt voorgeschreven;
- 2° welk soortgelijk revalidatieprogramma bestaat in een revalidatievoorziening als vermeld in het decreet van 6 juli 2018;
- 3° de motivatie waarom niet voor een revalidatievoorziening wordt gekozen;
- 4° een bijkomend document als een tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel wordt gevraagd: een gestandaardiseerd medisch verslag waaruit blijkt dat de zorggebruiker wegens de aard en de ernst van zijn aandoening zijn rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer.

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

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

Art. 229. De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, is belast met de administratieve controle van de aanvraag en controleert:

- 1° de verzekeringsstatus van de zorggebruiker, vermeld in artikel 4 van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° de naleving door de zorggebruiker van de regels over de cumulatie, vermeld in de revalidatieovereenkomst en in artikel 29 tot en met 39 van dit besluit.

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

De verzekeringsinstelling vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de zorggebruiker.

Als de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, niet zijn vervuld, wordt de aanvraag administratief geweigerd door de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven. In afwijking van artikel 230 neemt de verzekeringsinstelling de beslissing tot weigering, zonder voorafgaand eensluidend advies van de Expertencommissie. De beslissing tot weigering van de aanvraag vermeldt de reden van de weigering, de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend. De beslissing tot weigering wordt met een aangetekende zending aan de zorggebruiker bezorgd.

Art. 230. De verzekeringstelling bezorgt de aanvraag binnen tien werkdagen na de ontvangstdatum aan de Expertencommissie.

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

Art. 231. De Expertencommissie onderzoekt het dossier en oordeelt of er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- 1° de voorwaarden, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels;
- 2° de voorwaarden, vermeld in artikel 223, eerste lid, 1° tot en met 3°, van dit besluit, en in voorkomend geval, de voorwaarden, vermeld in artikel 224, 1° en 2°, van dit besluit.

Art. 232. De Expertencommissie brengt een eensluidend advies uit aan de verzekeringsinstelling binnen vijftien werkdagen na de dag dat ze de aanvraag van de verzekeringsinstelling heeft ontvangen.

Bij een positief advies in de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 231, 1°, zijn vervuld, adviseert de Expertencommissie om een voorafgaande toestemming te verlenen in de vorm van een formulier S2.

Bij een positief advies in de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 231, 2°, zijn vervuld, vermeldt het advies van de Expertencommissie de volgende gegevens:

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

De termijn, vermeld in het eerste lid, wordt geschorst als de Expertencommissie bijkomende informatie van de zorggebruiker nodig heeft. De Expertencommissie vraagt aan de verzekeringsinstelling om de ontbrekende informatie te vragen aan de zorggebruiker. De termijn, vermeld in het eerste lid,

begint opnieuw te lopen op de werkdag dat de aanvraag opnieuw wordt behandeld door de Expertencommissie.

Art. 233. Op basis van het eensluidend advies van de Expertencommissie, neemt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of tot weigering van de gevraagde tegemoetkoming.

Binnen vijf werkdagen na de dag dat de verzekeringsinstelling het advies van de Expertencommissie heeft ontvangen, brengt de verzekeringsinstelling de zorggebruiker op de hoogte van de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de gevraagde tegemoetkoming en, in voorkomend geval, van de redenen van de weigering, van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend. De beslissing tot weigering wordt met een aangetekende zending aan de zorggebruiker bezorgd.

In de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 231, 1°, zijn vervuld, voegt de verzekeringsinstelling het formulier S2 bij de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring.

In de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 231, 2°, zijn vervuld, vermeldt de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring van de verzekeringsinstelling de gegevens die zijn opgenomen in het advies van de Expertencommissie, vermeld in artikel 232, derde lid.

Art. 234. De periode waarvoor de aangevraagde tegemoetkoming kan worden toegekend, begint op zijn vroegst te lopen op de dag nadat de zorggebruiker de beslissing van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, heeft ontvangen.

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

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

Art. 235. Als de verzekeringsinstelling conform artikel 229, vierde lid, een beslissing tot weigering heeft genomen op basis van een inbreuk op de cumulatieverboden, vermeld in dit besluit, en de zorggebruiker een nieuwe aanvraag indient die dezelfde revalidatieverstrekkingsen en, in voorkomend geval, dezelfde reiskosten tot voorwerp heeft als de oorspronkelijke aanvraag, voegt de zorggebruiker een bijkomende motivering over de cumulatie van tegemoetkomingen bij de aanvraag.

De verzekeringsinstelling vervolledigt de nieuwe aanvraag, vermeld in het eerste lid, met informatie over de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekingen die al zijn toegekend, op basis waarvan de cumulbepalingen opnieuw kunnen worden geëvalueerd. De verzekeringsinstelling bezorgt de nieuwe aanvraag binnen de termijn, vermeld in artikel 230, eerste lid, aan het agentschap. In afwijking van artikel 229 beoordeelt niet de verzekeringsinstelling, maar wel de Expertencommissie de naleving van de regel over de cumulatie. De Expertencommissie voert die beoordeling uit in het kader van het onderzoek, vermeld in artikel 231.

Deel 5. Revalidatieziekenhuizen

Titel 1. Vaststelling van het budget

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Art. 236. De minister bepaalt jaarlijks het budget voor elk revalidatieziekenhuis voor een dienstjaar. Dat budget wordt op 1 januari van elk jaar vastgesteld.

In afwijking van het eerste lid wordt het budget verhoogd vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de spilindex is overschreden, conform artikel 255.

Art. 237. Het budget is samengesteld uit de volgende delen:

- 1° het basisbudget;
- 2° het voorwaardelijke budget;
- 3° het jaarlijks herrekende budget;
- 4° het corrigerende budget.

Hoofdstuk 2. Het basisbudget, vermeld in artikel 237, 1°

Art. 238. Het basisbudget dekt de kosten van de bestanddelen, vermeld in bijlage 3, die bij dit besluit is gevoegd, die door het budget van financiële middelen zijn gedekt conform artikel 7 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, en die niet worden gedekt door het voorwaardelijke, jaarlijks herrekende of corrigerende budget, vermeld in artikel 240, 247 en 250 van dit besluit.

Art. 239. Het basisbudget voor het dienstjaar dat op 1 januari 2019 begint bestaat uit het budget van financiële middelen, dat is vastgesteld conform het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, en toegekend op 1 juli 2018, als het de kosten dekt, vermeld in artikel 238 van dit besluit.

Het basisbudget voor het dienstjaar dat op 1 januari 2020 begint, en voor elk van de daarop volgende dienstjaren bestaat uit het basisbudget voor het dienstjaar dat begint op 1 januari 2019, zoals geïndexeerd conform artikel 255.

Hoofdstuk 3. Het voorwaardelijke budget, vermeld in artikel 237, 2°

Afdeling 1. Onderdelen

Art. 240. Het voorwaardelijke budget bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1° het bedrag om de kwaliteitsbewaking te bevorderen;
- 2° het bedrag om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier te bevorderen.

Afdeling 2. Bedrag om de kwaliteitsbewaking te bevorderen

Art. 241. In dit artikel wordt verstaan onder VIP²: het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals, dat wordt gecoördineerd door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, waarin ziekenhuizen worden aangespoord om de manier waarop ze zorg verlenen en de resultaten van hun zorgverlening aan de hand van kwaliteitsindicatoren te meten en te evalueren.

Om de kwaliteitsbewaking te bevorderen, wordt een bedrag van 121.939 euro verdeeld over de revalidatieziekenhuizen die een overeenkomst hebben gesloten met het agentschap over de deelname aan het project VIP².

Dit onderdeel van het voorwaardelijke budget bestaat uit een forfaitair bedrag (X), dat wordt berekend op basis van de volgende formule: $X = A \times B/C$, waarbij:

- 1° A: het beschikbare bedrag, vermeld in het tweede lid;
- 2° B: het aantal erkende bedden van het revalidatieziekenhuis in kwestie;
- 3° C: het totale aantal erkende bedden van de revalidatieziekenhuizen in kwestie.

Als het bedrag (X), berekend conform het derde lid, lager is dan 10.000 euro, wordt het bedrag (X) geacht 10.000 euro te zijn.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dat bij het agentschap bekend is op 31 augustus van het jaar dat voorafgaat aan het dienstjaar waarop het budget betrekking heeft.

Om dit onderdeel van het voorwaardelijke budget te behouden, bezorgen de revalidatieziekenhuizen de registratiegegevens tijdig, conform de afgesproken data, bepaald in de protocollen van de indicatoren van het project VIP², aan het agentschap, conform de regels, bepaald in de overeenkomst die gesloten is met het agentschap over de deelname aan het project VIP².

Afdeling 3. Bedrag om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier te bevorderen

Art. 242. Met het oog op de realisatie van het elektronisch patiëntendossier, bepaald in actiepunt 2 van de Roadmap 2.0 van het e-gezondheidsplan, waarvan de inhoud is gedefinieerd in de Belgian Meaningful Use Criteria, hierna de BMUC te noemen, die zijn opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, wordt een forfaitaire financiering voorzien onder de voorwaarden, vermeld in artikel 243 tot en met 246 van dit besluit.

Dit onderdeel van het voorwaardelijke budget bestaat uit een bedrag van 667.293 euro, dat als volgt wordt verdeeld in de vorm van forfaits:

- 1° een sokkel per revalidatieziekenhuis;
- 2° een sokkel per erkend bed;
- 3° een acceleratorbudget;
- 4° een 'early adopter'-budget.

Art. 243. De sokkel per revalidatieziekenhuis, vermeld in artikel 242, tweede lid, 1°, wordt elk jaar berekend en is identiek voor alle revalidatieziekenhuizen. Die sokkel bedraagt:

- 1° voor het dienstjaar 2019: 10% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid;
- 2° voor elk dienstjaar vanaf het dienstjaar 2020: 5% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis jaarlijks voldoen aan de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in titel 5.

Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in titel 5, niet respecteert, wordt het toegekende bedrag voor het jaar in kwestie gerecupereerd in het volgende budget. Het gerecupereerde bedrag wordt conform dezelfde modaliteiten herverdeeld onder de andere revalidatieziekenhuizen op het moment dat het volgende budget wordt toegekend.

Art. 244. De sokkel per erkend bed, vermeld in artikel 242, tweede lid, 2°, wordt elk jaar berekend. Voor de vastlegging van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met de erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget. Die sokkel bedraagt:

- 1° voor het dienstjaar 2019: 15% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid;
- 2° voor elk dienstjaar vanaf het dienstjaar 2020: 10% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis jaarlijks voldoen aan de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in titel 5.

Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in titel 5, niet respecteert, wordt het toegekende bedrag voor het jaar in kwestie gerecupereerd in het volgende budget. Het gerecupereerde bedrag wordt conform dezelfde modaliteiten herverdeeld onder de andere revalidatieziekenhuizen op het moment dat het volgende budget wordt toegekend.

Art. 245. §1. Het acceleratorbudget, vermeld in artikel 242, tweede lid, 3°, is een bijkomend bedrag dat wordt toegekend aan de revalidatieziekenhuizen als stimulans om het proces te accelereren. Het acceleratorbudget wordt elk jaar berekend per revalidatieziekenhuis. Het acceleratorbudget bedraagt:

- 1° voor het dienstjaar 2019: 65% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid;
- 2° voor de dienstjaren 2020, 2021, 2022 en 2023: 70% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid;
- 3° voor elk dienstjaar vanaf het dienstjaar 2024: 85% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid.

§2. Om voor het dienstjaar 2019 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 1°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis uiterlijk op 31 juli 2018 en conform artikel 61/1, §4, van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, een implementatiedatum voor een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier vastleggen, alsook een stappenplan waarin de implementatiedata worden vermeld van de zeven basisfunctionaliteiten die zijn omschreven in de BMUC.

Het acceleratorbudget wordt verdeeld onder de revalidatieziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

§3. Voor het dienstjaar 2020 wordt een vast deel gevormd door 80% van de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°, en een variabel deel door 20% van de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°.

Om voor de financiering van het vaste deel, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis uiterlijk op 31 juli 2019 een implementatiedatum voor een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier vastleggen, alsook een stappenplan waarin de implementatiedata worden vermeld van de zeven basisfunctionaliteiten die zijn omschreven in de BMUC. Het revalidatieziekenhuis bezorgt die informatie uiterlijk op 31 augustus 2019 aan het agentschap. Het bedrag voor het vaste deel wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

Om voor de financiering van het variabele deel, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis op 31 juli 2019 stap 1 van de functionaliteit "elektronische ontslagbrief" van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, gerealiseerd hebben. De realisatie wordt gemeten als de verhouding van het aantal ontslagen patiënten in de periode van 1 februari 2019 tot en met 31 juli 2019 voor wie een elektronische ontslagbrief beschikbaar is gesteld op de HUB, ten opzichte van het totale aantal patiënten dat is ontslagen in dezelfde periode. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2019, het gemeten percentage aan het agentschap. Het bedrag voor het variabele deel wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

§4. Om voor het dienstjaar 2021 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 1 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2020. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een

verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2020, voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

§5. Om voor het dienstjaar 2022 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 2 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2021. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2021, voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

§6. Om voor het dienstjaar 2023 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 3 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2022. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2022, voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

§7. Om vanaf het dienstjaar 2024 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 3°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 4 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2023. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2023, voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

Art. 246. §1. Het 'early adopter'-budget, vermeld in artikel 242, tweede lid, 4°, is een bijkomend bedrag dat wordt toegekend aan de revalidatieziekenhuizen als stimulans om de functionaliteiten van de BMUC sneller dan de timing, vermeld in artikel 245, te implementeren. Het 'early-adopter'-budget wordt jaarlijks voor elk revalidatieziekenhuis berekend. Het 'early-adopter'-budget bedraagt:

- 1° voor het dienstjaar 2019: 10% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid;
- 2° voor de dienstjaren 2020, 2021, 2022 en 2023: 15% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 242, tweede lid.

Het 'early adopter'-budget wordt verdeeld onder de revalidatieziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 2 tot en met 6, naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het moment van de berekening van het budget.

De voorwaarden, vermeld in paragraaf 2 tot en met 6, zijn gebaseerd op een puntensysteem. Voor elke behaalde stap, vermeld in bijlage 1 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, wordt per functionaliteit van de BMUC één punt toegekend.

§2. Om voor het dienstjaar 2019 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 1°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis minstens een punt hebben behaald op 31 juli 2018.

§3. Om voor het dienstjaar 2020 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis minstens twee punten hebben behaald op 31 juli 2019. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2019, hoeveel punten het heeft behaald.

§4. Om voor het dienstjaar 2021 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis minstens veertien punten hebben behaald op 31 juli 2010. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2010, hoeveel punten het heeft behaald.

§5. Om voor het dienstjaar 2022 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis minstens eenentwintig punten hebben behaald op 31 juli 2021. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2021, hoeveel punten het heeft behaald.

§6. Om voor het dienstjaar 2023 voor de financiering, vermeld paragraaf 1, eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis achtentwintig punten hebben behaald op 31 juli 2022. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2022, hoeveel punten het heeft behaald.

Hoofdstuk 4. Het jaarlijks herrekende budget, vermeld in artikel 237, 3°

Afdeling 1. Onderdelen

Art. 247. Het jaarlijks herrekende budget bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1° het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen;
- 2° het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie.

Afdeling 2. Het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen

Art. 248. §1. In dit artikel wordt verstaan onder:

- 1° eindeloopbaanmaatregelen: de maatregelen, genomen in het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren, gesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;
- 2° personeelsleden:
 - a) het verplegend en verzorgend personeel, vermeld in artikel 8, 5° en 8°, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008. Onder

- verzorgend personeel worden ook de werknemers verstaan die onder een ermee overeenstemmende loonschaal vallen;
- b) de sociaal verpleegkundigen;
 - c) de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten en de diëtisten;
 - d) de opvoeders-begeleiders geïntegreerd in de zorgteams;
 - e) de maatschappelijk assistenten en de psychologische assistenten in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutische programma;
 - f) de psychologen, de orthopedagogen en de pedagogen in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutische programma;
 - g) de laboratoriumtechnologen;
 - h) de technologen van de medische beeldvorming;
 - i) de technici van medisch materiaal, in het bijzonder in de sterilisatiediensten;
 - j) het patiëntenvervoer;
 - k) de logistieke assistenten;
 - l) de assistenten in de ziekenhuisverzorging;
 - m) de personen, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;
- 3° verantwoorde afwezigheidsperiode: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden, als ze aanleiding gegeven hebben tot het betalen van een vergoeding door de instelling. Daarin zitten ook de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op disponibiteit is gesteld.

De omschrijving van de beroepen, vermeld in het eerste lid, verwijst naar de reëel uitgeoefende functie.

§2. Om de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt in het jaarlijks herrekenende budget een bedrag vastgelegd.

De revalidatieziekenhuizen hebben recht op een jaarlijks bedrag ter compensatie van de maatregelen voor de vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek, op voorwaarde dat ze onderworpen zijn aan de toepassing van het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren, gesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten.

Het bedrag dekt alleen de voordelen, vermeld in dit besluit, en is alleen mogelijk als de voormelde collectieve arbeidsovereenkomst of het voormeld protocolakkoord voorziet in de volgende voordelen en als de betrokken personeelsleden die voordelen ook daadwerkelijk krijgen:

- 1° de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uur, 192 uur of 288 uur per jaar. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de bovenvermelde respectieve leeftijdsgrenzen bereikt worden. De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen ook opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26%, 10,52% of 15,78%, berekend op

- hun voltijdse wedde. Bij combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur. De personeelsleden werken binnen het revalidatieziekenhuis. Het personeel dat tewerkgesteld is in de diensten die beschouwd worden als niet-ziekenhuisactiviteiten, vallen buiten de beschouwing als vermeld in punt 3.3 van bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, met uitzondering van de personen die onder kostenplaatsen 900 tot 909 vallen;
- 2° het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een gelijk aantal uren van vrijstelling van prestaties of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie die gelijk is aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie. Aan de werknemers van de privésector die deeltijds tewerkgesteld zijn, zal, rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid, voorgesteld worden om binnen de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van de bovenvermelde collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35, de wekelijkse arbeidsduur die ingeschreven is in hun arbeidsovereenkomst, automatisch te verhogen. Ze krijgen eventueel een vrijstelling van de prestaties op basis van hun nieuwe contract. Bij de werknemers van de publieke sector die deeltijds tewerkgesteld zijn en voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden, is de werkgever ertoe gehouden hen drie maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in het kader, voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur, ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst, verhoogd wordt naar rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties dat bepaald is voor de leeftijdscategorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede tot het stelsel of zijn hoger recht in het kader van de eindeloopbaan, aan de werkgever ofwel zijn akkoord met die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur te betekenen ofwel zijn weigering mee te delen. In dat laatste geval geldt voor de werknemer de vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties die is bepaald voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort, in verhouding tot zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer;
- 3° de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever verricht hebben in een of meer functies, waardoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties, namelijk prestaties op zaterdag, zondag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten, of elke andere vergoeding die valt onder een collectieve arbeidsovereenkomst of een protocolakkoord, ontvangen hebben, of die een compensatierust door die prestaties gekregen hebben, worden gelijkgesteld met de personeelsleden. De verantwoorde afwezigheidsperioden komen in aanmerking op basis van het gemiddelde van de rest van de referentieperiode. De werknemer die niet meer aan die voorwaarde van 200 uur onregelmatige prestaties over een referentieperiode van maximaal 24 maanden voldoet, behoudt de verkregen vrijstelling van prestatie, maar kan bij de overgang naar een

hogere leeftijdscategorie een bijkomende vrijstelling van arbeidsprestaties krijgen. De deeltijdse werknemers bewijzen een aantal uren van onregelmatige prestaties dat overeenstemt met 200 uur, berekend naar verhouding van de arbeidsduur over een referentieperiode van maximaal 24 maanden. De werknemer die, op het moment dat hij de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt, geen 200 uur onregelmatige prestaties bij dezelfde werkgever gewerkt heeft of die vanaf 50 jaar niet meer aan die voorwaarde voldoet, treedt toe tot het statuut van geassimileerd personeel, en dus tot het recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op het moment dat hij die 200 uur in de loop van een periode van maximaal 24 achtereenvolgende maanden heeft uitgevoerd. De vrijstelling van arbeidsprestaties gaat dan in op de dag die in de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord dat van toepassing is, wordt bepaald;

- 4° de begunstigde personen van de eindloopbaanmaatregelen vóór 1 oktober 2005 blijven erover genieten. De begunstigde personen van de eindloopbaanmaatregelen die vóór 1 oktober 2005 worden ingesteld, die de keuze van loonpremie hebben gemaakt, blijven de loopbaanpremie krijgen;
- 5° de werknemers die vrijgesteld zijn van prestaties, worden nog altijd beschouwd als werknemers die hun contractuele of statutaire arbeidsduur behouden;
- 6° de optie van vrijstelling is altijd definitief. Het behoud van de prestaties met premie kan daarentegen op elk ogenblik in een vrijstelling van arbeidsprestaties worden omgezet.

§3. Het bedrag, vermeld in paragraaf 2, wordt vastgesteld per personeelscategorie, vermeld in het tweede lid, conform de regels, vermeld in het derde lid.

Er zijn volgende personeelscategorieën:

- 1° personeelscategorie a: de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in de ziekenhuisverzorging;
- 2° personeelscategorie b: de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten, de diëtisten, de opvoeders-begeleiders, geïntegreerd in zorgteams, de maatschappelijk assistenten en de psychologisch assistenten in zorgteams of geïntegreerd in het therapeutische programma, de psychologen, de orthoopedagogen en de pedagogen in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutische programma, de laboratoriumtechnologen en de technologen van de medische beeldvorming;
- 3° personeelscategorie c: de verzorgenden en de werknemers, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;
- 4° personeelscategorie d: het gelijkgestelde personeel, de technici van medisch materiaal, inzonderheid in sterilisatiediensten, de medewerkers patiëntenvervoer en de logistiek assistenten.

Het bedrag (F), vermeld in paragraaf 2, wordt berekend conform formule $F = F1 + F2$, waarbij:

- 1° F1: het verschuldigde bedrag voor de compenserende indienstneming van personeelsleden die voor de vrijstelling van de wekelijkse arbeidsprestaties opteren. F1 wordt berekend conform de formule $F1 = A_i * T1/S * N/Y$, waarbij:
- a) Aa: 50.560,38 euro voor categorie a;
 - b) Ab: 50.560,38 euro voor categorie b;
 - c) Ac: 41.203,52 euro voor categorie c;
 - d) Ad: 41.164,38 euro voor categorie d;
 - e) T1: wekelijks aantal vrijgestelde uren die de werknemer ter compensatie in dienst genomen is of de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt, compenseert;
 - f) S: wekelijkse arbeidsregeling die toegepast wordt in het revalidatieziekenhuis;
 - g) N: jaarlijks aantal werkuren dat de werkgever moet bezoldigen ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het beschouwde jaar in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen;
 - h) Y: theoretisch aantal jaarlijkse werkuren die de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn daad van individuele benoeming of het aanhangsel bij zijn arbeidsovereenkomst in geval van verhoging van de werktijd moet presteren;
- 2° F2: het bedrag voor de premie. F2 wordt berekend conform de formule $F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$, waarbij:
- a) Aa: 69.753,17 euro voor categorie a;
 - b) Ab: 69.753,17 euro voor categorie b;
 - c) Ac: 51.951,39 euro voor categorie c;
 - d) Ad: 46.941,53 euro voor categorie d;
 - e) H: equivalent van het wekelijkse aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer ten opzichte van zijn leeftijd;
 - f) T2: aantal per week te presteren uren die voortvloeien uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, die in voorkomend geval uitgeoefend zijn in de functie waarvoor de maatregel geldt;
 - g) S: wekelijkse arbeidsregeling, toegepast in het revalidatieziekenhuis;
 - h) N: jaarlijks aantal werkuren dat de werkgever bezoldigt in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het beschouwde jaar;
 - i) Y: theoretisch jaarlijks aantal werkuren die de begunstigde moet presteren volgens zijn arbeidsovereenkomst of zijn individuele benoeming.

§4. De revalidatieziekenhuizen verstrekken de volgende inlichtingen voor de uitwerking van het bedrag, vermeld in paragraaf 2:

- 1° een uniek identificatienummer per personeelslid;
- 2° de geboortedatum;
- 3° de functie;
- 4° de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven;

- 5° de kostenplaats waar de lasten in rekening worden gebracht;
- 6° het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat het personeelslid kan verkrijgen ten opzichte van zijn leeftijd;
- 7° de wekelijks uurregeling in het revalidatieziekenhuis;
- 8° het aantal uren dat het personeel moet presteren, zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte, in voorkomend geval verminderd naar verhouding van de prestaties die het personeelslid verricht heeft in de functie die het voordeel van de maatregel, vermeld in deze paragraaf, verantwoordt;
- 9° de datum van de aanwerving;
- 10° de eventuele vertrekdatum;
- 11° in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uren op 24 maanden;
- 12° de door de werkgever niet-bezoldigde perioden van afwezigheid alsook hun aard. Dit zijn niet-gelijkgestelde dagen of uren.

De revalidatieziekenhuizen verstrekken de inlichtingen, vermeld in het eerste lid, aan het agentschap, conform de voorwaarden, vermeld in artikel 268 en 269, 3°.

Als de ziekenhuisbeheerder de inlichtingen, vermeld in het eerste lid, niet binnen de termijn, vermeld in artikel 268, aan het agentschap verstrekt, worden de bedragen, vermeld in paragraaf 5, teruggevorderd.

§5. Het bedrag, vermeld in paragraaf 2, wordt jaarlijks berekend conform paragraaf 3. Het bedrag voor het dienstjaar n wordt berekend op basis van de verstrekte inlichtingen van het dienstjaar n-2.

Voor de dienstjaren 2014, 2015 en 2016, waarvoor het bedrag wordt berekend conform artikel 79, §3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, wordt een inhaalbedrag vereffend, conform artikel 252, §1.

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

De totale hoeveelheid per personeelscategorie, vermeld in paragraaf 3, tweede lid, van het personeel te compenseren uren wordt prioritair door dezelfde personeelscategorie van het personeel gecompenseerd.

De toegekende financiering wordt, in voorkomend geval, begrensd tot het werkelijke totale aantal vervangingen. Daarvoor bezorgt de ziekenhuisbeheerder tegelijk met de gegevens, vermeld in paragraaf 4, eerste lid, de volgende gegevens:

- 1° een uniek identificatienummer per personeelslid;

- 2° de geboortedatum;
- 3° de datum van in- en uitdiensttreding;
- 4° de functie;
- 5° de wekelijkse compensatiewerktijd van de nieuwe werknemer of de verhoging van de uurprestaties van de werknemer in functie die zijn werktijd verhoogt;
- 6° perioden van afwezigheid die de werkgever niet bezoldigt en hun aard. Dit zijn niet-gelijkgestelde dagen of uren;
- 7° kostenplaats voor imputatie;
- 8° de datum van het begin van het bijvoegsel bij de overeenkomst van de werknemer die de werktijd verhoogt, of de overeenkomst van de nieuwe werknemer;
- 9° de einddatum van de overeenkomst.

§7. De ziekenhuisbeheerder bezorgt de ondernemingsraad of het plaatselijke overlegcomité een jaarlijkse inventaris van de eindeloopbaanmaatregelen.

Afdeling 3. Het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie

Art. 249. In dit artikel wordt onder toegelaten voltijdsequivalenten verstaan: de werknemers, vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst van 30 juni 2006, gesloten in het Paritair Comité voor de gezondheidsdiensten, tot uitvoering van punt 10 van het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren voor de privésector.

Om het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in punt 10 van het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt 13 van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, te financieren, wordt in het jaarlijks herrekenende budget in een budget voorzien, conform het derde lid.

Voor het complement van de attractiviteitspremie die aan alle werknemers van de openbare revalidatieziekenhuizen wordt toegekend, wordt aan elk revalidatieziekenhuis een bedrag toegekend dat wordt berekend door het aantal toegelaten voltijdsequivalenten van het revalidatieziekenhuis te vermenigvuldigen met 803,75 euro. Die 803,75 euro omvat 596,83 euro verhoogd met de werkgeversbijdrage.

Voor het complement van de attractiviteitspremie die aan alle werknemers van de private revalidatieziekenhuizen wordt toegekend, wordt aan elk revalidatieziekenhuis een bedrag toegekend dat wordt berekend door het aantal toegelaten voltijdsequivalenten van het revalidatieziekenhuis te vermenigvuldigen met 833,89 euro. Die 833,89 euro omvat 619,21 euro verhoogd met de werkgeversbijdrage.

De revalidatieziekenhuizen verstrekken de volgende inlichtingen voor de uitwerking van de bedragen, vermeld in het derde en vierde lid:

- 1° een uniek identificatienummer per personeelslid;

- 2° de functie;
- 3° het aantal uren dat het personeel moet presteren, zoals vastgelegd in het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte.

Het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie wordt elk dienstjaar opnieuw berekend. Het bedrag voor het dienstjaar n wordt berekend op basis van de verstrekte inlichtingen, vermeld in het vijfde lid, van het dienstjaar n-2.

Voor de dienstjaren 2014, 2015 en 2016, waarvoor het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie wordt berekend conform artikel 79bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, wordt een inhaalbedrag vereffend conform artikel 252, §2, van dit besluit.

Hoofdstuk 5. Het corrigerende budget, vermeld in artikel 237, 4°

Art. 250. Het corrigerende budget bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1° de correcties voor de voorbije dienstjaren, vastgesteld conform artikel 251;
- 2° de inhaalbedragen voor een tekort of een teveel aan ontvangsten ten opzichte van het budget voor het lopende dienstjaar of het budget dat vastgesteld is voor een of meer van de vorige dienstjaren, namelijk:
 - a) de bedragen, vastgesteld conform artikel 252;
 - b) de bedragen, vastgesteld conform artikel 253;
- 3° de bedragen in geval van sluiting of opening van ziekenhuisbedden, vastgesteld conform artikel 254.

Art. 251. Een tekort of een teveel aan ontvangsten voor de voorbije dienstjaren wordt verrekend in het corrigerende budget van het dienstjaar dat volgt op het jaar waarin de fout is vastgesteld. De correcties voor de dienstjaren tot en met 2018 worden berekend conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018.

Art. 252. §1. Om de eindeloopbaanmaatregelen, vermeld in artikel 248, te financieren, wordt voor de dienstjaren 2014, 2015 en 2016 een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is het verschil tussen het definitieve en het provisionele bedrag, berekend conform artikel 79, §3, 3°, van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018.

§2. Om het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in artikel 249, te financieren, wordt, voor de dienstjaren 2014, 2015 en 2016 een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is het verschil tussen het bedrag dat inbegrepen is in het budget van financiële middelen voor de jaren, vermeld in het eerste lid, en het bedrag dat voor die jaren wordt berekend conform artikel 79bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, en op basis van de verstrekte inlichtingen voor dat jaar.

Art. 253. Voor de herziening van de opsplitsing van het vaste en variabele gedeelte van het budget dat conform artikel 257, §2, bij beëindiging van elk dienstjaar wordt berekend, wordt in een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

Art. 254. In geval van een vermindering van het aantal erkende ziekenhuisbedden in een revalidatieziekenhuis wordt 80% van het basisbudget proportioneel verminderd in verhouding tot de vermindering van de bedcapaciteit.

In geval van een vermeerdering van het aantal erkende ziekenhuisbedden in een revalidatieziekenhuis:

- 1° door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden in een ander revalidatieziekenhuis wordt het basisbudget vermeerderd met het bedrag waarmee het basisbudget van het andere revalidatieziekenhuis is verminderd;
- 2° door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden in een ziekenhuis, die voortvloeit uit een samenwerkingsakkoord gesloten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid conform artikel 47/9, §5, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, wordt het basisbudget vermeerderd met een bedrag dat wordt bepaald door de Vlaamse Regering;
- 3° wordt in alle andere gevallen, dan de gevallen, vermeld in punt 1° en 2°, 80% van het basisbudget proportioneel vermeerderd in verhouding tot de vermeerdering van de bedcapaciteit.

Hoofdstuk 6. Indexering van het budget

Art. 255. De volgende delen van het budget, vermeld in artikel 237, worden geïndexeerd conform het derde lid:

- 1° 97% van het basisbudget;
- 2° 100% van het voorwaardelijke budget;
- 3° 100% van het jaarlijks herrekenende budget.

Het corrigerende budget wordt niet geïndexeerd.

De delen van het budget, vermeld in het eerste lid, en de bedragen vermeld in dit besluit, zijn, tenzij het anders is vermeld, gekoppeld aan het spillindexcijfer 103,04 (basis=2013) en worden aangepast conform de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Titel 2. Kennisgeving van de beslissing

Art. 256. De gemotiveerde beslissing van de minister over de vaststelling van het budget, vermeld in artikel 236 en 262, wordt aan de ziekenhuisbeheerder meegedeeld door het agentschap.

Als de ziekenhuisbeheerder niet akkoord gaat met de berekening van het budget, kan hij binnen dertig dagen nadat hij de beslissing over de vaststelling van het budget heeft ontvangen, bezwaar aantekenen bij de minister met een aangetekende zending die gericht is aan de leidend ambtenaar.

De gemotiveerde beslissing van de minister over het bezwaar wordt binnen dertig dagen nadat hij het bezwaar heeft ontvangen, aan de ziekenhuisbeheerder meegedeeld.

Als de ziekenhuisbeheerder geen bezwaar heeft ingediend conform het tweede lid, wordt hij van rechtswege geacht akkoord te gaan met de vaststelling van het budget.

Titel 3. Vereffening van het budget

Hoofdstuk 1. Vaststelling van het vaste en het variabele gedeelte van het budget

Art. 257. §1. Het vast gedeelte van het budget wordt gevormd door 80% van het basisbudget, vermeld in artikel 238, vermeerderd met het voorwaardelijke budget, het jaarlijks herrekende budget en het corrigerende budget, vermeld in artikel 240, 247 en 250.

Het variabele gedeelte van het budget wordt gevormd door 20% van het basisbudget.

§2. Zowel het vaste, als het variabele gedeelte wordt in twee gedeelten opgesplitst. Het ene gedeelte wordt berekend op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008. Het andere gedeelte wordt berekend op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de patiënten, vermeld in artikel 116 van de voormelde wet.

Zodra het dienstjaar is beëindigd, wordt de opsplitsing van het vaste en variabele gedeelte op basis van de specifieke gegevens van dit dienstjaar herzien om de opsplitsing, vermeld in het eerste lid, in overeenstemming te brengen met de reële verhouding tussen het aantal patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, enerzijds, en artikel 116 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, anderzijds. Die herziening wordt verrekend in het corrigerende budget conform artikel 253.

Hoofdstuk 2. Vereffening van het budget voor de patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008

Art. 258. Voor de patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, wordt het vaste gedeelte, vermeld in artikel 257, §1, eerste lid, van dit besluit, door de verzekeringsinstellingen in twaalfden vereffend, en dat in evenredigheid met hun respectievelijk aandeel van de gerealiseerde

verpleegdagen in de loop van het laatst bekende dienstjaar voor het revalidatieziekenhuis in kwestie, binnen de termijn, vastgesteld door de minister.

Voor de patiënten, vermeld in het eerste lid, wordt het variabele gedeelte, vermeld in artikel 257, §1, tweede lid, volledig vereffend volgens een prijs per verpleegdag. De prijs per verpleegdag wordt bepaald door het variabele gedeelte te delen door de verpleegdagen die tijdens het laatst bekende dienstjaar gerealiseerd zijn voor patiënten die onder dit hoofdstuk vallen.

Hoofdstuk 3. Vereffening van het budget voor de patiënten, vermeld in artikel 116 van gecoördineerde wet van 10 juli 2008

Art. 259. Voor de patiënten, vermeld in artikel 116 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, wordt een prijs per verpleegdag vastgesteld. Het vaste en het variabele gedeelte van het budget, vermeld in artikel 257, §1, van dit besluit, worden opgeteld en gedeeld door verpleegdagen die de tijdens het laatst bekende dienstjaar gerealiseerd zijn.

Art. 260. Als de ziekenhuisverpleging aanleiding geeft tot een tegemoetkoming van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid voor de overzeese sociale zekerheid, of van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering voor de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers, en de zeevarenden, in het raam van hun eigen reglementering, of van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn voor behoeftigen, wordt 22% van de conform artikel 259 berekende prijs per verpleegdag betaald door de Vlaamse Gemeenschap. Het resterend gedeelte van de conform artikel 259 berekende prijs per verpleegdag valt, naargelang het geval, ten laste van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor de overzeese sociale zekerheid, of van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering voor de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers, en de zeevarenden, in het raam van hun eigen reglementering, of van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn.

Hoofdstuk 4. Gevolgen van de niet-naleving van voorwaarden

Art. 261. §1. Als een revalidatieziekenhuis, de voorwaarden, vermeld in titel 4, niet naleeft, stuurt het agentschap het revalidatieziekenhuis elektronisch een herinnering die een termijn van dertig dagen vaststelt om te voldoen aan de voorwaarden.

Als het agentschap bij het verstrijken van de termijn, vermeld in het eerste lid, vaststelt dat de ziekenhuisbeheerder niet het gewenste gevolg heeft gegeven, vermindert de minister het budget van het revalidatieziekenhuis met maximaal 30% vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de termijn is verstreken, tot het revalidatieziekenhuis aan de voorwaarden voldoet. Om de duur van die sanctie vast te stellen, wordt elke begonnen maand als een volledige maand beschouwd. De hoogte van het percentage staat in verhouding tot de zwaarwichtigheid van de inbreuk en de herhaling ervan.

§2. Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden, vermeld in titel 5, niet naleeft, stuurt het agentschap het revalidatieziekenhuis elektronisch een herinnering die

een nieuwe termijn van dertig dagen vaststelt om de gegevens, vermeld in titel 5, mee te delen.

Als het agentschap bij het verstrijken van de termijn, vermeld in het eerste lid, vaststelt dat de ziekenhuisbeheerder niet het gewenste gevolg heeft gegeven, vermindert de minister het budget van het revalidatieziekenhuis met 10% vanaf de eerste dag van de maand die op de maand waarin termijn is verstreken, tot de gevraagde inlichtingen in bezit zijn van het agentschap. Om de duur van die sanctie vast te stellen, wordt elke begonnen maand als een volledige maand beschouwd.

Als het agentschap zes maanden na het verstrijken van de termijn, vermeld in het eerste lid, vaststelt dat de ziekenhuisbeheerder niet het gewenste gevolg heeft gegeven, wordt het gedeelte van het budget dat betrekking heeft op de ontbrekende gegevens bij de eerstvolgende vaststelling van het budget gelijkgesteld aan nul.

Art. 262. De minister kan de toekenning van het budget of een gedeelte ervan stopzetten als het revalidatieziekenhuis niet beschikt over de vereiste erkenning, vermeld in artikel 58, 66 en 67 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, de vergunning, vermeld in artikel 39 van de voormelde wet, of de toelating, vermeld in artikel 54 en 57 van de voormelde wet. Die stopzetting geldt voor het budget of het gedeelte ervan dat betrekking heeft op die erkenning, vergunning of toelating.

De minister kan een beslissing, als vermeld in het eerste lid, pas nemen nadat het agentschap aan het revalidatieziekenhuis elektronisch een herinnering heeft gestuurd om zijn verplichtingen na te komen binnen een door het agentschap bepaalde termijn en het revalidatieziekenhuis daaraan geen gevolg heeft gegeven.

Titel 4. Verklaring bij opname

Art. 263. §1. Uiterlijk bij de aanvang van een opname wordt aan de patiënt, of aan de persoon die, conform artikel 12 tot en met 14 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, een patiënt kan vertegenwoordigen, hierna "de vertegenwoordiger" te noemen, een bundel documenten ter ondertekening aangeboden.

Die bundel documenten bestaat uit de twee volgende documenten:

- 1° een opnameverklaring, opgemaakt conform het model, die opgenomen is in bijlage 5 of 6, die bij dit besluit zijn gevoegd, al naargelang het gaat om een klassieke opname in een revalidatieziekenhuis of een daghospitalisatie in een revalidatieziekenhuis;
- 2° een document met de nodige toelichting bij de opnameverklaring volgens het model, die opgenomen is in bijlage 7, die bij dit besluit is gevoegd.

De bundel, documenten informeert de patiënt over de financiële implicaties van een opname in het revalidatieziekenhuis. Het revalidatieziekenhuis besteedt er, bij voorkeur voorafgaand aan de opname en uiterlijk op het moment van de opname zelf, de nodige tijd aan om de inhoud van

de opnameverklaring en de financiële implicaties van een opname in het revalidatieziekenhuis aan de hand van het toelichtingsdocument, vermeld in het tweede lid, 2°, mondeling toe te lichten.

§2. Een overzichtslijst met de actuele prijzen van de goederen en diensten die in het revalidatieziekenhuis aangeboden worden, wordt in het revalidatieziekenhuis ter beschikking gesteld van de patiënt. Het revalidatieziekenhuis informeert de patiënt duidelijk en uitdrukkelijk waar de overzichtslijst in het revalidatieziekenhuis geconsulteerd kan worden. Daarnaast publiceert het revalidatieziekenhuis de overzichtslijst op zijn website.

§3. In paragraaf 1, tweede lid, 1°, wordt verstaan onder daghospitalisatie: het geheel van geplande diagnostische of therapeutische verrichtingen in de verschillende medische disciplines, waarbij de patiënt op dezelfde dag als die waarop hij is opgenomen, uit het revalidatieziekenhuis ontslagen wordt. Die verrichtingen vereisen de daadwerkelijke inzet van medisch, verpleegkundig of paramedisch personeel van het revalidatieziekenhuis vanwege de medische toestand van de patiënt die behoefte heeft aan een verlengd medisch of verpleegkundig toezicht of door de medisch-technische complexiteit van de procedure en de veiligheid van de patiënt.

§4. De cursief gedrukte tekst in de modellen, die opgenomen zijn in bijlage 5, 6 en 7, die bij dit besluit zijn gevoegd, duiden de passages aan die het revalidatieziekenhuis kan weglaten als die niet van toepassing zijn in het revalidatieziekenhuis in kwestie. Als de titel van een rubriek in de modellen cursief gedrukt staat, kan die hele rubriek weggelaten worden als de inhoud van die rubriek in het revalidatieziekenhuis of bij een specifieke opname niet van toepassing is. Elke andere wijziging, weglating of toevoeging in de modellen, die opgenomen zijn in bijlage 5, 6 en 7, die bij dit besluit zijn gevoegd, is niet toegelaten.

De ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis ziet er in het bijzonder op toe dat alle elementen die in de opnameverklaring in percent uitgedrukt zijn, behoorlijk zijn ingevuld en geactualiseerd en dat alle andere gevraagde informatie wordt verstrekt.

In afwijking van het eerste lid mogen revalidatieziekenhuizen die noch kamersupplementen, noch ereloonsupplementen aanrekenen, ook afwijken van de niet-cursief gedrukte tekst van de modellen, die opgenomen zijn in bijlage 5, 6 en 7, die bij dit besluit zijn gevoegd, afwijken. Ze mogen de patiënt op een vereenvoudigde manier informeren over de financiële implicaties van een opname in het revalidatieziekenhuis.

§5. De opnameverklaring wordt volledig ingevuld.

De opnameverklaring wordt in twee exemplaren ondertekend, waarvan de ziekenhuisbeheerder en de patiënt of zijn vertegenwoordiger ieder één exemplaar ontvangen. Het gebruik van doorslagpapier of een elektronische handtekening is daarbij toegestaan. De patiënt ontvangt altijd een papieren versie van de ondertekende opnameverklaring, ook als de opnameverklaring elektronisch ondertekend is.

Het revalidatieziekenhuis bewaart de ondertekende opnameverklaring minstens gedurende een periode van twee jaar nadat de laatste factuur verstuurd is die betrekking heeft op de opname die aanleiding heeft gegeven tot de ondertekening van de opnameverklaring in kwestie.

Art. 264. De overzichtslijst, vermeld in artikel 263, §2, met de actuele prijzen van de goederen en diensten die in het revalidatieziekenhuis aangeboden worden, maakt een onderscheid tussen de kosten die verbonden zijn aan het comfort van de kamer, de kosten voor eten en drinken, de kosten voor hygiënische producten, de kosten voor de was, de kosten voor de begeleider van de patiënt en de kosten voor andere diverse goederen en diensten.

Als een forfaitair bedrag wordt toegepast om het gebruik van verschillende voormelde goederen en diensten te dekken, dan worden de goederen en diensten die door dat forfait worden gedekt, ook gespecificeerd.

Art. 265. Ongeacht de regeling die van toepassing is voor de inning van de erelonen, vermeldt de ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis in de opnameverklaring welk percentage de artsen van het revalidatieziekenhuis ten opzichte van de verbintenistarieven hanteren bij de bepaling van de supplementen. In de gevallen waarin dat niet bij wet is opgelegd, kan de ziekenhuisbeheerder verduidelijken dat het om maximumpercentages gaat.

Art. 266. De ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis stelt aan iedereen die zich vooraf wil informeren, een exemplaar ter beschikking van de opnameverklaring met daarin de geldende tarieven, waaronder die welke specifiek voor het revalidatieziekenhuis zijn vastgesteld.

Elk revalidatieziekenhuis deelt, op eenvoudig verzoek van het agentschap, een exemplaar van de opnameverklaringen die in het revalidatieziekenhuis gebruikt worden, kunnen voorleggen. Op de opnameverklaringen zijn de tarieven ingevuld die in het revalidatieziekenhuis gelden. Als dat van toepassing is, zijn ze aangepast volgens de mogelijkheden, vermeld in artikel 263, §4, mee.

Titel 5. Melding van gegevens

Art. 267. De gegevens over de financiële toestand en de bedrijfsuitkomsten omvatten:

- 1° de eindbalans;
- 2° de resultatenrekening, opgesplitst per activiteitscentrum;
- 3° een tabel waarin de samenstellende elementen van de verdeelsleutels, toegepast in de beheersboekhouding overzichtelijk worden weergegeven;
- 4° het verslag van de bedrijfsrevisor, vermeld in artikel 88 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

De gegevens die noodzakelijk zijn voor de vaststelling van het budget, omvatten:

- 1° het jaaroverzicht van het aantal verpleegdagen, die gerealiseerd zijn gedurende het dienstjaar in kwestie, alsook de uitsplitsing van die dagen per betalingsinstelling;

- 2° de gegevens over de eindeloopbaanmaatregelen, vermeld in artikel 248, §4, eerste lid;
- 3° de gegevens betreffende het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in artikel 249, vijfde lid.

De gegevens over de activiteiten en de kwaliteitsopvolging omvatten:

- 1° het maandoverzicht van de volgende gegevens voor de maand in kwestie, enerzijds voor alle patiënten en anderzijds voor de patiënten voor wie de verzekeringsinstellingen, vermeld in artikel 258, een financiële tegemoetkoming hebben verleend:
 - a) de verpleegdagen;
 - b) de opnamen in het revalidatieziekenhuis;
- 2° de ontslagen uit het revalidatieziekenhuis;
- 3° de door de Vlaamse Regering nader te bepalen gegevens over de activiteiten en de kwaliteitsopvolging van het revalidatieziekenhuis.

De gegevens die verband houden met de medische activiteiten, mogen geen gegevens bevatten die de natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben, niet rechtstreeks identificeren. Er mogen geen handelingen worden verricht die erop gericht zijn om die gegevens in verband te brengen met de geïdentificeerde natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben, tenzij die handelingen nodig zijn om ambtenaren, aangestelden of adviserend artsen aangewezen als vermeld in artikel 127 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, de waarachtigheid van de meegedeelde gegevens te laten nagaan.

Art. 268. De gegevens, vermeld in artikel 267, worden uiterlijk op 31 augustus van het jaar dat volgt op het jaar waarop ze betrekking hebben, meegedeeld aan het agentschap.

Art. 269. De gegevens, vermeld in artikel 267, worden als volgt meegedeeld:

- 1° de gegevens, vermeld in artikel 267, eerste lid, 1°, 2° en 4°, conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen;
- 2° de gegevens, vermeld in artikel 267, eerste lid, 3°, conform de modaliteiten die door het agentschap worden bepaald;
- 3° de gegevens, vermeld in artikel 267, tweede lid, conform de modaliteiten die door het agentschap worden bepaald;
- 4° de gegevens, vermeld in artikel 267, derde lid, 1°, conform bijlage 8, die bij dit besluit is gevoegd;
- 5° de gegevens, vermeld in artikel 267, derde lid, 2°, conform de voorwaarden die de Vlaamse Regering bepaalt.

Art. 270. De stukken tot staving van de gegevens, vermeld in artikel 267, eerste lid, worden gedurende tien jaar bewaard door het revalidatieziekenhuis.

De stukken tot staving van de gegevens, vermeld in artikel 267, tweede lid, worden gedurende vijf jaar bewaard door het revalidatieziekenhuis.

Art. 271. Binnen een maand na de bekendmaking van dit besluit deelt de ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis aan het agentschap de voor-

en achternaam, het professionele adres, het telefoonnummer en het e-mailadres mee van:

- 1° de directeur, de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement van het revalidatieziekenhuis;
- 2° de persoon of personen die ervoor verantwoordelijk zijn van de gegevens, vermeld in artikel 267, eerste lid, van het revalidatieziekenhuis mee te delen;
- 3° de persoon of personen die ervoor verantwoordelijk zijn de statistische gegevens, vermeld in artikel 267, van het revalidatieziekenhuis mee te delen;
- 4° de veiligheidsconsulent, vermeld in deel I. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn, punt III. Organisatorische normen, 9^oquater, g), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Bij de oprichting van een nieuw revalidatieziekenhuis of in geval van samenwerking van revalidatieziekenhuizen met een of meer revalidatieziekenhuizen of ziekenhuizen wordt de mededeling, vermeld in het eerste lid, gedaan binnen een maand nadat de voorlopige erkenning van het revalidatieziekenhuis of van de erkenning van de samenwerkingsvorm van de revalidatieziekenhuizen betekend is.

Elke wijziging van de personen, vermeld in het eerste lid, wordt binnen een maand meegedeeld.

Art. 272. De minister of het agentschap kan aan de ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis alle gegevens opvragen die nuttig zijn voor de vaststelling van het budget.

Deel 6. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging

Titel 1. Procedure om een overeenkomst te sluiten, te wijzigen en te beëindigen

Hoofdstuk 1. Algemeen

Art. 273. §1. De overeenkomsten met multidisciplinaire begeleidingsequipes worden gesloten of gewijzigd op verzoek van een multidisciplinaire begeleidingsequipe of op initiatief van de minister of het agentschap.

Een erkend palliatief samenwerkingsverband kan een aanvraag indienen in naam van een multidisciplinaire begeleidingsequipe die deel uitmaakt van het palliatieve samenwerkingsverband in kwestie.

§2. Per palliatief samenwerkingsverband kan maar met één multidisciplinaire begeleidingsequipe een overeenkomst worden gesloten conform artikel 288.

Art. 274. De overeenkomsten met de multidisciplinaire begeleidingsequipes worden beëindigd op aanvraag van de multidisciplinaire begeleidingsequipe in kwestie of op initiatief van de minister of het agentschap.

Een erkend palliatief samenwerkingsverband kan een aanvraag tot beëindiging van de overeenkomst indienen in naam van een multidisciplinaire begeleidingsequipe die deel uitmaakt van het palliatieve samenwerkingsverband in kwestie.

Hoofdstuk 2. Procedure om overeenkomsten te sluiten en te wijzigen

Art. 275. Een aanvraag om een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe als vermeld in artikel 273, te sluiten of te wijzigen wordt aan de minister gericht.

De aanvragen bevatten minstens de volgende gegevens en documenten om ontvankelijk te zijn:

- 1° de identificatiegegevens van de rechtspersoon die de aanvraag indient;
- 2° de datum waarop de aanvrager wil dat de overeenkomst in werking treedt;
- 3° de nodige bewijsstukken waaruit blijkt dat de leden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 332 en 333, voor hun specifieke vorming;
- 4° het personeelskostendossier, vermeld in artikel 319;
- 5° een verklaring van het palliatieve samenwerkingsverband dat ze de aanvraag van de multidisciplinaire begeleidingsequipe ondersteunt, als de multidisciplinaire begeleidingsequipe de aanvraag indient;
- 6° een bewijs dat het palliatieve samenwerkingsverband gemachtigd is om de overeenkomst te sluiten namens de multidisciplinaire begeleidingsequipe als ze de aanvraag indient.

Art. 276. §1. Het agentschap onderzoekt of de aanvraag voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden, vermeld in artikel 275.

Het agentschap stuurt binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag een ontvangstbewijs naar de aanvrager, met de vermelding of de aanvraag al dan niet ontvankelijk is en, in voorkomend geval, met de vermelding van de datum van de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag.

§2. Binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag vraagt het agentschap advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de inhoudelijke aspecten van de aanvraag.

In afwijking van het eerste lid vraagt het agentschap geen advies in de volgende gevallen:

- 1° het betreft een uitzondering die de Vlaamse Regering heeft bepaald krachtens artikel 91, §1, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° de wijzigingen die beoogd worden, vloeien voort uit de bepalingen van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe zelf, vermeld in artikel 91, §1, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018.

Art. 277. Als de minister of het agentschap een voorstel doet om een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe als vermeld in artikel 273, te sluiten of te wijzigen, vraagt het agentschap advies aan de

Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de inhoudelijke aspecten van het voorstel.

In afwijking van het eerste lid vraagt het agentschap geen advies in de volgende gevallen:

- 1° het voorstel, vermeld in het eerste lid, betreft een uitzondering die de Vlaamse Regering heeft bepaald krachtens artikel 91, §1, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° de wijzigingen die beoogd worden, vloeien voort uit de bepalingen van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe zelf, vermeld in artikel 91, §1, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018.

Art. 278. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen in onderling overleg een gezamenlijk advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 276, §2, en artikel 277. Ze streven daarbij naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom er geen consensus kon worden bereikt.

Art. 279. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie bezorgen hun gezamenlijke advies, vermeld in artikel 278, aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag van het agentschap.

Art. 280. Als de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie binnen de door het agentschap toegelaten termijn geen gezamenlijk advies aan het agentschap hebben bezorgd, conform artikel 279, bezorgen ze binnen vijftien dagen na afloop van de termijn, vermeld in artikel 279, elk afzonderlijk een advies aan het agentschap.

Art. 281. Bij het opstellen van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 278, en de adviezen, vermeld in artikel 280, kunnen de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, samen of op eigen initiatief:

- 1° aanvullende inlichtingen vragen aan het agentschap of de aanvrager;
- 2° deskundigen raadplegen die een specifieke expertise hebben op vlak van het voorstel of de aanvraag.

Art. 282. Bij ontstentenis van een gezamenlijk advies als vermeld in artikel 278, of van een of de beide van de individuele adviezen, vermeld in artikel 280, binnen de termijnen, vermeld in artikel 279 en 280 wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

Art. 283. Het agentschap maakt een advies op over de aanvraag en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met, het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 278, of een of de beide van de adviezen, vermeld in artikel 280.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 278, of een of de beide adviezen, vermeld in artikel 280, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 280.

Bij het advies wordt een van de volgende documenten gevoegd:

- 1° het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 278, dat het agentschap binnen de termijn, vermeld in artikel 279, heeft ontvangen;
- 2° een of de beide van de adviezen, vermeld in artikel 280, die het agentschap binnen de termijn, vermeld in artikel 280, heeft ontvangen.

Art. 284. In het kader van zijn adviesopdracht, vermeld in artikel 283, kan het agentschap aanvullende inlichtingen inwinnen bij de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Art. 285. Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, vermeld in artikel 278 en 280, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

Art. 286. De minister beslist over de goedkeuring van de aanvraag nadat hij het advies van het agentschap heeft ontvangen, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 283, tweede lid.

Bij een positieve beslissing over een aanvraag om een overeenkomst te sluiten, wordt een ontwerp van overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe opgemaakt. Bij een positieve beslissing over een aanvraag om een overeenkomst te wijzigen, wordt een ontwerp van addendum bij de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe opgemaakt.

Bij een negatieve beslissing worden met een aangetekende zending die de minister ondertekend heeft, aan de aanvrager de redenen meegedeeld waarom de aanvraag niet kan worden goedgekeurd.

Art. 287. De beslissingen van de minister, vermeld in artikel 286, worden ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Art. 288. Een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe, alsook elke wijziging ervan, wordt ondertekend door de minister.

De overeenkomsten met een multidisciplinaire begeleidingsequipe worden gesloten voor onbepaalde duur.

Hoofdstuk 3. Een overeenkomst beëindigen

Afdeling 1. Beëindiging van een overeenkomst op verzoek van een multidisciplinaire begeleidingsequipe

Art. 289. Een aanvraag om een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe als vermeld in artikel 274, te beëindigen wordt gericht aan de minister. De aanvraag is ontvankelijk als ze minstens de volgende gegevens bevat:

- 1° de identificatiegegevens van de rechtspersoon die de aanvraag indient;
- 2° de redenen voor de beëindiging van de overeenkomst;
- 3° de maatregelen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen;

- 4° een bewijs dat aantoonst dat het palliatieve samenwerkingsverband gemachtigd is om de overeenkomst te beëindigen namens de multidisciplinaire begeleidingsequipe als ze de aanvraag indient.

De maatregelen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen, vermeld in het eerste lid, 3°, worden opgesteld in onderling overleg tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipe en het palliatieve samenwerkingsverband waarvan de multidisciplinaire begeleidingsequipe deel uitmaakt.

Art. 290. §1. Het agentschap onderzoekt of de aanvraag voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden, vermeld in artikel 289.

Het agentschap stuurt binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de aanvraag een ontvangstbewijs naar de aanvrager, met de vermelding of de aanvraag al dan niet ontvankelijk is en, in voorkomend geval, met de vermelding van de datum van ontvangst van de ontvankelijke aanvraag.

Als de aanvraag niet is ingediend door het palliatieve samenwerkingsverband in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe wordt het palliatieve samenwerkingsverband van de aanvraag, vermeld in artikel 274, op de hoogte gebracht.

§2. Binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag vraagt het agentschap advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de maatregelen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen.

Art. 291. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen samen of elk afzonderlijk een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 290, §2. In het gezamenlijke advies streven ze naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het gezamenlijk advies waarom geen consensus kon worden bereikt. Ze bezorgen de adviezen aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag.

Art. 292. Bij ontstentenis van het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 291, binnen de termijnen, vermeld in artikel 291, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

Art. 293. Het agentschap maakt een advies op over de aanvraag en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 291.

Het agentschap bezorgt dat advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 291, een afzonderlijk advies of, in voorkomend geval, beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 291, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 291. Bij elk advies van het agentschap worden de adviezen gevoegd die binnen de termijn, vermeld in artikel 291, ontvangen zijn.

Art. 294. Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, vermeld in artikel 291, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

Art. 295. De minister neemt kennis van de datum van de beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe en kan maatregelen opleggen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe kan geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten die verbonden zijn aan de beëindiging van de overeenkomst.

Art. 296. De beslissing van de minister met de maatregelen voor de continuïteit van de dienstverlening, vermeld in artikel 295, wordt met een aangetekende zending bezorgd aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe en het palliatief samenwerkingsverband waarvan de multidisciplinaire begeleidingsequipe deel uitmaakt.

De beslissing van de minister, vermeld in het eerste lid, wordt ter informatie, meegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Afdeling 2. Beëindiging van een overeenkomst op initiatief van de minister of van het agentschap

Art. 297. §1. Het voornemen van de minister of het agentschap om een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe te beëindigen, wordt meegedeeld met een aangetekende zending met ontvangstbewijs aan de betrokken multidisciplinaire begeleidingsequipe en het palliatieve samenwerkingsverband waarvan die multidisciplinaire begeleidingsequipe deel uitmaakt. Dat voornemen bevat de redenen voor de beëindiging van de overeenkomst.

§2. De multidisciplinaire begeleidingsequipe beschikt over dertig dagen na de dag van de ontvangst van de aangetekende zending, om te reageren op het voornemen.

In zijn reactie op het voornemen kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe een voorstel uitwerken voor de continuïteit van de dienstverlening bij eventuele beëindiging van de overeenkomst.

Als de minister of het agentschap een voornemen tot beëindiging van de overeenkomst neemt omdat de multidisciplinaire begeleidingsequipe niet meer voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 308 tot en met 319, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe een voorstel tot remediëring uitwerken.

Art. 298. Het agentschap vraagt binnen vijftien dagen na de dag van de ontvangst van de reactie, vermeld in artikel 297, §2, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 297, §2, advies over het voornemen tot beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Bij de adviesvraag, vermeld in het eerste lid, worden, in voorkomend geval, de reactie en het voorstel of, in voorkomend geval, de voorstellen, vermeld in artikel 297, §2, gevoegd.

Art. 299. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen samen of elk afzonderlijk een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 298. In het gezamenlijke advies streven ze naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom er geen consensus kon worden bereikt. Ze bezorgen de adviezen aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag.

Art. 300. Bij ontstentenis van de adviezen, vermeld in artikel 299, binnen de termijn, vermeld in artikel 299, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

Art. 301. Het agentschap maakt een advies op over de beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met de adviezen, vermeld in artikel 299, en de reactie en het voorstel of, in voorkomend geval, de voorstellen, vermeld in artikel 297, §2.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 299, een afzonderlijk advies of, in voorkomend geval, de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 299, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 299. Bij elk advies van het agentschap worden de adviezen, vermeld in artikel 299, en de reactie en het voorstel of, in voorkomend geval, de voorstellen, vermeld in artikel 297, §2, gevoegd.

Art. 302. Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie, vermeld in artikel 299, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

Art. 303. §1. De minister beslist om de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe al dan niet te beëindigen.

§2. Als het voornemen tot beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe is meegedeeld omdat de multidisciplinaire begeleidingsequipe niet meer voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 308 tot en met 319, kan de minister, in afwijking van paragraaf 1, een termijn opleggen waarin de multidisciplinaire begeleidingsequipe de tekortkomingen die in het voornemen vermeld zijn, moet wegwerken.

Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe binnen de termijn die de minister oplegt, vermeld in het eerste lid, de tekortkomingen niet heeft weggewerkt, wordt de overeenkomst alsnog beëindigd.

§3. Bij een beslissing tot beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe bepaalt de minister de datum van de effectieve beëindiging van de overeenkomst, die nooit vroeger mag zijn dan drie

maanden na de dag van de beslissing tot beëindiging. In die beslissing kan minister de multidisciplinaire begeleidingsequipe maatregelen opleggen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe kan geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten die verbonden zijn aan de beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

Art. 304. De beslissing met de eventuele maatregelen voor de continuïteit van de dienstverlening, vermeld in artikel 303, §3, wordt ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Art. 305. De beslissingen van de minister, vermeld in artikel 303, worden meegedeeld aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe en het palliatieve samenwerkingsverband.

Art. 306. Bij onmiddellijk, reëel en ernstig gevaar voor de gezondheid en de veiligheid van de zorggebruikers kunnen, conform artikel 14 van het decreet 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, maatregelen worden opgelegd aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe om de veiligheid en gezondheid van de zorggebruikers te garanderen in afwachting van de definitieve beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

De voorlopige maatregelen ten aanzien van de multidisciplinaire begeleidingsequipe hebben geen invloed op de erkenning van het palliatief samenwerkingsverband waaraan de multidisciplinaire begeleidingsequipe ondersteuning verleent.

Titel 2. Werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipes

Art. 307. Het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipes valt samen met het werkgebied van het palliatieve samenwerkingsverband waarvan de multidisciplinaire begeleidingsequipes deel uitmaken.

Titel 3. Voorwaarden waaraan de multidisciplinaire begeleidingsequipe moet voldoen

Hoofdstuk 1. Basissamenstelling van de multidisciplinaire begeleidingsequipe

Art. 308. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe beschikt over de volgende personeelssamenstelling:

- 1° als de multidisciplinaire begeleidingsequipe, overeenkomstig artikel 327, §2, zich ertoe verbonden heeft om 100 palliatieve personen per 200.000 inwoners in hun werkgebied te begeleiden, beschikt de multidisciplinaire begeleidingsequipe minimaal over 2,6 voltijds equivalenten per 200.000 inwoners in het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 2° als de multidisciplinaire begeleidingsequipe, overeenkomstig artikel 327, §3, zich ertoe verbonden heeft om 150 palliatieve personen per 200.000 inwoners in hun werkgebied te begeleiden, beschikt de multidisciplinaire

begeleidingsequipe minimaal over 2,85 voltijds equivalenten per 200.000 inwoners in het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

Hoofdstuk 2. Opdrachten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe

Art. 309. Naast het aanbieden van de diensten, vermeld in artikel 90, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018 verzekert de multidisciplinaire begeleidingsequipe een telefonische permanente bereikbaarheid voor de zorgaanbieders van de eerste lijn die betrokken zijn bij de verzorging van een palliatieve persoon in zijn thuishmilieu, in het bijzonder als het een persoon is van wie verzorgingsproblematiek al eerder ter sprake kwam tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipe en de zorgaanbieders van de eerste lijn.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe geeft, via de telefonische permanentie, vermeld in het eerste lid, advies aan zorgaanbieders uit de eerste lijn over onverwachte en dringende problemen die rijzen bij de verzorging van een palliatieve persoon.

Als de betrokken zorgaanbieder uit de eerste lijn er niet in slaagt om het probleem zelf op te lossen in het thuishmilieu van de palliatieve persoon, gaat een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe ter plaatse om samen met de betrokken zorgaanbieder naar een oplossing te zoeken.

Art. 310. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe organiseert wekelijks een intern interdisciplinair teamoverleg om tot een optimale verzorging van palliatieve personen in hun thuishmilieu of hun thuisvervangende milieu te komen. Op dat teamoverleg worden de palliatieve personen die de multidisciplinaire begeleidingsequipe opvolgt, samen besproken. De problemen die zich daarbij voordoen, worden uitgediept en mogelijke oplossingen worden voorgesteld.

Aan het teamoverleg nemen de huisarts en alle verpleegkundigen van de multidisciplinaire begeleidingsequipe deel. Als dat nodig is kunnen sommige zorgaanbieders van de eerste lijn die bij de verzorging van een palliatieve persoon betrokken zijn, worden uitgenodigd om deel te nemen aan de bespreking van hun palliatieve persoon. Op verzoek van de multidisciplinaire begeleidingsequipe kunnen ook andere deskundigen op het vlak van palliatieve verzorging aan dat teamoverleg deelnemen.

Art. 311. De multidisciplinaire begeleidingsequipe kan andere activiteiten ontplooiën die de kwaliteit van de palliatieve verzorging ten goede komen.

Hoofdstuk 3. Werkingsvoorwaarden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe

Art. 312. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe kan alleen tussenkomen in de palliatieve verzorging in het thuishmilieu of om het even welk thuisvervangend milieu van een palliatieve persoon na voorafgaand overleg met de huisarts van de palliatieve persoon.

In afwijking van het eerste lid kan een multidisciplinaire begeleidingsequipe overleg plegen met artsen-specialisten en paramedici van een ziekenhuis bij het ontslag van een palliatieve persoon uit het ziekenhuis of bij een

kortstondige ziekenhuisopname van de palliatieve persoon om een welbepaalde reden. In die gevallen kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe de palliatieve persoon ook moreel en psychologisch ondersteunen in het ziekenhuis, in samenwerking met de palliatieve functie van het ziekenhuis.

Art. 313. De multidisciplinaire begeleidingsequipe mag geen taken op zich nemen die de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn kunnen opnemen.

Op verzoek van de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe zijn tussenkomsten samen met de zorgaanbieders van de eerste lijn verrichten, zodat de multidisciplinaire begeleidingsequipe haar specifieke kennis en vaardigheden kan delen met en overdragen aan de zorgaanbieders van de eerste lijn. Zo kunnen die zorgaanbieders van de eerste lijn de palliatieve persoon verder zo zelfstandig mogelijk verzorgen en begeleiden.

Art. 314. De tussenkomsten van een multidisciplinaire begeleidingsequipe mogen zich niet beperken tot de tussenkomsten, vermeld in artikel 334, §2, eerste lid, 2°, of tot de palliatieve personen voor wie conform artikel 321 tot en met 324 een eenmalig forfaitair bedrag of een verminderd forfait mag worden aangerekend. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voert haar doelstellingen en opdrachten maximaal uit, rekening houdend met de concrete situatie in het werkgebied en in overleg met de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn.

Art. 315. §1. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe houdt van elke palliatieve persoon die de multidisciplinaire begeleidingsequipe rechtstreeks of onrechtstreeks volgt, een patiëntendossier bij, bij voorkeur op elektronische wijze. Dat dossier bevat de volgende gegevens:

- 1° de voor- en achternaam, de geboortedatum, het officiële adres en de feitelijke verblijfplaats van de palliatieve persoon;
- 2° de briefwisseling met de palliatieve persoon;
- 3° in voorkomend geval, het voorschrift van de huisarts van de palliatieve persoon, vermeld in artikel 334, §1;
- 4° de gegevens over de woonsituatie van de palliatieve persoon;
- 5° de diagnostische gegevens over de ziekte waaraan de palliatieve persoon lijdt;
- 6° de gezinssituatie van de palliatieve persoon;
- 7° de sociale situatie van de palliatieve persoon;
- 8° de gegevens over de hulpverleners die bij de palliatieve verzorging en begeleiding betrokken zijn;
- 9° een vermelding van iedere tussenkomst van de multidisciplinaire begeleidingsequipe bij de palliatieve persoon, met de volgende gegevens:
 - a) de datum, de plaats, de dag, het uur en de duur van de tussenkomst;
 - b) de voor- en achternaam van het lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe dat is tussengekomen;
 - c) of het een telefonische tussenkomst, een persoonlijke ontmoeting of een deelname aan een vergadering betreft;
 - d) wie het initiatief voor het contact heeft genomen;

- e) informatie over het contact met andere betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn, mantelzorgers, andere zorgaanbieders, de palliatieve persoon of zijn familie;
- f) de inhoud van de tussenkomst;
- 10° de besluiten van teamvergaderingen over de palliatieve persoon;
- 11° de eventuele tussentijdse periodes van ziekenhuisopname van de palliatieve persoon;
- 12° de datum en de plaats van het overlijden van de palliatieve persoon.

De minister kan nadere bepalingen vastleggen over het bijhouden van een patiëntendossier.

§2. De persoonsgegevens van het individuele patiëntendossier worden bijgehouden om een kwaliteitsvolle en optimale palliatieve verzorging van de palliatieve persoon mogelijk te maken.

De persoonsgegevens van het individuele patiëntendossier kunnen verder worden verwerkt voor de statistische doeleinden, vermeld in artikel 318.

§3. De persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 1, worden conform artikel 13, §1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die aan het beroepsgeheim gebonden is.

§4. De gegevens van het patiëntendossier worden bewaard gedurende een maximumtermijn van tien jaar na het laatste contact met de palliatieve persoon in kwestie.

§5. De multidisciplinaire begeleidingsequipe, of het palliatieve samenwerkingsverband, als die de overeenkomst heeft gesloten in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe, is de verwerkingsverantwoordelijke van het patiëntendossier, vermeld in paragraaf 1.

Art. 316. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe maakt deel uit van een palliatief samenwerkingsverband. Ze fungeert erin als ondersteunende equipe.

Binnen haar werkgebied verzekert de multidisciplinaire begeleidingsequipe een optimale dienstverlening aan de palliatieve personen en hun zorgaanbieders, ongeacht de afstand tussen de zetel van de multidisciplinaire begeleidingsequipe en de woonplaats van de palliatieve persoon. De multidisciplinaire begeleidingsequipe zal elke vraag omtrent levenseindezorg met de nodige professionaliteit beantwoorden en zo nodig doorverwijzen naar de meest geschikte hulpverleners hiervoor.

Als de verblijfplaats van de palliatieve persoon wijzigt naar het werkgebied van een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe maken de betrokken multidisciplinaire begeleidingsequipes de nodige afspraken om ervoor te zorgen dat de continuïteit van de palliatieve verzorging gegarandeerd blijft.

Art. 317. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe beschikt over voldoende infrastructuur en uitrusting voor het onthaal van bezoekers, administratie en vergaderingen.

Voor het onthaal van bezoekers, administratie en vergaderingen beschikt de centrale zetel van de multidisciplinaire begeleidingsequipe over de volgende lokalen:

- 1° een lokaal om bezoekers te ontvangen en vergaderingen te houden met minstens tien deelnemers;
- 2° een werkruimte voor de verschillende leden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

De lokalen, vermeld in het eerste lid, mogen gedeeld worden met het palliatieve samenwerkingsverband waarvan de multidisciplinaire begeleidingsequipe deel uitmaakt.

Art. 318. §1. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe bezorgt jaarlijks, uiterlijk op 30 juni van het daaropvolgende jaar, een activiteitenverslag aan het agentschap.

Het activiteitenverslag, vermeld in het eerste lid, bevat de volgende gegevens over het werkelijke aantal palliatieve personen voor wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe een bijdrage aan de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu heeft geleverd:

- 1° het werkelijke aantal gevolgde palliatieve personen;
- 2° de verdeling per gemeente van die palliatieve personen op basis van de werkelijke verblijfplaats;
- 3° de leeftijd van de palliatieve persoon;
- 4° de aandoening van de palliatieve persoon;
- 5° de woonsituatie van de palliatieve persoon;
- 6° de gezinssituatie van de palliatieve persoon;
- 7° het aantal huisartsen met wie is samengewerkt voor de opvolging van die palliatieve persoon;
- 8° het aantal tussenkomsten van ieder type als vermeld in artikel 334, §2, 2°;
- 9° het aantal en het type van de tussenkomsten tussen 22 uur en 7 uur;
- 10° het aantal en het type van de tussenkomsten op zaterdagen, zondagen en wettelijke feestdagen;
- 11° de duur van de tussenkomsten per type;
- 12° het aantal en het type van de contacten met de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn, per discipline;
- 13° de aard van de problematiek;
- 14° als dit gekend is, de plaats van het overlijden van de palliatieve persoon;
- 15° de duur van de periode waarin de multidisciplinaire begeleidingsequipe de palliatieve persoon rechtstreeks of onrechtstreeks gevolgd heeft;
- 16° de reden van het einde van de tussenkomsten, onderverdeeld in overlijden, remissie of andere;
- 17° het geslacht van de palliatieve persoon;
- 18° de hoedanigheid van de aanmelder.

De gegevens, vermeld in het tweede lid, zijn geanonimiseerd. Deze gegevens dragen bij aan beleidsmatige wijzigingen of het ontwikkelen van nieuwe initiatieven.

§2. De minister kan de vorm en de inhoud van het activiteitenverslag, vermeld in paragraaf 1, nader bepalen.

Art. 319. §1. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe maakt een personeelskostendossier op voor alle personeelsleden.

§2. In het personeelskostendossier worden voor ieder personeelslid van wie de loonkosten in de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden opgenomen conform artikel 327, de volgende gegevens en documenten vermeld:

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

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

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

- 1° de kostprijs van de verplichte arbeidsongevallenverzekering voor het personeel;
- 2° de kostprijs van het sociaal secretariaat;
- 3° de kostprijs voor de dienst voor arbeidsgeneeskunde waarop de multidisciplinaire begeleidingsequipe in voorkomend geval een beroep doet.

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

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

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

Titel 4. Inhoud van de overeenkomst

Art. 320. In de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe worden minstens volgende gegevens opgenomen:

- 1° het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 2° de werkelijke personeelsomkadering van de multidisciplinaire begeleidingsequipe waarop het eenmalige forfaitaire bedrag berekend wordt met de bijbehorende loonkosten;
- 3° andere werkingskosten dan personeelskosten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 4° het totale aantal palliatieve personen dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe jaarlijks moet volgen conform artikel 323;
- 5° het aantal en het bedrag van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe kan aanrekenen;
- 6° het aantal en het bedrag van de verminderde forfaits, vermeld in artikel 324, die de multidisciplinaire begeleidingsequipe kan aanrekenen;
- 7° de wijze van toepassing van de aanpassing van de loonkosten aan de werkelijke loonkosten als de stijging van de anciënniteit of een verandering in samenstelling van de multidisciplinaire begeleidingsequipe de loonkosten met meer dan 2% verhoogt.

Titel 5. Financiering

Hoofdstuk 1. Algemeen

Art. 321. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe kan, voor iedere rechthebbende voor wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe een belangrijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage heeft geleverd in de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu, een eenmalig forfaitair bedrag aanrekenen aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, als voldaan is aan de voorwaarden, vermeld in artikel 331 tot en met 334.

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

Art. 322. Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, kan maar één keer per palliatieve persoon worden aangerekend. Als voor een bepaalde palliatieve persoon het eenmalige forfaitaire bedrag al is aangerekend, kan dat nooit opnieuw worden aangerekend.

Als een palliatieve persoon voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, al is aangerekend, opnieuw behoefte aan palliatieve verzorging heeft, zorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe die het eenmalige forfaitaire bedrag heeft aangerekend ervoor dat de betrokken palliatieve persoon

alsnog de noodzakelijke palliatieve verzorging krijgt. Ze kan zelf de palliatieve verzorging op zich nemen of afspraken daarover maken met een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe. In dat laatste geval bezorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe minstens 75% van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe die de palliatieve verzorging op zich heeft genomen.

Art. 323. §1. Het maximale aantal rechthebbenden voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, door de multidisciplinaire begeleidingsequipe kan worden aangerekend per kalenderjaar, is afhankelijk van het aantal palliatieve personen dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe begeleidt.

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

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

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

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

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

Art. 324. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe in een bepaald jaar voor meer rechthebbenden een wezenlijke bijdrage heeft geleverd in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu dan het aantal rechthebbenden voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden aangerekend conform artikel 323, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe, per rechthebbende, daarvoor een verminderd forfait aanrekenen aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het verminderde forfait kan maar worden aangerekend voor maximaal de helft van het aantal rechthebbenden voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, conform artikel 323, kan worden aangerekend.

Het verminderde forfait kan maar één keer per rechthebbende worden aangerekend en kan niet worden aangerekend voor een rechthebbende voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, al is aangerekend.

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

Art. 325. De multidisciplinaire begeleidingsequipe mag voor haar tussenkomsten in de palliatieve verzorging geen enkele vergoeding aan de palliatieve persoon, zijn omgeving of aan om het even wie aanrekenen, ongeacht of de palliatieve persoon rechthebbende is of niet. Ook mag de multidisciplinaire begeleidingsequipe geen vergoeding aanrekenen aan de zorgaanbieders en de mantelzorgers aan wie ze advies heeft gegeven.

Hoofdstuk 2. Samenstelling en berekening van de vergoeding

Art. 326. Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, wordt verkregen door de som van de personeelskosten, berekend aan de hand van het personeelskostendossier, vermeld in artikel 319, en de werkingskosten te delen door het maximale aantal rechthebbenden voor wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe het eenmalige forfaitaire bedrag kan aanrekenen conform artikel 323.

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

Art. 327. §1. Het aantal voltijdsequivalenten van wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe de kosten als personeel in rekening mag brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, is afhankelijk van de keuze die de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft gemaakt over het aantal palliatieve personen die ze behandelen conform artikel 323.

§2. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich ertoe verbindt om elk kalenderjaar per 200.000 inwoners in haar werkgebied 100 palliatieve personen

te begeleiden, kan ze 2,6 voltijdsequivalenten in rekening brengen per 200.000 inwoners in haar werkgebied.

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

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

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

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

Art. 328. §1. Het aandeel van de personeelskosten in het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, wordt aan de realiteit aangepast als de werkelijke personeelsuitgaven door de evolutie van de anciënniteit van het personeel, vermeld in artikel 327, of door wijzigingen in de samenstelling van het personeel, vermeld in artikel 327, op jaarbasis 2% hoger liggen dan de personeelskosten die als basis hebben gediend voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag.

§2. Voor de aanpassing van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in paragraaf 1, bezorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe of, in voorkomend geval, het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van een multidisciplinaire begeleidingsequipe, een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier aan het agentschap. Dat personeelskostendossier beantwoordt aan de vereisten, vermeld in artikel 319 van dit besluit.

Als een personeelskostendossier niet beantwoordt aan de voorwaarden, vermeld in artikel 319, wordt het personeelskostendossier door het agentschap als onontvankelijk beschouwd. Binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het personeelskostendossier door het agentschap, deelt het agentschap de onontvankelijkheid mee aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe of, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband.

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

op de maand waarin een ontvankelijk personeelskostendossier als vermeld in de paragraaf 2, is ontvangen door het agentschap.

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

§4. Een aanpassing als vermeld in paragraaf 1, kan niet gevraagd worden gedurende het eerste loopjaar van de overeenkomst of binnen het jaar nadat een nieuw berekend forfaitair bedrag als vermeld in paragraaf 3 of artikel 329, derde lid, van toepassing is geworden.

Art. 329. Als het aandeel van de personeelskosten in het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, ten gevolge van een wijziging in de samenstelling van het personeel op jaarbasis 2% lager ligt dan de personeelskosten die als basis hebben gediend voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, wordt het eenmalige forfaitaire bedrag herberekend.

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

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

Art. 330. Het verminderde forfait, vermeld in artikel 324, dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe per rechthebbende kan aanrekenen, wordt berekend aan de hand van de bijkomende werkingskosten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe, die worden geconcretiseerd in de overeenkomst.

Hoofdstuk 3. Voorwaarden voor de tegemoetkoming

Art. 331. §1. De samenstelling van het aantal voltijdsequivalenten die de multidisciplinaire begeleidingsequipe conform artikel 327, in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag voldoet minstens aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 2, 3 of 4.

§2. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich ertoe verbindt om per kalenderjaar 100 palliatieve personen te begeleiden als vermeld in artikel 327, §2, dan heeft ze de volgende samenstelling:

- 1° een huisarts, die minimaal 3% en maximaal 6% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van vier uur per week;
- 2° verpleegkundigen, die minimaal twee derde van de totale werkelijke samenstelling uitmaken, met een minimum van drie voltijds equivalenten;
- 3° administratief personeel, dat minimaal 10% en maximaal 20% van de totale werkelijke samenstelling uitmaken, met een minimum van 0,5 voltijds equivalenten.

In afwijking van het eerste lid, 2°, kan de samenstelling van het aantal voltijds equivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag minder dan drie voltijds equivalenten verpleegkundigen bedragen als dit minimum, rekening houdende met het aandeel niet-verpleegkundigen in de samenstelling op de datum van de inwerkingtreding van dit artikel, leidt tot een overschrijding van het maximum aantal voltijds equivalenten dat in rekening kan worden gebracht voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag conform artikel 327, §2.

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

- 1° een huisarts is minstens vier uren per week voor de multidisciplinaire begeleidingsequipe werkzaam maar mag niet meer dan 6% van de reële personeelsbezetting van de multidisciplinaire begeleidingsequipe uitmaken;
- 2° minimaal drie voltijds equivalenten die verpleegkundigen zijn;
- 3° minimaal 10% en maximaal 20% van het totale werkelijke personeelsbestand van de multidisciplinaire begeleidingsequipe bestaat uit administratief personeel.

§4. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe ervoor kiest om per kalenderjaar 150 palliatieve personen te begeleiden als vermeld in artikel 327, §3, dan heeft ze de volgende samenstelling:

- 1° een huisarts, die minimaal 3% en maximaal 5% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van vier uur per week;
- 2° niet-medisch begeleidingspersoneel, dat minimaal 77% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt. Het niet-medische begeleidingspersoneel bestaat uit verpleegkundigen en de beroepsbeoefenaars, vermeld in paragraaf 5, eerste lid. De verpleegkundigen maken minimaal 75% van het niet-medische begeleidingspersoneel uit, met een minimum van 3,25 voltijdsequivalenten die verpleegkundigen zijn;
- 3° administratief personeel, dat minimaal 8% en maximaal 18% van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van 0,5 voltijds equivalenten.

In afwijking van het eerste lid, 2°, kan het niet-medische begeleidingspersoneel zijn samengesteld uit minder dan 3,25 voltijdsequivalenten verpleegkundigen, als dit minimum, rekening houdende met het aandeel niet-verpleegkundigen in de samenstelling van het aantal voltijds equivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag op de datum van inwerkingtreding van dit

artikel, leidt tot een overschrijding van het maximum aantal voltijds equivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag, overeenkomstig artikel 327, §3.

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

Ook personeel met een andere hogeronderwijsopleiding kan daar eventueel deel van uitmaken, na de expliciete goedkeuring van de Expertencommissie.

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

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

Art. 332. §1. De huisarts, vermeld in artikel 331, §2, eerste lid, 1°, §3, 1°, en §4, eerste lid, 1°, heeft een specifieke theoretische opleiding van minimaal 80 uur over palliatieve verzorging gevolgd. In die opleiding komen de volgende aspecten van de palliatieve verzorging aan bod:

- 1° overleg plegen met de betrokken zorgaanbieders en hun advies geven over alle aspecten van de palliatieve verzorging;
- 2° zorgen voor een goede organisatie en coördinatie van de palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt;
- 3° psychologische en morele ondersteuning verlenen aan de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn.

Die huisarts heeft ook een stage doorlopen van minimaal 192 uur in een erkende palliatieve ziekenhuiseenheid of hij heeft effectief zolang gewerkt in een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die zich richt tot palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt.

§2. De huisarts, vermeld in paragraaf 1, volgt ieder jaar twintig uur specifieke bijscholing, waarin bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging worden uitgediept en waarin ingegaan wordt op nieuwe ontwikkelingen en technieken.

Art. 333. §1. De verpleegkundigen, vermeld in artikel 331, §2, eerste lid, 2°, §3, 2°, en §4, eerste lid, 2°, hebben een specifieke theoretische opleiding van minimaal 140 uur over palliatieve verzorging gevolgd. In die opleiding komen de volgende aspecten van de palliatieve verzorging aan bod:

- 1° overleg plegen met de betrokken zorgaanbieders en hun advies geven over alle aspecten van de palliatieve verzorging;
- 2° zorgen voor een goede organisatie en coördinatie van de palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt;

- 3° psychologische en morele ondersteuning verlenen aan de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn.

Die verpleegkundigen hebben ook een stage doorlopen van 456 uur in een erkende palliatieve ziekenhuiseenheid of hebben al één jaar voltijds gewerkt in een multidisciplinaire begeleidingsequipe die zich richt op de palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt.

§2. De verpleegkundigen, vermeld in paragraaf 1, volgen ieder jaar minstens veertig uur specifieke bijscholing, waarin bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging worden uitgediept en waarin ingegaan wordt op nieuwe ontwikkelingen en initiatieven.

Art. 334. §1. Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 321, en het verminderde forfait, vermeld in artikel 324, zijn alleen verschuldigd als de multidisciplinaire begeleidingsequipe een wezenlijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage in de palliatieve verzorging van de rechthebbende heeft geleverd.

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

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

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

- 1° de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn en de omgeving van de rechthebbende voldoende geïnformeerd over de telefonische permanentie, vermeld in artikel 309;
- 2° de effectieve tussenkomst van de multidisciplinaire begeleidingsequipe bij de palliatieve verzorging van de patiënt voldoet aan minstens één van de volgende voorwaarden:
 - a) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft een bezoek gebracht aan de palliatieve persoon in zijn thuismilieu of in zijn thuisvervangende milieu dat minimaal twee uur heeft geduurd of heeft plaatsgevonden tussen 22 uur en 7 uur, op zaterdag, zondag of een wettelijke feestdag. Als niet aan die voorwaarde is voldaan, moeten verschillende bezoeken zijn gebracht, waarbij de totale duur van de bezoektijd minimaal vier uur bedraagt. De verplaatsingstijd mag niet worden meegerekend als bezoektijd;

- b) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft deelgenomen aan een vergadering die de verschillende personen die betrokken zijn bij de palliatieve zorgverlening, thuis of in het thuisvervangende milieu, van één patiënt samenbracht. De vergadering had tot doel de palliatieve verzorging van die palliatieve persoon in zijn thuismilieu of in het thuisvervangende milieu praktisch te organiseren of bepaalde problemen die zich voordoen bij de palliatieve verzorging van die persoon, uit te diepen en er een oplossing voor te zoeken. Minstens de huisarts van de palliatieve persoon en de thuisverpleegkundigen nemen deel aan de vergadering;
- c) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft minimaal vier telefonische of persoonlijke contacten gehad met de zorgaanbieders van de eerste lijn die bij de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu betrokken zijn, met inbegrip van de huisarts van de palliatieve persoon. Minimaal twee van die contacten zijn tot stand gekomen op initiatief van de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn. Van ieder contact met de paramedici geeft de multidisciplinaire begeleidingsequipe feedback aan de huisarts van de rechthebbende.

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

Deel 7. Wijzigingsbepalingen

Art. 335. In artikel 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de initiatieven van beschut wonen en op de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 september 1998, worden de punten 1°, 2° en 3° opgeheven.

Art. 336. In het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende artikelen opgeheven:

- 1° artikel 137 en 138;
- 2° artikel 139, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 oktober 2004 en 11 december 2013;
- 3° artikel 140 tot en met 144;
- 4° artikel 145, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 oktober 2004 en 11 december 2013.

Art. 337. In artikel 294 van hetzelfde koninklijk besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 29 december 1997, 19 juni 1998, 1 april 2004, 6 september 2013, 18 oktober 2013 en 22 november 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, 8°, wordt tussen de zinsnede "door het College overeenkomstig artikel 138, 1°" en de zinsnede "of wiens herscholing" de zinsnede "of, als het om een gemeenschapsbevoegdheid gaat, door de verzekeringsinstelling, conform artikel 33 van het besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging" ingevoegd;

2° in paragraaf §1/1 wordt tussen de woorden "die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging" en de woorden "niet worden vergoed" de zinsnede "of, in voorkomend geval, 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 uitvoeringsbesluiten ervan," ingevoegd;

3° paragraaf 2, paragraaf 2/1 en paragraaf 2/2, worden opgeheven voor de revalidatievoorzieningen.

Art. 338. In het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende vaststelling van het maximum aantal plaatsen van beschut wonen dat in gebruik mag worden genomen alsmede van de regelen inzake gelijkwaardige vermindering van een aantal ziekenhuisbedden zoals bedoeld in artikel 35 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt artikel 2, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 6 juni 2000, opgeheven.

Art. 339. In het opschrift van het besluit van de Vlaamse Regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van de procedure voor het verkrijgen van een planningsvergunning en een exploitatievergunning voor intramurale en transmurale voorzieningen in de gezondheidszorg worden tussen de woorden "een" en "planningsvergunning", de woorden "voorafgaande vergunning, een" ingevoegd.

Art. 340. In artikel 1 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden "omvat het toepassingsgebied van de wet op de ziekenhuizen en van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging" worden vervangen door de zinsnede:

"omvat:

- 1° het toepassingsgebied van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;
- 2° de initiatieven van beschut wonen, vermeld in artikel 2, 9° 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;
- 3° de psychiatrische verzorgingstehuizen, vermeld in artikel 2, 12° 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;

4° de revalidatieziekenhuizen, vermeld in artikel 2, 17°, 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 voor zover het de revalidatieziekenhuizen betreft.”;

2° er wordt een tweede lid toegevoegd dat luidt als volgt: “In dit besluit wordt met “planningsvergunning” ook de “voorafgaande vergunning” vermeld in artikel 62 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, bedoeld.”.

Art. 341. In artikel 2, 2°, van hetzelfde besluit worden de woorden “de wet op de ziekenhuizen” vervangen door de woorden “de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen”.

Art. 342. In het opschrift van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 mei 2004 houdende uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen wordt het woord “categoraal” vervangen door het woorddeel “revalidatie-”.

Art. 343. In artikel 1 van hetzelfde besluit worden volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in punt 2° wordt het woord “categoraal” vervangen door het woorddeel “revalidatie-”;
- 2° punt 3° wordt vervangen door wat volgt: “3° algemeen ziekenhuis: een ziekenhuis, als vermeld in artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, dat geen psychiatrisch of universitair ziekenhuis is;”;
- 3° punt 4° wordt vervangen door wat volgt: “4° revalidatieziekenhuis: een zorgvoorziening, als vermeld in artikel 2, 17°, 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;”;
- 4° punt 5° wordt vervangen door wat volgt: “5° universitair ziekenhuis: een ziekenhuis, als vermeld in artikel 4 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;”.

Art. 344. Aan artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2006 betreffende de boekhouding en het financieel verslag voor de voorzieningen in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017, wordt een punt 18° toegevoegd, dat luidt als volgt:

"18° 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, met uitzondering van de revalidatieziekenhuizen en de psychiatrische verzorgingstehuizen."

Art. 345. In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in punt 5° en 6° worden de woorden "een ziekenhuis" telkens vervangen door de woorden "een ziekenhuis of een revalidatieziekenhuis".
- 2° in punt 8° wordt de zinsnede "een initiatief van beschut wonen" als vermeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten" vervangen door de zinsnede: "een initiatief van beschut wonen als vermeld in artikel 2, 9° 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";
- 3° in punt 10° wordt de zinsnede "een psychiatrisch verzorgingstehuis als vermeld in het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen" vervangen door de zinsnede: "een psychiatrisch verzorgingstehuis als vermeld in artikel 2, 12° 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";
- 4° in punt 12° wordt het woord "ziekenhuizen" vervangen door de woorden "ziekenhuizen of revalidatieziekenhuizen";
- 5° in punt 15° wordt de zinsnede "of een ziekenhuisdienst, als vermeld in artikel 2, 22°, 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" toegevoegd;
- 6° in punt 16° wordt de zinsnede "of een ziekenhuisonderdeel, als vermeld in artikel 2, 22°, 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" toegevoegd;

- 7° een punt 17° wordt toegevoegd, dat luidt als volgt: "17° revalidatieziekenhuis: een zorgvoorziening, als vermeld in artikel 2, 17°, 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. 346. In artikel 2, tweede lid, van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° het cijfer 6 wordt vervangen door de woorden "56 en 62 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 artikelen";
- 2° na het woord "planningsvergunning" worden de woorden "of voorafgaande vergunning" ingevoegd.

Art. 347. In het opschrift van hoofdstuk 2 van hetzelfde besluit wordt tussen de zinsnede "ziekenhuizen," en het woord "ziekenhuisdiensten" de zinsnede "revalidatieziekenhuizen," ingevoegd.

Art. 348. In het opschrift van afdeling 1 van hoofdstuk 2 van hetzelfde besluit wordt tussen het woord "ziekenhuis" en het woord "of" de zinsnede ", revalidatieziekenhuis" ingevoegd.

Art. 349. In het opschrift van afdeling 2 van hoofdstuk 2 van hetzelfde besluit wordt tussen het woord "ziekenhuis" en het woord "of" de zinsnede ", revalidatieziekenhuis" ingevoegd.

Art. 350. In het opschrift van afdeling 6 van hoofdstuk 2 van hetzelfde besluit wordt tussen het woord "ziekenhuizen" en het woord "en" wordt de zinsnede ", revalidatieziekenhuizen" ingevoegd.

Art. 351. In artikel 12, §2, tweede lid, wordt een punt 3° toegevoegd, dat luidt als volgt: "3° voor de revalidatieziekenhuizen en voor de ziekenhuisdiensten van revalidatieziekenhuizen: een termijn van onbepaalde duur."

Art. 352. In artikel 13, §6, tweede lid, wordt een punt 3° toegevoegd, dat luidt als volgt: "3° voor ziekenhuisonderdelen van revalidatieziekenhuizen en samenwerkingsvormen die exclusief betrekking hebben op revalidatieziekenhuizen, of voor samenwerkingsvormen tussen revalidatieziekenhuizen enerzijds en psychiatrische ziekenhuizen anderzijds: een termijn van onbepaalde duur."

Art. 353. In de volgende artikelen van hetzelfde besluit worden de woorden "een ziekenhuis" telkens vervangen door de woorden "een ziekenhuis of een revalidatieziekenhuis":

- 1° artikel 2, eerste lid;
- 2° artikel 9, tweede lid;
- 3° artikel 16, eerste lid;
- 4° artikel 22, eerste lid;
- 5° artikel 27;
- 6° artikel 30, eerste lid.

Art. 354. In de volgende artikelen van hetzelfde besluit worden de woorden "het ziekenhuis" telkens vervangen door de woorden "het ziekenhuis of het revalidatieziekenhuis":

- 1° artikel 4, eerste en tweede lid, 5° en 6°;
- 2° artikel 11, eerste lid;
- 3° artikel 15, §2, 1°;
- 4° artikel 18;
- 5° artikel 22, eerste, tweede en derde lid;
- 6° artikel 23, §1 en §2;
- 7° artikel 24;
- 8° artikel 25, eerste lid;
- 9° artikel 28, eerste lid;
- 10° artikel 30, eerste lid.

Art. 355. In artikel 32, tweede lid, van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in punt 2°, a) wordt de zinsnede "de naam van de verantwoordelijke beheerder, de naam van de persoon die voor het dagelijkse beheer zorgt" vervangen door de woorden "de coördinator";
- 2° in punt 2°, d) wordt de zinsnede "totale aantal bedden in de voorziening en het aantal bedden waarvoor de bijzondere" vervangen door de zinsnede "het maximaal aantal zorggebruikers waarvoor de";
- 3° in punt 2°, e) worden de woorden "architectonische en functionele" opgeheven;
- 4° in punt 2°, wordt punt f) opgeheven;
- 5° in punt 3°, d) wordt het woord "patiënten" vervangen door de zinsnede "zorggebruikers waarmee het initiatief van beschut wonen een verblijfsovereenkomst heeft gesloten";
- 6° in punt 3°, e) worden de woorden "architectonische en functionele" opgeheven.

Art. 356. In artikel 37, §2 van hetzelfde besluit wordt het eerste lid vervangen door wat volgt: "De beslissing tot erkenning vermeldt de erkende capaciteit, uitgedrukt in maximaal aantal bedden, plaatsen of zorggebruikers".

Art. 357. In artikel 38, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt punt 1° opgeheven.

Aan hetzelfde besluit wordt een afdeling 3/1, houdende een artikel 38/1 toegevoegd, die als volgt luiden:

"Afdeling 3/1 Erkenning van zorgvernieuwende initiatieven

Artikel 38/1. De aanvraag tot erkenning als zorgvernieuwend initiatief moet door het erkend initiatief van beschut wonen worden ingediend bij het agentschap, samen met de volgende documenten:

1° wat de erkenning als zorgvernieuwend initiatief voor activering betreft:

- a) een beschrijvende nota waarin wordt weergegeven hoe voldaan wordt aan de erkenningsvoorwaarden
- b) de lijst van het personeel dat wordt ingezet voor activering, met vermelding van hun initialen en arbeidsuren per week;
- c) de naam van de verantwoordelijke van het activeringsaanbod

2° wat de erkenning als zorgvernieuwend initiatief voor psychiatrische zorg in de thuissituatie betreft:

- a) een beschrijvende nota waarin wordt weergegeven hoe voldaan wordt aan de erkenningsvoorwaarden.
- b) de lijst van het personeel dat wordt ingezet voor psychiatrische zorg in de thuissituatie, met vermelding van hun initialen en arbeidsduur per week.
- c) de naam van de verantwoordelijke voor psychiatrische zorg in de thuissituatie

Als het ingediende dossier onvolledig is, deelt het agentschap dat binnen de dertig dagen mee aan de aanvrager.

Binnen vier maanden na de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag wordt de beslissing van de administrateur-generaal tot toekenning van de erkenning aan de aanvrager bezorgd, of wordt zijn voornemen tot weigering van de erkenning met een aangetekende zending aan de aanvrager betekend.

Artikel 5, tweede lid, en artikel 6 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op het voornemen.

De beslissing tot erkenning vermeldt de ingangsdatum van de erkenning. De erkenning wordt verleend voor de resterende erkenningstermijn van het initiatief van beschut wonen."

Deel 8. Slotbepalingen

Hoofdstuk 1. Opheffingsbepaling

Art. 358. De volgende regelingen worden opgeheven:

- 1° het koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 27 maart 2008;

- 2° het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 28 mei 1991, 3 juni 1994, 15 januari 1999 en 5 juni 2000;
- 3° het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 februari 2008;
- 4° het koninklijk besluit van 10 december 1990 houdende vaststelling van de regels voor het bepalen van de opnemingsprijs voor personen die worden opgenomen in psychiatrische verzorgingstehuizen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 november 1992, 18 november 2003, 29 februari 2008, 27 september 2009 en 13 juni 2010;
- 5° het koninklijk besluit van 29 september 1992 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;
- 6° het koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 12 februari 1999 en 22 juni 2006;
- 7° het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opname in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum, voor zover het betrekking heeft op de revalidatievoorzieningen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 15 september 1997, 11 december 2001 en 11 juni 2002, voor zover het betrekking heeft op de revalidatievoorzieningen;
- 8° het koninklijk besluit van 20 september 1998 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens van de initiatieven van beschut wonen moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;
- 9° het koninklijk besluit van 13 oktober 1998 tot bepaling van de minimale criteria waaraan de overeenkomsten tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het Verzekeringscomité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten voldoen;
- 10° het koninklijk besluit van 18 juli 2001 houdende vaststelling van de regelen volgens dewelke het budget van financiële middelen, het quotum van verblijfdagen en de prijs per verblijfdag voor initiatieven van beschut wonen worden bepaald, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 28 april 2014;
- 11° het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;
- 12° het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen,

- het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 september 2017;
- 13° het koninklijk besluit van 17 december 2002 houdende vaststelling van de regelen volgens welke een gedeelte van de opnemingsprijs in psychiatrische verzorgingstehuizen ten laste van de Staat wordt gelegd;
- 14° het koninklijk besluit van 11 juni 2003 tot uitvoering, wat de met toepassing van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen door de verzekeringsinstellingen in twaalfden uit te betalen bedragen betreft, van de artikelen 136, § 1, derde lid; 136, § 5, en 164, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
- 15° het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 juni 2014;
- 16° het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 maart 2013 en 10 april 2014;
- 17° het koninklijk besluit van 12 februari 2008 houdende bepaling van de regels volgens welke de beheerder van de ziekenhuizen aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, mededeling doet van de identiteit van de personen verantwoordelijk voor het mededelen van gegevens die met de inrichting verband houden;
- 18° het koninklijk besluit van 28 april 2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type revalidatieovereenkomst heeft gesloten;
- 19° het ministerieel besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van het programmacijfer voor psychiatrische verzorgingstehuizen;
- 20° het ministerieel besluit van 10 juli 1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, §12 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, in de psychiatrische verzorgingstehuizen, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016;
- 21° het ministerieel besluit van 12 september 1994 tot bepaling van de wijze waarop de tegemoetkoming van de Staat in de prijs per verblijfsdag voor initiatieven van beschut wonen wordt bepaald;
- 22° het ministerieel besluit van 14 december 1995 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten in verband met de revalidatie.

Hoofdstuk 2. Overgangsbepalingen

Art. 359. In afwijking van deel 5, titel 1 en deel 5, titel 5 gebeurt de vaststelling van het budget voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 januari 2019 op basis van de gegevens die conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april

2002, zoals van kracht op 31 december 2018, aan het agentschap worden meegedeeld.

Art. 360. De overeenkomsten, voor 1 januari 2019 gesloten tussen de zorggebruikers en de initiatieven van beschut wonen die erkend zijn op basis van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten, zoals van kracht op 31 december 2018, blijven geldig voor hun resterende duur.

Art. 361. De overeenkomsten, voor 1 januari 2019 gesloten tussen de zorggebruikers en de psychiatrische verzorgingstehuizen die erkend zijn op basis van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen, zoals van kracht op 31 december 2018, blijven geldig voor hun resterende duur.

Art. 362. Zolang de minister, conform artikel 211, niet heeft bepaald in welke gevallen de vereenvoudigde procedure, vermeld in artikel 211, van toepassing is, bepaalt de onderstaande tabel in welke gevallen de standaardprocedure, vermeld in artikel 210, en in welke gevallen de vereenvoudigde procedure, vermeld in artikel 211, van toepassing is. In afwijking van de onderstaande tabel, verlopen de aanvragen van de tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 198, altijd conform de standaard aanvraagprocedure, vermeld in artikel 210.

erkenningnummer dat begint met het nummer	revalidatievoorzieningen	aard van de aanvraag	aanvraagprocedure
7.71	Inkendaal NAH Turnhout	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	andere centra	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
	alle centra	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.72	alle centra	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.73	alle centra	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.74	Appelboom/GAUZZ/	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure

	De Dauw/COT		
	De Dauw/COT	verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	Appelboom/GAUZ	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.74.5		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.74.6		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.76.5		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.76.7		eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.90		elke aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
9.53 en 9.65	aanvangsbilans doelgroep 8 en 9	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	herhalingsbilans andere doelgroepen dan 8 of 9	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
	alle doelgroepen	verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	herhaling herhalingsbilans	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
9.69		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure

Art. 363. De minister sluit, ter uitvoering van artikel 110 van het decreet van 6 juli 2018, een revalidatieovereenkomst met de revalidatievoorzieningen, vermeld

in de onderstaande tabel. Het erkenningsnummer, zoals van toepassing voor de inwerkingtreding van dit besluit, blijft ongewijzigd van toepassing.

erkeningsnummer	naam	straat en nummer	postcode en gemeente
7.71.011.42	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.71.018.35	Ziekenhuis Inkendaal	Inkendaalstraat 1	1602 Vlezenbeek
7.71.020.33	Revalidatiecentrum NAH	Renier Sniederstraat 20	2300 Turnhout
7.71.023.30	Transmuraal Multiple Sclerose Team (TMST - MS Centrum)	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.72.011.12	Tsedek	Bist 90	2180 Ekeren
7.72.020.03	Revalidatiecentrum Inghelburch	Sint-Jansstraat 11	8000 Brugge
7.72.026.94	Revalidatiecentrum Hasselt (Reval-Hasselt)	Ilgatlaan 11 bus 1	3500 Hasselt
7.72.027.93	vzw Validag	Adelberg 62	3920 Lommel
7.72.029.91	Psychosociaal revalidatiecentrum TG De Evenaar	Sint-Jozefstraat 9-11	2018 Antwerpen
7.72.031.89	vzw Walden (SONAR)	Naamsesteenweg 91	3001 Leuven
7.72.032.88	Psychosociaal Revalidatiecentrum Mirabello	Stapelplein 70/103	9000 Gent
7.72.033.87	Route 11 (psychosociaal revalidatiecentrum Kempen)	Gasthuisstraat 22/2	2300 Turnhout
7.72.036.84	Centrum voor psychische revalidatie Hedera	Rijselstraat 85	8900 Ieper
7.72.037.83	Psychosociaal revalidatiecentrum De Mare	Condédreef 59	8500 Kortrijk
7.72.038.82	RC De Keerkring	Vredebaan 77b	2640 Mortsel
7.72.041.79	Psychosociaal revalidatiecentrum Perron 70	Stationsstraat 70	1730 Asse

7.72.042.78	Revalidatiecentrum TOV	Kloosterstraat 3	8800 Roeselare
7.72.043.77	Psychosociaal revalidatiecentrum Pastel	Liersesteenweg 473/1	2800 Mechelen
7.72.045.75	Psychosociaal revalidatiecentrum Parcoer	Brusselsestraat 90	9200 Dendermonde
7.73.007.83	Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC)	Venusstraat 11	2000 Antwerpen
7.73.008.82	De Sleutel internaatsafdelingen	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gent
7.73.009.81	Katarsis vzw	Hasseltweg 439	3600 Genk
7.73.011.79	Kompas vzw	Minister Vanden Peereboomlaan 86	8500 Kortrijk
7.73.014.76	De Kiem	Vluchtenboerstraat 7A	9890 Gavere
7.73.015.75	Dagcentra De Sleutel Antwerpen-Mechelen-Gent-Brugge	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gent
7.73.030.60	MSOC Oostende	Perronstraat 1	8400 Oostende
7.73.020.70	De Spiegel vzw	pellenbergstraat 160	3010 Kessel-Lo
7.73.021.69	MSOC voor druggebruikers Gent	Gewad 13	9000 Gent
7.73.022.68	MSOC Free Clinic vzw	Schijnpoortweg 14	2060 Antwerpen
7.73.023.67	MSOC Limburg	Salvatorstraat 25	3500 Hasselt
7.73.032.58	MSOC Vlaams Brabant	Maria Theresiastraat 109	3000 Leuven
7.73.034.56	Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma van De Sleutel	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gent
7.74.003.57	De Appelboom vzw	Arbeidsstraat 64	3600 Genk
7.74.004.56	De Dauw vzw	Moregemplein 3	9790 Wortegem-Petegem

7.74.017.43	Centrum voor Ontwikkelingstherapie (COT)	Jules Lagaelaan 18	8800 Roeselare
7.74.051.09	GAUZZ	Leuvensesteenweg 517	3070 Kortenberg
7.74.503.42	Moeder-babyéénheid PZ Bethaniënhuis	Andreas Vesaliuslaan 39	2980 Zoersel
7.74.504.41	Moeder-babyéénheid PZ Sint-Camillus	Beukenlaan 20	9051 Sint-Denijs- Westrem
7.74.601.41	Expertisecentrum voor ASS UZ Leuven Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Leuven
7.74.604.38	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Antwerpen	Lindendreef 1	2020 Antwerpen
7.74.605.37	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Gent	De Pintelaan 185 2k5	9000 Gent
7.74.606.36	Referentiecentrum voor Autismespectrumstoornissen UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 Jette
7.76.502.80	Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
7.76.702.74	Villa Rozerood vzw	Fazantenlaan 28	8660 De Panne
7.76.703.73	Revalidatiecentrum Puldebos Respijteenheid Limmerik	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
7.90.002.63	AZ Sint-Blasius - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Kroonveldlaan 50	9200 Dendermonde
7.90.003.62	AZ Delta Stadscampus	Brugsesteenweg 90	8800 Roeselare
7.90.004.61	Ziekenhuis Inkendaal - dienst Fysische Geneeskunde	Inkendaalstraat 1	1602 Vlezenbeek
7.90.005.60	vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek	Groenebriel 1	9000 Gent
7.90.007.58	GZA Ziekenhuizen - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Oosterveldlaan 22	2610 Wilrijk

7.90.008.57	Ziekenhuis Maas en Kempen - Sp dienst Locomotorische Revalidatie	Mgr. Koningsstraat 10	3680 Maaseik
7.90.009.56	REGIONAAL ZIEKENHUIS JAN YPERMAN, dienst Revalidatie	Briekestraat 12	8900 Ieper
7.90.010.55	Imeldaziekenhuis - dienst voor Fysische Geneeskunde	Imeldalaan 9	2820 Bonheide
7.90.012.53	dienst Fysische Geneeskunde & revalidatie ZNA St. Elisabeth - ZNA Jan	Leopoldstraat 26	2000 Antwerpen
7.90.015.50	UZ Gent - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gent
7.90.018.47	H.-Hartziekenhuis vzw - dienst Fysische Geneeskunde	Mechelsestraat 24	2500 Lier
7.90.020.45	AZ Jan Palfijn Gent AV - dienst Fysische Geneeskunde	Henri Dunantlaan 5	9000 Gent
7.90.022.43	ASZ - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Merestraat 80	9300 Aalst
7.90.023.42	AZ Maria Middelaes - dienst Fysiotherapie en Revalidatie	Kortrijksesteenweg 1026	9000 Gent
7.90.024.41	Koningin Elisabeth Instituut - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Dewittelaan 1	8670 Oostduinkerke
7.90.025.40	Revalidatieziekenhuis RevArte	Drie Eikenstraat 659	2650 Edegem
7.90.026.39	Sint-Jozefskliniek vzw	Roeselaarsestraat 47	8870 Izegem
7.90.027.38	AZ Herentals - dienst Fysische Geneeskunde	Nederrij 133	2200 Herentals
7.90.028.37	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart vzw - dienst Fysische Geneeskunde	Naamsestraat 105	3000 Leuven
7.90.029.36	AZ Sint-Augustinus Veurne - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Ieperse Steenweg 100	8630 Veurne

7.90.030.35	Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw - dienst Kinesitherapie en Fysiotherapie	Ziekenhuislaan 100	1500 Halle
7.90.031.34	AZ Sint-Jan Brugge-Oostende - Campus H. Serruys	Kairostraat 84	8400 Oostende
7.90.032.33	Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde VZW	Minderbroederstraat 3	9700 Oudenaarde
7.90.033.32	ZNA Stuivenberg - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Lange Beeldekenstraat 267	2060 Antwerpen
7.90.034.31	Sint-Rembertziekenhuis - dienst Fysische Geneeskunde	Sint-Rembertlaan 21	8820 Torhout
7.90.035.30	AZ Klina - dienst Fysische Geneeskunde	Augustijnslei 100	2930 Brasschaat
7.90.036.29	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Weligerveld 1	3212 Pellenberg
7.90.037.28	Sint-Trudoziekenhuis vzw - dienst Fysische Geneeskunden en Revalidatie	Diestersteenweg 100	3800 Sint-Truiden
7.90.042.23	AZ Salvator St.-Ursula Hasselt - Jessa Ziekenhuis campus St.-Ursula	Diestsesteenweg 8	3540 Herk-de-Stad
7.90.044.21	AZ Groeningecampus Maria Voorzienigheid Kortrijk	Reepkaai 4	8500 Kortrijk
7.90.046.19	AZ Vesalius	Hazelereik 51	3700 Tongeren
7.90.049.16	Sint-Franciscusziekenhuis - dienst Fysische Geneeskunde	Pastoor Paquaylaan 129	3550 Heusden-Zolder
7.90.050.15	AZ Groeninghe campus OLV Kortrijk	Reepkaai 4	8500 Kortrijk
7.90.053.12	RZ Tienen - dienst Fysische Geneeskunde	Kliniekstraat 45	3300 Tienen
7.90.054.11	MPI Sint-Lodewijk vzw	Kwatrechtsteenweg 168	9230 Wetteren
7.90.055.10	MPI Sint-Jozef	Galjoenstraat 2	2030 Antwerpen

7.90.056.09	Dominiek Savio Instituut vzw Gits	Koolskampstraat 24	8830 Gits
7.90.057.08	MFC Ten Dries vzw	Poeldendries 32	9850 Landegem
7.90.060.05	AZ Monica vzw - APRA Revalidatiecentrum	Harmoniestraat 68	2018 Antwerpen
7.90.061.04	UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 Brussel
7.90.101.61	Bundeling Zorginitiatieven Oostende	Zeedijk 286 - 288	8400 Oostende
7.90.102.60	AZ Sint-Jan Brugge- Oostende av	Ruddershove 10	8000 Brugge
7.90.111.51	AZ Sint-Lucas Brugge vzw	Sint-Lucaslaan 29	8310 Brugge
7.90.115.47	AZ Sint-Maarten - Campus Rooienberg	Rooienberg 25	2570 Duffel
7.90.116.46	AZ Delta Campus Wilgenstraat	Wilgenstraat 2	8800 Roeselare
7.90.117.45	vzw AZ Damiaan	Gouwelozestraat 100	8400 Oostende
7.90.119.43	AZ Sint-Elisabeth Zottegem	Godveerdegemstraat 69	9620 Zottegem
7.90.120.42	ZNA Antwerpen Middelheim	Lindendreef 1	2020 Antwerpen
7.90.123.39	vzw Jessa Ziekenhuis - Campus St.-Ursula Revalidatiecentrum	Diestsesteenweg 8	3540 Herk-de-Stad
7.90.124.38	AZ Sint-Dimpna - Revalidatiecentrum Kempen	J.B. Stessensstraat 2	2440 Geel
7.90.125.37	Revalidatiecentrum Ziekenhuis Oost-Limburg	Bessemerstraat 478	3620 Lanaken
7.90.127.35	O.L.V.-ziekenhuis Aalst	Moorselbaan 164	9300 Aalst
7.90.128.34	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Leuven
7.90.129.33	AZ Glorieux Ronse	Glorieuxlaan 55	9600 Ronse
7.90.130.32	AZ Turnhout - Campus Sint-Jozef	Steenweg op Merksplas 44	2300 Turnhout

7.90.131.31	AZ Groeninge vzw	President Kennedylaan 4	8500 Kortrijk
7.90.132.30	AZ Alma - Campus Sijsele	Gentse Steenweg 132	8340 Sijsele-Damme
7.90.133.29	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Leuven
7.90.134.28	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Pellenberg	Weligerveld 1	3212 Pellenberg
7.90.135.27	UZ Antwerpen	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
7.90.136.26	Revalidatie- en MS-centrum vzw	Boemerangstraat 2	3900 Overpelt
7.90.138.24	Sint-Andriesziekenhuis vzw	Bruggestraat 84	8700 Tielt
7.90.139.23	AZ Zeno	Graaf Jansdijk 162	8300 Knokke-Heist
7.90.140.22	AZ Maria Middelaes Gent	Buitenring Sint-Denijs 30	9000 Gent
7.90.142.20	AZ Turnhout - Campus Sint-Elisabeth	Steenweg op Merksplas 44	2300 Turnhout
7.90.143.19	Revalidatiecentrum AZ Nikolaas	Moerlandstraat 1	9100 Sint-Niklaas
7.90.145.17	AZ Alma	Moeie 18	9900 Eeklo
7.90.201.58	Referentiecentrum voor neuromusculaire ziekten van UZ Brussel en Inkendaal (vroegere naam: De Bijtjes)	Laarbeeklaan 101	1090 Brussel
7.90.202.57	Neuromusculair Referentiecentrum UZ Leuven Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Leuven
7.90.204.55	UZ Gent	C. Heymanslaan 10	9000 Gent
7.90.206.53	UZ Antwerpen NMRC	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
7.90.209.50	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.90.210.49	UZ Gent - Centrum voor Locomotorische en Neurologische Revalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gent

7.90.215.44	vzw Pulderbos Zandhoven	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
9.53.015.10	UZ Gent Centrum voor Gehoor- en Spraakrevalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gent
9.53.069.53	CAR Sint-Lievenspoort	Sint-Lievenspoortstraat 129	9000 Gent
9.53.073.49	Elora Centrum voor Ambulante Revalidatie	Duinkerkestraat 40	8620 Nieuwpoort
9.53.081.41	Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie	Rudderhove 6	8000 Brugge
9.53.082.40	UZ Gasthuisberg - Revalidatiecentrum voor Gehoor- en Spraakgestoorden	Herestraat 49	3000 Leuven
9.53.104.18	vzw CAR Brussel	Leopold-II-Laan 53	1080 Sint-Jans-Molenbeek (Brussel)
9.53.237.79	CAR Ter Kouter vzw	Aaltersesteenweg 2	9800 Deinze
9.53.245.71	CAR Wegwijs vzw	Welzijnstraat 75-77	9620 Zottegem
9.53.253.63	CAR Hasselt	Ilgatlaan 11 bus 2	3500 Hasselt
9.53.265.51	Antwerps Revalidatiecentrum vzw	Lange Elzenstraat 52-54	2018 Antwerpen
9.53.334.79	CAR Oostakker	Wolfputstraat 110	9041 Oostakker
9.53.356.57	CAR Genk	Welzijns-campus 23 bus 1	3600 Genk
9.53.361.52	Vlaamse Gemeenschapscommissie Revalidatiecentrum De Poolster	Poolsterstraat 20	1082 Brussel (Sint-Agatha-Berchem)
9.53.365.48	C.A.R. NOK-centrum	Glorieuxlaan 55	9600 Ronse
9.53.406.07	Het Veer Revalidatiecentrum vzw	Kazernestraat 35A	9100 Sint-Niklaas

9.53.416.94	CAR Stappie vzw	Koninginnelaan 55-57	8400 Oostende
9.53.421.89	Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
9.53.464.46	CAR Therapeutisch Zorgpunt N	Gasthuisstraat 10	8800 Roeselare
9.53.467.43	CAR Horizon	Oudenaardsestraat 215	9500 Geraardsbergen
9.53.494.16	Centrum voor Spraak- en Taalpathologie	St.-Jobstraat 43	3960 Bree
9.53.495.15	CAR Noordhoek (St.-Rembert)	Aatrijksestraat 62	8820 Torhout
9.53.516.91	CAR De Klinker	Heistlaan 123	8301 Knokke-Heist
9.53.518.89	Revalidatiecentrum voor Taal- en Ontwikkelingsproblemen	Jules Lagaelaan 17	8800 Roeselare
9.53.579.28	CAR De Klinker vzw	Cartonstraat 53	8900 Ieper
9.53.593.14	CAR Vijfhoek	Vijfhoek 1A	2800 Mechelen
9.53.991.04	Zeplin CAR Woluwe	Georges Henrilaan 278	1200 Brussel (Sint-Lambrechts-Woluwe)
9.53.992.03	Revalidatiecentrum Overleie vzw	Overleiestraat 57	8500 Kortrijk
9.53.606.01	CAR Antenne 3000 vzw	St. Geertruiabdij 6	3000 Leuven
9.53.607.97	CAR DAT	Houtemstraat 115B	3300 Tienen
9.53.608.96	CAR Medische Sociale Instellingen Midden-Vlaanderen	Melkerij 25	9900 Eeklo
9.65.062.88	CAR Turnhout	Schoolstraat 27/1	2300 Turnhout
9.65.088.62	Zeplin CAR Lovenjoel	Stationsstraat 25	3360 Lovenjoel-Bierbeek

9.65.105.45	CAR De Hert vzw	Botermelkstraat 201	9300 Aalst
9.65.181.66	CAR Kapelhof vzw	Koevliet 2A	9240 Zele
9.65.182.65	CAR BOLT vzw	Kloosterstraat 6a	9031 Baarle-Drongen
9.65.192.55	CAR De Schakel vzw	Hoenderstraat 51	9230 Wetteren
9.65.244.03	Revalidatiecentrum Noorderkempen	Nieuwmoerse Steenweg 113A	2990 Wuustwezel
9.65.246.01	CAR 't Vlot	Kallobaan 5	9120 Beveren
9.65.248.96	CAR Accent vzw	Lagaeplein 12/14	8501 Kortrijk - Heule
9.65.263.81	CAR De Kindervriend	Tombroekstraat 4	8510 Rollegem
9.65.264.80	CAR 't Veld vzw	Ichtegemsestraat 32	8211 Aartrijke
9.65.292.52	CAR Buggenhout	Klaverveld 3	9255 Buggenhout
9.65.304.40	CAR De Steijger vzw	Kerkham 3	9070 Destelbergen
9.65.415.26	CAR Impuls vzw	Karel Lodewijk Dierickxstraat 30	9000 Gent
9.65.423.18	Waas Revalidatiecentrum vzw	Luikstraat 109	9160 Lokeren
9.65.496.42	Centrum voor Functionele Revalidatie vzw	Stationsstraat 40	9060 Zelzate
9.65.572.63	CAR Land van Halle & Asse vzw	Ziekenhuislaan 100	1500 Halle
9.65.583.52	Revalidatiecentrum Ter Linde vzw	Kapelstraat 12	2880 Bornem
9.65.603.32	Revalidatiecentrum Ter Eecken	Vlaanderenstraat 2	9700 Oudenaarde
9.65.608.27	CAR Zuiderkempem	Diestsebaan 60/1	2431 Veerle (Laakdal)
9.69.004.26	U.Z. Leuven Revalidatiecentrum voor Slechtzienden - Stadscampus	Brusselsestraat 69	3000 Leuven

9.69.006.24	Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave	Markgravelei 81	2018 Antwerpen
9.69.008.22	Centrum voor Visuele Revalidatie en Low-Vision UZ Gent	De Pintelaan 185	9000 Gent
9.69.009.21	Visuele Revalidatie en Low vision UZ Antwerpen	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem

Art. 364. De minister sluit, ter uitvoering van artikel 111 van het decreet van 6 juli 2018, een overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipes, vermeld in onderstaande tabel.

Erkeningsnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
96800159	Palliatieve Hulpverlening Antwerpen	Edegemsesteenweg 100	2610 Wilrijk
96800258	Ispahan Palliatieve Zorgen Kempen	Patersstraat 85	2300 Turnhout
96800357	Palliatief Netwerk arrondissement Mechelen	Westzavelland 42	2830 Willebroek
96800456	Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen	Bredabaan 743	2990 Wuustwezel
96800555	Palliatief Netwerk arrondissement Leuven	Waversebaan 220	3001 Heverlee
96800654	Omega	J. Vander Vekenstraat 158	1780 Wemmel
96800753	Listel	Albrecht Rodenbachstraat 29	3500 Hasselt
96800852	Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo	Bilksken 36	9920 Lovendegem
96800951	Netwerk Palliatieve Zorg regio Aalst – arrondissement Dendermonde – regio Ninove	Gentse steenweg 355	9300 Aalst
96801050	Netwerk Levenseinde	Sint-Walburgastraat 9	9700 Oudenaarde
96801149	Netwerk Palliatieve Zorg Waasland	Rozenlaan 17	9111 Belsele

96801248	Palliatieve Zorgen Westhoek-Oostende	Stovestraat 2	8600 Diksmuide
96801347	Heidehuis Palliatieve Zorg Noord-West- Vlaanderen	Fazantendreef 11	8200 Sint-Michiels
96801446	Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West- Vlaanderen	Doorniksewijk 168	8500 Kortrijk
96801545	Netwerk palliatieve zorg De Mantel	Handelsstraat 1	8800 Roeselare

Art. 365. In de gevallen, vermeld in artikel 47/9, §4, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, waarin de federale overheid de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten, vermeld in artikel 5, §1, I, eerste lid, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, van de ziekenhuizen, voor rekening van de Vlaamse Gemeenschap verzekert, blijven de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002 van toepassing, zoals van kracht op 31 december 2018.

Art. 366. Voor de uitvoering van de taken, vermeld in artikel 15, 16, 18, 22, 62, 210, 214 en 215, wordt de functie van de Zorgkassencommissie in de periode van 1 januari 2019 tot en met 30 juni 2019 uitgeoefend door de adviserend-arts van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven.

Art. 367. Op 31 december 2018 geldende goedkeuringen voor tegemoetkomingen of betalingsverbintenissen blijven gelden tot de voorziene einddatum.

Nieuwe aanvragen of aanvragen voor verlenging met ontvangstdatum in 2019 maar met een eerste vergoedbare prestatie in 2018 worden behandeld volgens de op 31 december 2018 geldende regelgeving, procedures en formulieren.

Nieuwe aanvragen of aanvragen voor verlenging waarvan de eerste vergoedbare prestatie in 2019 ligt, worden behandeld volgens het decreet van 6 juli 2018 en dit besluit.

Vergoedbare prestaties gepresteerd voor 1 januari 2019 worden conform het Protocol van 15 mei 2014 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Duitstalige Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, met betrekking tot de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de overgangperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, zoals verlengd op 19 oktober 2015 en 24 oktober 2016, door de

verzekeringsinstellingen via het RIZIV aan de Vlaamse Gemeenschap gefactureerd.

Vergoedbare prestaties gepresteerd op of na 1 januari 2019 worden door de verzekeringsinstellingen rechtstreeks aan de Vlaamse Gemeenschap gefactureerd.

Hoofdstuk 3. Inwerkingtredingsbepaling

Art. 368. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019, met uitzondering van het artikel 124, derde lid, dat op 1 januari 2022 in werking treedt.

Hoofdstuk 4. Uitvoeringsbepaling

Art. 369. De Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 1: Lijst van de door een psychiatrisch verzorgingstehuis aan het agentschap te bezorgen gegevens.

Art. N. Lijst van de aan het agentschap te bezorgen gegevens:

- 1) de naam van de coördinator vermeld in artikel 90;
 - 2) het totaal aantal gefactureerde opnamedagen per maand.
 - 3) de indeling van de kamers volgens type: een of tweepersoonskamers.
 - 4) per zorggebruiker, de volgende gegevens:
 - a) het behandelingsnummer van de zorggebruiker, dat uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven, zoals de geboortedatum, mag bevatten. Wanneer een zorggebruiker binnen de 12 maanden volgend op zijn eerste ontslag opnieuw opgenomen wordt in hetzelfde psychiatrisch verzorgingstehuis dan moet hetzelfde behandelingsnummer gebruikt worden, gevolgd door een volgnummer;
 - b) het geboortjaar;
 - c) het geslacht;
 - d) voor de Belgen, het bestuurlijk arrondissement van hun hoofdverblijf, en voor de vreemdelingen, hun land van herkomst.
- In afwijking op het vorig lid wordt, voor de Belgen wier hoofdverblijf gesitueerd is in de fusiegemeente Gent, Antwerpen, of in het Brussels Hoofdstedelijk gewest, de naam van de fusiegemeente of het gewest aangeduid;
- e) aantal vorige opnames in het psychiatrisch verzorgingstehuis;
 - f) de datum van opname in het psychiatrisch verzorgingstehuis, uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
 - g) gefactureerde opnamedagen in chronologische volgorde, per leefeenheid uitgedrukt in aantal dagen;
 - h) de aard van de opname;
 - i) identificatienummer van de leefeenheid;
 - j) het leefmilieu voor opname, uitgedrukt in hoofdcategorieën;
 - k) de verwijzer uitgedrukt in hoofdcategorieën;
 - l) vorige medische behandelingen;
 - m) multidimensionele psychiatrische diagnose bij opname;
 - n) de ontslagdatum uit het psychiatrisch verzorgingstehuis uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
 - o) bestemming van de zorggebruiker uitgedrukt in hoofdcategorieën;
 - p) aard van het ontslag;
 - q) multidimensionele psychiatrische problemen die nog resten bij ontslag;
 - r) het onderwijsniveau uitgedrukt in hoofdcategorieën;
 - s) betrokkenheid in het arbeidsproces uitgedrukt in hoofdcategorieën;
 - t) aard van het inkomen uitgedrukt in hoofdcategorieën;
 - u) het huidig of laatste hoofdberoep uitgedrukt in hoofdcategorieën.

In dit artikel wordt onder leefeenheid het volgende verstaan: een groep zorggebruikers die samenleven, eten, ontspannen en die verblijven in een herkenbaar architecturaal afgescheiden gebouw of deel van een gebouw terwijl zij begeleid worden door eenzelfde team van hulpverleners.

Gezien om gevoegd te worden bij artikel 8, §3 van het besluit van de Vlaamse Regering van ...,

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 2: Lijst van de door een initiatief van beschut wonen aan het agentschap te bezorgen gegevens.

Art. N. Lijst van de aan het agentschap te bezorgen gegevens:

- 1) de naam van de coördinator vermeld in artikel 145;
- 2) het totaal aantal gefactureerde verblijfsdagen per maand.
- 3) het aantal plaatsen per woning.
- 4) per zorggebruiker, de volgende gegevens:
 - a) het behandelingsnummer van de zorggebruiker, dat uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven, zoals de geboortedatum, mag bevatten. Wanneer een zorggebruiker binnen de 12 maanden volgend op zijn eerste ontslag opnieuw opgenomen wordt in begeleiding van hetzelfde initiatief van beschut wonen dan moet hetzelfde behandelingsnummer gebruikt worden, gevolgd door een volgnummer;
 - b) het geboortjaar;
 - c) het geslacht;
 - d) voor de Belgen, het bestuurlijk arrondissement van hun hoofdverblijf, en voor de vreemdelingen, hun land van herkomst.
- In afwijking op het vorig lid wordt, voor de Belgen wier hoofdverblijf gesitueerd is in de fusiegemeente Gent, Antwerpen, of in het Brussels Hoofdstedelijk gewest, de naam van de fusiegemeente of het gewest aangeduid;
- e) aantal vorige opnames in het initiatief;
- f) de datum van opname in het initiatief van beschut wonen, uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
- g) gefactureerde verblijfsdagen in chronologische volgorde, per leefeenheid uitgedrukt in aantal dagen;
- h) de aard van de opname;
- i) identificatienummer van de leefeenheid;
- j) het leefmilieu voor opname, uitgedrukt in hoofdcategorieën;
- k) de verwijzer uitgedrukt in hoofdcategorieën;
- l) vorige medische behandelingen;
- m) multidimensionele psychiatrische diagnose bij opname;
- n) de ontslagdatum uit het initiatief van beschut wonen uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
- o) bestemming van de zorggebruiker uitgedrukt in hoofdcategorieën;
- p) aard van het ontslag;
- q) multidimensionele psychiatrische problemen die nog resten bij ontslag;
- r) het onderwijsniveau uitgedrukt in hoofdcategorieën;
- s) betrokkenheid in het arbeidsproces uitgedrukt in hoofdcategorieën;
- t) aard van het inkomen uitgedrukt in hoofdcategorieën;
- u) het huidig of laatste hoofdberoep uitgedrukt in hoofdcategorieën.

In dit artikel wordt onder leefeenheid het volgende verstaan: een groep zorggebruikers die samenleven, eten, ontspannen en die verblijven in een herkenbaar architecturaal afgescheiden gebouw of deel van een gebouw terwijl zij begeleid worden door eenzelfde team van hulpverleners.

Gezien om gevoegd te worden bij artikel 8, §3 van het besluit van de Vlaamse Regering van ...,

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 3. Lijst van de bestanddelen die door het basisbudget worden gedekt

- 1° De financiële lasten van de korte termijn kredieten om de normale werking van verpleegeenheden en diensten te verzekeren;
- 2° De personeelslasten van huisbewaarders, portiers, nachtwakers, parkingbewakers, tuiniers, liftpersoneel, wagenbestuurders uitgezonderd deze van ziekenwagens;
- 3° De werkings- en onderhoudskosten van siertuinen, wegen, koeren, parkings, vervoermiddelen met uitzondering van die van ziekenwagens;
- 4° De vervoerkosten voor het:
 - Interne en externe vervoer van verbruiksgoederen;
 - Interne patiëntenvervoer;
 - Externe patiëntenvervoer op voorwaarde dat dit vervoer niet het gevolg is van een opname in een ander ziekenhuis;
 - Vervoer van bloed;
- 5° De belastingen en taksen, zoals patrimoniumtaksen, onroerende voorheffingen, belastingen op het afhalen van huisvuil en afvalstoffen of op de aansluiting op het rioolnet, alsmede die op gevaarlijke, hinderlijke en schadelijke bedrijven en op tewerkgesteld personeel;
- 6° De verzekeringskosten voor risico's van brand, waterschade en andere risico's, voor burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de instelling en van het tewerkgesteld personeel, alsook een tegemoetkoming in de verzekeringspremies 'burgerlijke beroepsaansprakelijkheid' van de artsen (inclusief het in 2005 toegevoegde budget als tegemoetkoming in de verzekeringspremies 'burgerlijke aansprakelijkheid' van de artsen);
- 7° De kosten van brandbestrijding;
- 8° De kosten van ophaling en behandeling van vuilnis en van afvalstoffen;
- 9° De kosten van erediensten en gelijkgestelde diensten;
- 10° De kosten van het mortuarium;
- 11° De kosten van personeel voor schoonmaak, technisch onderhoud en veiligheid;
- 12° De normale kosten van schoonmaak, van technisch onderhoud en van de herstelling van werkhuizen;
- 13° De kosten van water, gas en elektriciteit;
- 14° De onderhoudskosten van liften en centrale verwarming;
- 15° De kosten van personeel voor het toezicht op de verwarmingsinstallaties;
- 16° De kosten van brandstoffen, inclusief het in 2006 toegevoegde budget om de gestegen energiekost te dekken;
- 17° De herstellingskosten van de stookinstallaties;
- 18° De personeels- en werkingskosten van de directie, de administratie, de boekhouding, de personeelsdienst, het onthaal, de sociale dienst voor de patiënten (inclusief het in 2006 toegevoegde budget ter versterking van de sociale dienst), de tarificatie, de geschillen, de gecentraliseerde archieven, de kasdienst, het economaat, de magazijnen, de telefooncentrale, de deurwachters, de loopjongens en de boodschappers;
- 19° De kosten van beheer en representatie;
- 20° De informaticakosten
- 21° De kosten voor aansluiting bij ziekenhuisorganisaties;
- 22° De kantoorbenodigdheden, drukwerken en documentatie;
- 23° De verzendingskosten;
- 24° De kosten voor de werving van personeel, de kosten voor opleiding en vervolmaking en inclusief de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel;
- 25° De kosten voor het functioneren van verschillende raden en comités die ingesteld zijn krachtens de vigerende wetgeving;
- 26° De kosten van personeel en werking van wasserij en linnenkamer;
- 27° De aankoopkosten van linnen, beddengoed, wasproducten en herstellingsbenodigdheden;
- 28° De kosten van het personeel en werking van de keuken;
- 29° De aankoopkosten van voedingsproducten en dranken;

- 30°De kosten van het personeel van de dieetkeuken en de kosten voor de aankoop van dieetproducten;
- 31°De kosten van lokalen voorbehouden voor het inwonend personeel, tewerkgesteld in het ziekenhuis of de ziekenhuisdiensten;
- 32°De kosten van personeelsvoorzieningen (kleedkamers, eetzaal, eetmalen);
- 33°De aanpassing van de werkingskosten in functie van historische aanpassing van de bedcapaciteit;
- 34°De historische besparingen;
- 35°De kosten van het verplegend en verzorgend personeel;
- 36°De kosten van de courante geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 1, 1° van het K.B. van 6 juni 1960 betreffende de fabricage, de bereiding en distributie in het groot en de terhandstelling van geneesmiddelen, en de kosten van medische gassen en magistrale bereidingen;
- 37°De verbandmiddelen;
- 38°De medische verbruiksgoederen, de producten voor de zorgverlening en het klein instrumentarium;
- 39°De kosten van bewaring van bloed;
- 40°De kosten van revalidatie en herscholing met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten in de G- en Sp-diensten;
- 41°De extra kosten die verband houden met het sociale profiel van het ziekenhuis;
- 42°De kosten voor actieve verbanden;
- 43°De valorisatie van ongemakkelijke prestaties van de verpleegkundigen en de zorgkundigen werkzaam in de verpleegeenheden, de apotheek of de daghospitalisatie, overeenkomstig de toekenningsmodaliteiten voorzien in het K.B. van 28 december 2011 betreffende de uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en onregelmatige prestaties;
- 44°De kosten die voortvloeien uit de volgende situaties in daghospitalisatie:
- Voor elke toestand waarin dringende verzorging noodzakelijk is en die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt;
 - Voor elke toestand waarin, op voorschrift van de behandelende arts, een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed / bloedproduct via een intraveneus infuus;
- 45°De lasten met betrekking tot de verbetering van de kwaliteit van de zorgverstrekking zoals bedoeld in artikel 109 van de wet op de ziekenhuizen; de toegekende middelen vertegenwoordigen een deel van het budget dat door de historische buitengebruikstelling van bedden vrijgemaakt werd;
- 46°De lasten met betrekking tot het krachtens het sociale akkoord van 1989 toegekende aanvullende personeel;
- 47°De kosten van de bedrijfsrevisor;
- 48°De kosten van de hoofdgeneesheer;
- 49°De kosten van de verpleegkundige-ziekenhuishygiëne;
- 50°De kosten van de geneesheer-ziekenhuishygiëne;
- 51°De kosten van de registratie van de door de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, te bepalen gegevens betreffende de klinische en verpleegkundige activiteiten;
- 52°De kosten van de evaluatie van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteiten en de bevordering van de integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten;
- 53°De kosten van het personeel om het intern transport van patiënten te organiseren in de openbare revalidatieziekenhuizen;
- 54°De kosten die met de historische overeenkomsten van eerste tewerkstelling gepaard gaan;
- 55°De kosten van de historische verhoging van de werkgeversbijdragen voor de pensioenen in de openbare ziekenhuizen te dekken;
- 56°De kosten ter compensatie van het voordeel in de privé-sector in het kader van het historisch interprofessioneel akkoord, in de openbare revalidatieziekenhuizen;

- 57°De tussenkomst voor de proefstudie met betrekking tot de realisatie van proefstudies ter ondersteuning van de ontwikkeling van de ziekenhuisteleatica, de codering van gegevens en het gebruik van gestandaardiseerde terminologie;
- 58°De kosten van het personeel om daghospitalisatie te organiseren voor de geriatrische patiënt, zoals beschreven in afdeling III van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten;
- 59°De kosten met betrekking tot de palliatieve functie;
- 60°De kosten voor de registratie van de nosocomiale ziekenhuisinfecties;
- 61°De bijkomende kosten voor contractuele personeelsleden die gesubsidieerd worden door het interdepartementaal begrotingsfonds, ter bevordering van de werkgelegenheid;
- 62°De kosten voor het personeel ter begeleiding van het verplegend en verzorgend personeel dat pas aangeworven werd of een loopbaanonderbreking beëindigd heeft;
- 63°De kosten voor de oprichting van een mobiel team;
- 64°De kosten die voortvloeien uit de ombudsfunctie;
- 65°De kosten van het bijkomend personeel en van de externe liaisonfunctie zoals bepaald in het koninklijk besluit van 4 juni 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de afdeling 'expertisecentrum voor comapatiënten' moet voldoen om te worden erkend;
- 66°De kosten van de werving van laaggeschoolde jongeren voor de globale projecten 'veiligheid in de ziekenhuizen' bedoeld in artikel 1, 1° van het ministerieel besluit van 31 mei 2007 tot uitvoering van artikel 82 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact en tot de vaststelling van de globale projecten in de sectoren die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen;
- 67°De kosten van de bijkomende jaarlijkse premie per voltijds equivalent voor de verpleegkundigen die houder zijn van een bijzondere beroepstitel en de verpleegkundigen die zich kunnen beroepen op een bijzondere beroepsbekwaming, zoals bepaald in de ministeriële besluiten tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van deze titels en bekwaamingen opgesomd in het koninklijk besluit van 27 september 2006 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamingen voor de beoefenaars van de verpleegkunde, voor de verpleegkundigen die in het bezit waren van deze beroepstitel of beroepsbekwaamheid vóór de opheffing van de premie bepaald bij het besluit van de Vlaamse regering van 15 september 2017;
- 68°De tussenkomst voor de realisatie van het proefproject voedingsteam, het proefproject klinische pharmacie en het proefproject geriatrisch dagziekenhuis;
- 69°De werkingskosten van de ziekenhuisapotheek;
- 70°De kosten voor het antiblotherapiebeheer;
- 71°De kosten van het Medisch Farmaceutisch Comité en van het Comité voor Medisch Materiaal;
- 72°De kosten met betrekking tot de bepalingen van koninklijk besluit van 10 november 2001 tot uitvoering van artikel 100, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, inzake de sectorale akkoorden.;
- 73°De kosten van het aan statutair personeel toegekende aanvullend vakantiegeld;
- 74°De kosten van de versterking van de nachtploegen, bedoeld in punt 9.3 van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt 13 van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;
- 75°De kosten van de historische stijging van het loonsupplement voor nachtprestaties op zon- en feestdagen van 50 naar 56 %;
- 76°De kosten van een functiecomplement toegekend aan hoofdverpleegkundigen, de verpleegkundigen diensthoofd van het middenkader en de hoofdparamedici met een

- geldelijke anciënniteit van minimum 18 jaar en die de opleiding zoals vereist door de besluiten tot vaststelling van hun functie genoten hebben;
- 77°De kosten van de bijkomende betrekkingen van de mobiele equipe;
- 78°De kosten van de bijkomende tewerkstelling in functie van het sociaal akkoord van 2011;
- 79°De kosten voor de harmonisatie naar het barema 1.35 voor de zorgkundigen;
- 80°Het bedrag voor de eenpersoonskamers, waarvoor, overeenkomstig artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen, supplementen boven het budget worden geïnd en waarmee het budget van het revalidatieziekenhuis wordt verminderd, inclusief het historisch toegevoegde budget ter compensatie van het verlies aan inkomsten door het verbod om, vanaf 1 januari 2010, kamersupplementen te factureren aan patiënten die op een tweepersoonskamer verblijven;
- 81°De kosten ter compensatie van langdurig afwezig statutair personeel.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van ... (datum) tot vaststelling en vereffening van het budget van de revalidatieziekenhuizen.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 4. Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) voor de revalidatieziekenhuizen

1. Om in aanmerking te komen voor het budget, vermeld in artikel 232 en 233, moet het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD) een aantal 'Meaningful Use'-functionaliteiten bevatten, zoals hieronder gespecificeerd.
2. Er zijn zeven corefunctionaliteiten gedetermineerd. Die functionaliteiten vormen de basis van een geïntegreerd EPD en zijn de noodzakelijke fundamenten waarop andere functionaliteiten gebouwd kunnen worden.
3. Uiterlijk eind 2020 moeten de geselecteerde corefunctionaliteiten geïmplementeerd zijn.
4. De geselecteerde corefunctionaliteiten voor de revalidatieziekenhuizen zijn:

Functionaliteit	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4
Unieke patiëntenidentificatie en -beschrijving	80 %	90 %	98 %	98 %
Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt	20 %	50 %	80 %	98 %
Lijst van allergieën en intoleranties	30 %	60 %	90 %	98 %
Geneesmiddeleninteracties	ja	ja	ja	ja
Elektronische ontslagbrief	80 %	90 %	95 %	98 %
Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt	10 %	50 %	80 %	98 %
Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health	80 %	90 %	95 %	98 %

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van ... (datum) tot vaststelling en vereffening van het budget van de revalidatieziekenhuizen.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 5. Model van opnameverklaring in geval van opname in een revalidatieziekenhuis

BARCODE VAN HET
ZIEKENHUIS OM HET
DOCUMENT ELECTRONISCH
TE ARCHIVEREN

IDENTIFICATIE VAN DE
PATIENT OF KLEEFVIGNET
VAN HET ZIEKENFONDS

IDENTIFICATIE VAN HET
ZIEKENHUIS

1. Doel van de opnameverklaring: recht om geïnformeerd keuzes te maken over financiële gevolgen van de opname

Elke opname in een ziekenhuis brengt kosten met zich mee. U kan als patiënt een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op het uiteindelijke kostenplaatje. Deze kosten maakt u aan de hand van deze opnameverklaring. Het is daarom zeer belangrijk dat u het toelichtingsformulier dat u samen met dit document ontvangt, grondig leest alvorens de opnameverklaring in te vullen en te ondertekenen. Ingeval van vragen, kan u contact opnemen met **de dienst XXX met telefoonnummer XX XXX XXX**.

2. Kamerkeuze

Mijn vrije artskeuze wordt hierdoor niet beperkt.

Ik wens opgenomen en verzorgd te worden:

zonder honorariumsupplementen en zonder kamersupplement in een:

☐ gemeenschappelijke kamer

☐ tweepatiëntenkamer

☐ in een individuele kamer

met een kamersupplement van X euro per dag.

Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname in een individuele kamer **een honorariumsupplement van maximaal X %** op het wettelijk vastgelegde tarief van de medische prestaties mogen aanrekenen.

3. Opname van een kind begeleid door een ouder

☐ Ik wens dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het wettelijk vastgelegde tarief, **zonder kamersupplement en zonder honorariumsupplement. Ik weet dat de opname gebeurt in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.**

☐ Ik wens uitdrukkelijk dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd **in een individuele kamer, zonder kamersupplement.** Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname **in een individuele kamer een honorariumsupplement van maximaal X %** op het wettelijk vastgelegde tarief van de medische prestaties mogen aanrekenen.

De **hotelkosten voor mijn verblijf als ouder** (o.a. bed, maaltijden, dranken,...) **zal ik zelf betalen** volgens het tarief dat is opgenomen in de overzichtslijst van de prijzen van de courante goederen en diensten.

4. Voorschot

Bijlage 6. Model van opnameverklaring in geval van opname in een dagziekenhuis van een revalidatieziekenhuis

Opnameverklaring voor opname in dagziekenhuis: kamerkeuze en financiële voorwaarden:

BARCODE VAN HET ZIEKENHUIS OM HET DOCUMENT ELECTRONISCH TE ARCHIVEREN	IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT OF KLEEFVIGNET VAN HET ZIEKENFONDS	IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENHUIS
--	---	-------------------------------------

1. Kamersupplementen – honorariumsupplementen - voorschotten

Ik heb kennis genomen van de financiële voorwaarden en wens opgenomen te worden en verzorgd.

☐ **OFWEL tegen verbintenistarief (ZONDER honorariumsupplementen).(1)**

Ik ben er mij bewust van dat mijn vrije artskeuze hierdoor beperkt wordt en kies voor het tarief van:

☐ een gemeenschappelijke kamer zonder kamersupplement

☐ een tweepatiëntenkamer zonder kamersupplement (5)

Het ziekenhuis kan mij geen voorschot vragen (4).

☐ **OFWEL volgens de verschillende statuten van de artsen (MET eventueel honorariumsupplementen) en ik kies voor het tarief van:**

☐ een gemeenschappelijke kamer zonder kamersupplement

Ik weet dat de niet-verbonden artsen mij een honorariumsupplement van x % of € x tot x % of € x mogen aanrekenen. (2), (3)&(5)

☐ een tweepatiëntenkamer zonder kamersupplement (5)

Ik weet dat de niet-verbonden artsen mij een honorariumsupplement van x % of € x tot x % of € x mogen aanrekenen. (2), (3)&(5)

☐ in een individuele kamer (campus x)

☐ een individuele kamer (campus x)

met een kamersupplement van **X euro per dag per dag**

met een kamersupplement van **X euro**

Ik weet dat sommige artsen mij een honorariumsupplement van x % of € x tot x % of € x mogen aanrekenen. (2), (3)&(5)

Het ziekenhuis kan mij een voorschot van maximaal 1 keer het kamersupplement vragen (4).

2. Recht op informatie

☐ Ik weet dat ik het recht heb om informatie te krijgen over de financiële gevolgen van mijn keuze en om door de betrokken arts geïnformeerd te worden over de kosten die ik zelf zal moeten betalen voor de te voorziene medische behandelingen. Tevens hou ik er rekening mee dat bepaalde kosten niet op voorhand te voorzien zijn.

Ik weet dat de hierboven vermelde bedragen geïndexeerd kunnen worden. In dat geval kunnen ze van rechtswege in de loop van de ziekenhuisopname wijzigen. Ik weet eveneens dat de vermelde tarieven gelden in functie van het wettelijk stelsel van ziekte- en invaliditeitsverzekering waartoe ik behoor. Zo de opname niet valt onder de dekking van dit stelsel, moet ik de verblijfskost en de medische kosten zelf betalen en zullen de bedragen beduidend hoger liggen.

- (1) Verbintenistarief: men past de erelonen toe zoals overeengekomen in het kader van het akkoord geneesheren-ziekenfondsen, dus zonder honorariumsupplementen.
- (2) De lijst met het statuut van de artsen (verbonden of niet-verbonden) kan op eenvoudige vraag geraadpleegd worden.
- (3) De honorariumsupplementen zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis of door de dienst centrale inning. Betaal deze niet rechtstreeks aan de artsen. Aarzel niet om u te informeren over het percentage honorariumsupplement dat de betrokken arts toepast.
- (4) De betaling van het voorschot is onderhevig aan het afleveren van een ontvangstbewijs. Het (de) betaalde voorschot(ten) zal telkens van het totaalbedrag van uw factuur afgetrokken worden.

	Gemeenschappelijke kamer	Tweepatiëntenkamer	Individuele kamer
Maximumbedrag van de voorschotten	-	-	€ x

- (5) Sommige beschermde categorieën zijn in bepaalde gevallen vrijgesteld van honorariumsupplementen. Voor meer informatie omtrent de kamer- en honorariumsupplementen wordt verwezen naar het verklarend document in bijlage.
- (6) Voor een reeks behandelingen in dagziekenhuis volstaat het ons éénmalig de opnameverklaring te ondertekenen. Als patiënt heeft u de mogelijkheid om uw keuze aan te passen d.m.v. een nieuwe opnameverklaring.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van ...
(datum) tot vaststelling en vereffening van het budget van de
revalidatieziekenhuizen.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 7. Model van toelichting bij de opnameverklaring

**IDENTIFICATIE VAN HET
ZIEKENHUIS**

Toelichting bij de opnameverklaring

U kan als patiënt een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op de uiteindelijke kostprijs van uw ziekenhuisopname. Deze keuze maakt u aan de hand van de opnameverklaring.

Met dit toelichtingsdocument willen wij u informeren over de kostprijs van uw ziekenhuisopname opdat u op de opnameverklaring weloverwogen keuzes kan maken.

De kostprijs wordt bepaald door de volgende factoren:

1. De manier waarop u verzekerd bent;
2. Het type kamer waarvoor u kiest;
3. De duur van de opname;
4. De kosten voor apotheek;
5. De honoraria die de artsen en paramedici aanrekenen;
6. De kosten van eventuele bijkomende producten en diensten.

Hebt u bijkomende vragen over de kosten verbonden aan uw medische behandeling en ziekenhuisverblijf?

Neem dan in eerste instantie contact op met (*tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst*) of met uw behandelende arts.

U kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

Indien nodig kan u ook contact opnemen met de sociale dienst (*contactgegevens*) en met de ombudsdienst van ons ziekenhuis (*contactgegevens*).

Bijkomende informatie over de kosten verbonden aan uw verblijf en behandeling kan u vinden op (*website*).

In het kader van de wet "rechten van de patiënt" is elke beroepsbeoefenaar gehouden om de patiënt duidelijk te informeren over de beoogde behandeling. Deze informatie heeft ook betrekking op de financiële gevolgen van de behandeling.

1. Verzekering

Elke inwoner in België moet zich verplicht aansluiten bij een ziekenfonds. De ziekteverzekering betaalt via het ziekenfonds een deel van uw kosten voor medische behandeling en verblijf in het ziekenhuis. Als patiënt dient u een gedeelte zelf te betalen. Dit is een persoonlijk aandeel, ook remgeld genoemd. Sommige personen hebben onder meer op basis van inkomen en/of gezinssituatie recht op een **verhoogde tegemoetkoming** van het ziekenfonds (ook voorkeurtarief genoemd). Deze personen betalen bij een ziekenhuisopname een lager persoonlijk aandeel dan een gewoon verzekerde. U kan bij uw ziekenfonds navragen of u hierop recht hebt.

Personen die **niet in orde zijn** met hun verplichte ziekteverzekering moeten alle kosten van hun ziekenhuisopname zelf betalen. Die kosten kunnen zeer sterk oplopen. Het is dus van het grootste belang dat uw verplichte ziekteverzekering in orde is. Is er een probleem, dan neemt u best zo snel mogelijk contact op met uw ziekenfonds.

Bepaalde ingrepen (o.a. om **zuiver esthetische** redenen) worden niet door het ziekenfonds terugbetaald. In dit geval moet u alle kosten van uw ziekenhuisopname (medische behandeling en verblijf) volledig zelf betalen, ook als u van de verhoogde tegemoetkoming geniet. U kan terecht bij uw arts of uw ziekenfonds voor informatie over de terugbetaalbaarheid van bepaalde ingrepen.

Indien uw opname het gevolg is van een **arbeidsongeval**, dan moet u dat bij uw opname meedelen. Indien de arbeidsongevallenverzekering het ongeval erkent, zal zij de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis betalen. Bepaalde kosten worden nooit door de arbeidsongevallenverzekering vergoed, bijvoorbeeld de supplementen voor een éénpersoonskamer. Die moet u zelf betalen.

Indien u een **bijkomende hospitalisatieverzekering** heeft, dan kan uw verzekeringsmaatschappij eventueel bijkomend tussenkomen in de kosten van uw ziekenhuisopname. Enkel uw verzekeringsmaatschappij kan u informeren over de kosten die zij al dan niet zullen terugbetalen. Informeer u daarom bij uw verzekeraar.

Indien u zichzelf niet terugvindt in één van de gevallen hierboven beschreven (bijvoorbeeld: patiënt ten laste van een OCMW, patiënt verzekerd in een andere lidstaat van de Europese Unie, ...) neem dan contact op met de sociale dienst van het ziekenhuis om verder informatie te verkrijgen over uw rechten.

2. Kamerkeuze

Het type kamer dat u kiest voor uw verblijf in het ziekenhuis is bepalend voor de kostprijs van uw ziekenhuisopname. Deze kamerkeuze heeft geen invloed op de kwaliteit van de zorgverstrekking en ook niet op uw vrije keuze van arts.

Als patiënt kan u kiezen voor:

- een gemeenschappelijk kamer
- een tweepatiëntenkamer
- een individuele kamer

Als u bij een opname met overnachting verblijft in een gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer betaalt u **geen kamersupplementen en geen honorariumsupplementen**.

Als u uitdrukkelijk kiest voor een verblijf in een individuele kamer (en er ook effectief verblijft), mag het ziekenhuis **kamersupplementen** en de artsen **honorariumsupplementen** aanrekenen. Het verblijf in een individuele kamer kost dus meer dan het verblijf in een gemeenschappelijke of een tweepatiëntenkamer.

Bij de keuze voor een bepaald kamertype verklaart u zich akkoord met de ermee gepaard gaande financiële voorwaarden inzake kamersupplementen en honorariumsupplementen.

- Indien u buiten uw wil verblijft in een duurder kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarvoor u heeft gekozen (bijvoorbeeld: u kiest een gemeenschappelijke kamer en wegens onbeschikbaarheid krijgt u een individuele kamer, dan gelden de voorwaarden van de gemeenschappelijke kamer).
- Indien u buiten uw wil verblijft in een minder duur kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarin u effectief verblijft (bijvoorbeeld: u kiest een individuele kamer en wegens onbeschikbaarheid krijgt u een gemeenschappelijke kamer, dan gelden de voorwaarden van de gemeenschappelijke kamer, ook als u alleen verblijft op deze gemeenschappelijke kamer).

3. Kosten voor verblijf

1. Wettelijk persoonlijk aandeel per dag

Ongeacht de kamerkeuze, betaalt u voor uw verblijf en verzorging in het ziekenhuis per dag een wettelijk vastgelegd persoonlijk aandeel.

	Rechthebbende met voorkeurtarief	Kind, persoon ten laste	Langdurig werkloze (alleenstaand of gezinshoofd) en zijn persoon ten laste	Andere rechthebbende
1 ^{ste} dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag

Vanaf de 2^{de} dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag
Vanaf de 91^{ste} dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag

In ons ziekenhuis bedraagt de verblijfskost xx euro per dag opname. Indien u niet in regel bent met uw ziekenfonds moet u dit volledig zelf betalen.

2. Kamersupplement per dag

Bij een verblijf in een *gemeenschappelijke kamer of tweepatiëntenkamer* is het wettelijk verboden kamersupplementen aan te rekenen.

Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en daar ook effectief verblijft, kan het ziekenhuis u een kamersupplement aanrekenen. Het kamersupplement in ons ziekenhuis bedraagt:

- X euro/dag (dienst x of campus x)
- Y euro/dag (dienst x of campus y)

In de volgende uitzonderlijke situaties is het wettelijk verboden een kamersupplement aan te rekenen aan de patiënt:

- Wanneer uw behandelende arts oordeelt dat een opname in een individuele kamer medisch noodzakelijk is;
- Wanneer u wegens organisatorische redenen in een individuele kamer verblijft omdat het gekozen kamertype niet beschikbaar is;
- Wanneer u opgenomen wordt in of overgebracht naar een eenheid intensieve zorg of de spoedgevaldienst, voor de duur van het verblijf in die eenheid;
- Wanneer een kind wordt opgenomen samen met een begeleidende ouder.

4. Kosten voor apotheek

Deze kosten omvatten de geneesmiddelen, implantaten, prothesen, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen enz.

Ongeacht het kamertype kunnen deze kosten gedeeltelijk of volledig ten laste zijn van de patiënt.

Voor de geneesmiddelen waarvoor de ziekteverzekering tussenkomt betaalt u per dag een vast persoonlijk aandeel ("forfait") van 0,62 euro. Op uw ziekenhuisfactuur is dit bedrag verrekend bij de verblijfskosten. Hierin zijn een groot aantal geneesmiddelen inbegrepen, die niet afzonderlijk worden gefactureerd. U moet dit forfait steeds betalen, ongeacht of en welke geneesmiddelen u werkelijk verbruikt.

De geneesmiddelen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt, zijn niet in dit forfait opgenomen en moet u volledig zelf betalen. Zij worden apart op de factuur vermeld.

De kosten van sommige implantaten, prothesen, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen,... moet u ook gedeeltelijk of volledig zelf betalen. De kostprijs ervan is afhankelijk van het type en van het materiaal waaruit zij vervaardigd zijn. Deze materialen en producten worden door de arts voorgeschreven. U kan bij uw arts terecht voor informatie over de aard en de prijs ervan.

5. Kosten voor de honoraria van artsen

1. Wettelijk tarief

Het officieel of wettelijk tarief, is het honorarium dat de arts mag aanrekenen aan de patiënt. Dit honorarium bestaat uit twee delen:

- het bedrag dat de ziekteverzekering terugbetaalt
- het wettelijk persoonlijk aandeel (= het bedrag dat je als patiënt zelf moet betalen). Soms wordt de volledige prestatie terugbetaald door de ziekteverzekering en is er geen persoonlijk aandeel verschuldigd.

Er bestaan ook prestaties waarvoor er geen tussenkomst van de ziekteverzekering is en waarvoor de arts het honorarium vrij kan bepalen.

2. Wettelijk persoonlijk aandeel

Ongeacht de kamerkeuze, dient u voor uw (para)medische behandeling het wettelijk vastgelegd persoonlijk aandeel te betalen (= remgeld). Het wettelijk vastgelegd persoonlijk aandeel geldt voor alle patiënten die in orde zijn met hun ziekteverzekering. Personen die niet in orde zijn met hun

verplichte ziekteverzekering moeten immers alle kosten van hun ziekenhuisopname zelf betalen (zie punt1).

3. Honorariumsupplement

Bovenop het wettelijk tarief kunnen de ziekenhuisartsen ook honorariumsupplementen aanrekenen. Deze honorariumsupplementen zijn volledig ten laste van de patiënt, hiervoor is geen tussenkomst vanuit de ziekteverzekering voorzien.

Indien u tijdens een opname met overnachting verblijft in een *gemeenschappelijke kamer of tweepatiëntenkamer* is het wettelijk verboden honorariumsupplementen aan te rekenen. Het maximum honorariumsupplement dat in ons ziekenhuis aangerekend wordt, is terug te vinden in de opnameverklaring en bedraagt ...%.

Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en er ook effectief verblijft, kunnen alle artsen u honorariumsupplementen aanrekenen.

- Het bedrag dat een arts in ons ziekenhuis mag aanrekenen als honorariumsupplement is maximaal xx % van het wettelijk vastgelegd tarief. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling (anesthesist, chirurg,...) kan een ereloonsupplement aanrekenen.

In de volgende uitzonderlijke situaties is het wettelijk verboden een honorariumsupplement aan te rekenen aan de patiënt:

- Wanneer uw behandelend arts oordeelt dat een opname in een individuele kamer medisch noodzakelijk is;
- Wanneer u in een individuele kamer verblijft omdat het gekozen kamertype wegens organisatorische redenen niet beschikbaar is;
- Wanneer u opgenomen wordt in of overgebracht wordt naar een eenheid intensieve zorg of de spoedgevallendienst, voor de duur van het verblijf in die eenheid.

4. Opname van kind met begeleidende ouder

U kan bij de opname van uw kind samen met een begeleidende ouder ervoor kiezen dat uw kind onder uw begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het wettelijk tarief, zonder kamersupplement en zonder honorariumsupplement.

De opname van uw kind met de begeleidende ouder zal dan gebeuren in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.

Indien u bij de opname van uw kind samen met een begeleidende ouder uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en ook effectief op een individuele kamer verblijft, mag het ziekenhuis u geen kamersupplement aanrekenen. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling kan u eventueel wel een honorariumsupplement aanrekenen.

5. Schematisch overzicht van de supplementen bij een opname met overnachting

	Keuze voor gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer	Keuze voor individuele kamer
<u>Kamersupplement</u>	<u>NEEN</u>	<u>JA</u> NEEN, indien: <ul style="list-style-type: none">- Uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen;- U gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer en die niet beschikbaar is;- U verblijft op de dienst intensieve zorgen of op de spoedgevallendienst;- Het een opnamen van een kind betreft, samen met een begeleidende ouder.
		<u>JA</u>

Honorariumsupplement	NEEN	NEEN, indien: <ul style="list-style-type: none"> - Uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen; - U gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer en die niet beschikbaar is; - U verblijft op de dienst intensieve zorgen of op de spoedgevallendienst;
-----------------------------	-------------	---

6. Facturatie

Alle honorariumsupplementen zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis.

Betaal deze nooit rechtstreeks aan de arts.

Aarzel niet om uw behandelende arts naar informatie te vragen over de honorariumsupplementen die hij toepast.

6. Diverse ander kosten

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis kan u om medische en/of comfortredenen gebruik maken van een aantal producten en diensten (bv. Telefoon, water, internet, enz.). Ook de kosten voor het verblijf (bedlinnen, maaltijden, enz.) van een begeleidend persoon die niet als patiënt is opgenomen en die bij u op de kamer verblijft, zullen als "diverse kosten" aangerekend worden.

Ongeacht het kamertype zijn deze kosten volledig ten uwen laste.

Een lijst met de prijzen van deze producten en diensten ligt ter inzage (*exacte plaats in het ziekenhuis in te vullen*) en kan ook geconsulteerd worden op de website van het ziekenhuis.

U krijgt hierna enkele voorbeelden van veel gevraagde diensten en producten:

- kamercomfort: telefoon, ijskast, televisie en internetaansluiting;
- eten en drinken: bijkomende maaltijden, tussendoortje, snacks en dranken;
- hygiënische producten: basistoiletproducten (zeep, tandpasta, eau de cologne, ...) en basistoiletgerief (kam, tandenborstel, scheergerei, papieren zakdoekjes, ...);
- was (persoonlijk wasgoed);
- begeleider: bezetting van een kamer of bed, maaltijden en dranken;
- andere diverse goederen en diensten: andere veel gevraagde goederen (papflessen, spenen, borstpomp, krukken, oordopjes, kleine bureaubenodigheden, ...) en veel gevraagde diensten (manicure, pedicure, kapper, ...),...

7. Voorschotten

Het ziekenhuis kan per verblijfsperiode van 7 dagen een voorschot vragen. De hoogte van de voorschotten is wettelijk beperkt.

	Rechthebbende met voorkeurtarief	Kinderen als persoon ten laste	Andere rechthebbende
Gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer	50 euro	75 euro	150 euro
Individuele kamer	X euro	X euro	X euro

Als het ziekenhuis op de hoogte is dat u van het voordeel van de maximumfactuur geniet, mag er enkel een voorschot worden gevraagd voor een verblijf op een individuele kamer en niet voor een verblijf op een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.

8. Varia

Alle in dit document vermelde bedragen kunnen geïndexeerd worden en daardoor in de loop van de opname wijzigen.
De bedragen gelden voor patiënten die in regel zijn met hun verplichte ziekteverzekering (zie punt1).

Hebt u nog vragen over de kosten verbonden aan uw medische behandeling en ziekenhuisverblijf?

Neem dan in eerste instantie contact op met (*tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst*) of met uw behandelende arts.

U kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

Indien nodig kan u ook contact opnemen met de sociale dienst (*contactgegevens*) en met de ombudsdienst van ons ziekenhuis (*contactgegevens*).

Bijkomende informatie over de kosten verbonden aan uw verblijf en behandeling kan u vinden op (*website*).

In het kader van de wet "rechten van de patiënt" is elke beroepsbeoefenaar gehouden om de patiënt duidelijk te informeren over de beoogde behandeling. Deze informatie heeft ook betrekking op de financiële gevolgen van de behandeling.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van ...
(datum) tot vaststelling en vereffening van het budget van de
revalidatieziekenhuizen.

Brussel, ... (datum).

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 8. Model volgens welke de gegevens, vermeld in artikel 256, 4°, moeten worden aangeleverd

1. Identificatiegegevens

Naam van het revalidatieziekenhuis:

Erkenningsnummer:

2. Maandelijkse gegevens die elk kwartaal moeten worden doorgegeven:

Maand:	G	Sp card pulm	Sp loco	Sp neuro	Sp chron	Sp psycho ger	totaal
2.1. Aantal erkende bedden							
2.2. Aantal gerealiseerde ligdagen							
2.2.1. De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten							
2.2.2. Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten							
2.2.3. Het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten							
2.2.4. De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen							
2.2.5. De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen							
2.2.6. De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering							
2.2.7. De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen							
2.2.8. Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in artikel 20 §1							
2.2.9. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor wat betreft de overzeese sociale zekerheid							
2.2.10. Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers							
2.2.11. zeevarenden							
2.2.12. Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in artikel 23							
2.2.13. Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn							
2.2.14. Algemeen totaal							
2.3. Aantal opnames							
2.3.1. De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten							
2.3.2. Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten							
2.3.3. Het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten							
2.3.4. De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen							
2.3.5. De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen							
2.3.6. De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering							
2.3.7. De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen							
2.3.8. Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in artikel 20 §1							
2.3.9. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor wat betreft de overzeese sociale zekerheid							

2.3.10.	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers							
2.3.11.	zeevarenden							
2.3.12.	Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in artikel 23							
2.3.13.	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn							
2.3.14.	Algemeen totaal							
2.4.	Aantal ontslagen							
2.4.1.	De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten							
2.4.2.	Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten							
2.4.3.	Het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten							
2.4.4.	De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen							
2.4.5.	De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen							
2.4.6.	De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering							
2.4.7.	De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen							
2.4.8.	Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in artikel 20 §1							
2.4.9.	Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor wat betreft de overzeese sociale zekerheid							
2.4.10.	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers							
2.4.11.	zeevarenden							
2.4.12.	Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in artikel 23							
2.4.13.	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn							
2.4.14.	Algemeen totaal							

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van ... (datum) tot vaststelling en vereffening van het budget van de revalidatieziekenhuizen.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN