



DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

BISNOTA AAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering ter uitvoering van het decreet betreffende de overname van de psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire equipes voor palliatieve verzorging. Principiële goedkeuring

Bijlagen:

- het principiële goed te keuren voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering;
- het advies van de Inspectie van Financiën van 26 juni 2018;
- het begrotingsakkoord van 16 juli 2018.

1. INHOUDELIJK

Met voorliggende voorontwerp van besluit wordt het decreet betreffende de overname van de psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging ('overnamedecreet' hierna) uitgevoerd.

Het ontwerp van overnamedecreet zoals definitief goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 27 april 2018 zorgt voor continuïteit voor de volgende sectoren die n.a.v. de 6de staatshervorming werden overgedragen naar Vlaanderen: de revalidatieziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), de initiatieven voor beschut wonen (IBW), de revalidatieovereenkomsten en reiskosten en tot slot de multidisciplinaire begeleidingsequipes (MBE -voor palliatieve zorg).

In het overnamedecreet wordt de decretale grondslag gelegd voor de verderzetting van de huidige regeling en dit vanaf 1 januari 2019. Er werd voor deze sectoren gekozen voor behoud 'as is' van de huidige administratieve processen en de financiering via ziekenfondsen en geldende tarieven. Indien mogelijk werden wel administratieve vereenvoudigingen doorgevoerd of wordt al aanhechting gemaakt met de toekomstige procedures in de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). Bijvoorbeeld: de wijze waarop het Budget financiële middelen van de ziekenhuizen wordt berekend werd vereenvoudigd. Ook de aanvraagprocedure tot opname/behandeling werd vereenvoudigd voor de revalidatieovereenkomsten en ook werd al een aanhechting gemaakt met de Zorgkassencommissie voorzien in VSB. Deze overgangsregeling zal minstens twee jaar duren waarna deze sectoren ook in VSB zullen 'ingekanteld' worden.

De keuze voor overname 'as is' voor deze sectoren lijkt op het eerste zicht een eenvoudige oefening in 'copy - paste' maar is dit in de feiten helemaal niet. De huidige federale regelgeving van toepassing voor deze sectoren is immers zeer complex, verdeeld

over verschillende KB's, MB's, omzendbrieven, verordeningen, wetten, enz. De expertise is daarenboven zeer gesegmenteerd en niet steeds voorhanden en weinigen hebben nog een totaal overzicht over 'de ZIV' in al zijn facetten wat het geheel redelijk hermetisch maakt.

Toch werd, waar mogelijk en er de tijd voor was, ook administratieve vereenvoudigingen doorgevoerd. De manier van berekening van het budget financiële middelen voor de revalidatieziekenhuizen werd bijvoorbeeld helemaal herzien en vereenvoudigd.

De bestaande regelgeving ('as is) werd dus zoveel mogelijk behouden. De teksten in het BVR zijn dan ook vaak redelijk technisch en complex. De volgende jaren worden deze bij het inkantelen in VSB hervormd. Dit traject zal gelet op de complexiteit van de huidige financieringsmechanismen enige tijd vragen.

Hierna volgt een bespreking per onderdeel van het BVR. Het BVR is opgebouwd uit 6 onderdelen:

- Algemeen deel
- PVT en IBW
- Revalidatievoorzieningen
- Revalidatieziekenhuizen
- Multidisciplinaire begeleidingsequipes
- Slotbepalingen

Om de leesbaarheid van het decreet te bevorderen wordt in het volgende schema een overzicht geven per sector wat er specifiek verandert tov de huidige bestaande reglementering.

Deel 2: Psychiatrische verzorgingstehuizen

Er een overname van de AS IS toestand behalve voor het volgende:

AS IS	nieuw	
Erkenning aantal bedden	Erkenning opnamecapaciteit	Art 71
zorg	Herstelondersteunende zorg	Art 72
Brandveiligheid	bijkomende Eisen	Art 112
Opnameprijs	Dag herstelondersteunende zorg	Art 112
Prijsbepaling	Behalve B3 voor MPZ registratie	Art 117
1 dag huisvesting	1 dag herstelondersteunende zorg	Art 122

Deel 3: Initiatieven beschut wonen

Er is een overname van de AS IS toestand behalve voor het volgende:

AS IS	nieuw	
Erkende plaatsen op basis van huisvesting	Zorgbegeleidingscapaciteit + huisvestingscapaciteit	Art 124
Geen minimum grootte	Miniumum 64 plaatsen (in 2022)	Art 124
Met woonst voorziening	Kan eigen woning of huurwoning zijn of huisvestiging	Art 124
Groeps of individuele begeleiding	Geen onderscheid meer	Art 154

Deel 4: Revalidatievoorzieningen

Dit is een overzicht van alle artikels met telkens de aanduiding of het gaat over een toestand AS IS of over een nieuwe toestand.

RIZIV conventie: AS IS	revalidatieovereenkomst	Art.
Verzekeringscomité van het RIZIV kan conventies afsluiten: obv bepaling ZIV wet	Behoud AS IS: Minister of Agentschap kan overeenkomsten afsluiten: obv bepaling decreet	159 160
Procedure voor het afsluiten van een conventie is niet beschreven: in de praktijk gebeurt dit in overleg tussen CGD en voorziening / akkoordraad	Behoud AS IS: Procedure voor het afsluiten van een overeenkomst: Advies expertencommissie Advies sectorale adviescommissie	159 tot 175
Procedure voor het stopzetten van een conventie: vermeld in de conventie, via aangetekend schrijven van één der partijen	Procedure voor het stopzetten van een overeenkomst: Advies expertencommissie Advies sectorale adviescommissie Maatregelen voor de continuïteit van zorg voor de zorggebruikers Opleggen van voorlopige maatregelen bij onmiddellijk, reëel en ernstig gevaar	176 tot 192
Tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen: geregeld per voorziening in de conventie	Behoud AS IS: Rekenregels voor het bepalen van de jaarenveloppe, rekening houdend met de eenheidsprijs, het theoretisch aantal eenheidsprestaties en de normale en de maximale facturatiecapaciteit	193
Indexering van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen: geregeld in de conventie	Behoud AS IS: indexering van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen	194
Aanpassing tegemoetkoming ingevolge anciënniteit personeel: geregeld in de conventie	Behoud AS IS: aanpassing ingevolge anciënniteit personeel	195
Tegemoetkoming voor reiskosten voor jongeren < 18 jaar: geregeld in K.B.	Behoud AS IS: tegemoetkoming voor reiskosten voor jongeren < 18 jaar	196 197
Tegemoetkoming voor reiskosten voor aangepast rolstoelvervoer: geregeld in K.B.	Behoud AS IS: tegemoetkoming voor aangepast rolstoelvervoer	198 tot 203
Indexering tegemoetkoming reiskosten: geregeld in K.B.	Behoud AS IS: indexering tegemoetkoming reiskosten	204
Aanvraag tot tegemoetkoming: geregeld in conventie	Aanvraag tot tegemoetkoming: Behoud AS IS: 30 dagen regel Standaardisatie aanvraagformulier Medische controle door zorgkassencommissie ipv door Adva Invoering vereenvoudigde aanvraagprocedure Voorzien van de mogelijkheid tot a posteriori controle	205 tot 215
Remgeld: geregeld in K.B.	Behoud AS IS: eigen bijdrage	216

		en 218 tot 222
Supplementen: geregeld in K.B.	Behoud AS IS: extra vergoedingen	217
Revalidatieverstrekingen in het buitenland: college artsen directeurs exclusieve bevoegdheid revalidatie	Behoud AS IS: revalidatieverstrekingen in het buitenland Voorwaarden voor tegemoetkoming revalidatieverstreking en reiskosten Tegemoetkoming is het gewogen gemiddelde van de tegemoetkoming in Vlaanderen Berekeningswijze tegemoetkoming reiskosten Aanvraag via een standaardformulier Eensluitend advies expertencommissie	223 tot 235

Deel 5:Revalidatieziekenhuizen

Budget Financiële Middelen (BFM)	Budget Revalidatieziekenhuizen (BRZ)	Art.
Dienstjaar van 1 juli tot 30 juni	Dienstjaar van 1 januari tot 31 december	236
deel A, met drie onderdelen, deel B, met negen onderdelen en deel C, met vier onderdelen met ongeveer 100 "lijnen"	Deel basisbudget Deel voorwaardelijk budget, met twee onderdelen Deel jaarlijks herrekenende budget, met twee onderdelen Deel corrigerende budget Met 11 "lijnen"	237
Ongeveer 100 lijnen	Samenvoeging van alle lijnen die in het verleden ongewijzigd zijn gebleven tot basisbudget	238 239
Budget kwaliteit en veiligheid (o.b.v. contract met FOD)	behoud AS IS: Budget kwaliteitsbewaking (o.b.v. contract Z&G)	241
Budget implementatie EPD	behoud AS IS: Budget implementatie EPD	242 tot 246
Budget eindeloopbaanmaatregelen: Provisioneel bedrag met later herzieningen	Zelfde rekenregels Berekening voor laatst gekende dienstjaar (2017), waardoor stopzetting provisionele bedragen en herzieningen	248
Budget attractiviteitspremie Provisioneel bedrag met later herzieningen	Zelfde rekenregels Berekening voor laatst gekende dienstjaar(2017), waardoor stopzetting provisionele bedragen en herzieningen	249
Bedrag correcties voorbije dienstjaren	Behoud AS IS: bedrag correcties voorbije dienstjaren	251
Bedrag herzieningen eindeloopbaan en attractiviteitspremie	Nog nodig om herzieningen voorbije jaren (vóór 2017) te kunnen liquideren	252
Bedrag herziening vast en	Behoud AS IS: bedrag herziening vast en	253

variabel gedeelte	variabel gedeelte	
Aanpassing BFM i.g.v. wijziging van beddenhuis	Behoud AS IS: aanpassing BFM i.g.v. wijziging van beddenhuis	254
Indexering	Behoud AS IS: indexering Vereenvoudiging: stopzetten indexprognose	255
Kennisgeving van het BFM met zware procedure i.g.v. bezwaar via NRZV	Kennisgeving van het BRZ met vereenvoudigde procedure i.g.v. bezwaar	256
Vereffening van het BFM: Vast gedeelte via twaalfden Variabel gedeelte via facturatie verpleegdagen	Behoud AS IS: vereffening van het BRZ: Vast gedeelte via twaalfden Variabel gedeelte via facturatie verpleegdagen	257 tot 260
Sanctiebepalingen	Behoud AS IS: sanctiebepalingen	261 262
Verklaring bij opname	Behoud AS IS: verklaring bij opname	263 tot 266
Opvragen van gegevens	Reductie van de hoeveelheid aan gegevens die wordt opgevraagd Stopzetting van de MZG gegevens, te vervangen door relevante gegevens i.v.m. doelgroep en gegevens kwaliteitsopvolging Alle gegevens worden op één moment gevraagd (standaardisatie)	267 tot 272

Deel 6: Multidisciplinaire begeleidingsequipes

Er is een overname van de AS IS toestand maar met enkele uitzonderingen:

As IS	Nieuw	artikel
Procedure via College Artsen Directeurs, riziv	Zoals hierboven de revalidatieovereenkomsten, via de expertencommissie en de sector advies commissie (kamer in de sac van de eerste lijn)	Art 275 tot 288
3 maand opzegtermijn via de overeenkomst	Uitvoerige procedure nu via BVR	Art 289 tot 305
Thuismilieu	Thuismilieu of thuisvervangend milieu	Art 321
Uitsluitend weekdagen	Uitgebreid naar ook zaterdag	Art 334

2. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

a. Deel 1: Algemeen deel

Artikel 1

Artikel 1 bevat de definities die nodig zijn om een vlotte leesbaarheid van het besluit mogelijk te maken. Het gaat hier om de definities van begrippen die doorheen de volledige tekst van het besluit voorkomen. Begrippen die slechts in één enkel artikel voorkomen, eventueel meermaals, worden conform de beginselen van wetgevingstechniek opgemaakt door de Raad van State in het betreffende artikel omschreven.

Artikel 2

Artikel 2 van het besluit bepaalt de voorwaarden en modaliteiten waaronder de verzekeringsinstellingen de opdrachten vervullen die hun door het decreet van [...] zijn toevertrouwd. Hiermee voert de Regering artikel 6 van het decreet van [...] uit. Die voorwaarden en modaliteiten worden verder geconcretiseerd in de overeenkomst die de Vlaamse regering met elk van de verzekeringsinstellingen sluit.

Artikel 3

In uitvoering van artikel 8 van het decreet van [...] legt het besluit in artikel 3, paragraaf 1 de duur van die overeenkomst op drie jaar vast.

Artikel 3, paragrafen 2 en 3 van het besluit sommen de taken respectievelijk de doelstellingen op die de verzekeringsinstellingen bij de uitoefening van hun opdrachten uitvoeren respectievelijk nastreven.

Paragraaf 4 van artikel 3 van het besluit legt vervolgens vast op welke manier het Agentschap opvolgt in welke mate de verzekeringsinstellingen de doelstellingen bij de uitvoering van hun opdrachten naleven en welke boekhoudkundige en statistische gegevens de verzekeringsinstellingen hiertoe aan het Agentschap overmaken. Indien aanpassingen nodig zijn, kan de Vlaamse Regering hiervoor een vergoeding voorzien voor de verzekeringsinstellingen.

Artikel 3, paragrafen 5 en 6 van het besluit verplichten de verzekeringsinstellingen ten slotte om de boekhoudkundige verplichtingen na te leven, zoals die zijn bepaald in de artikelen 29 en 30 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen.

Artikel 4

Het decreet van [...] bepaalt dat elke verwerking van persoonsgegevens dient te geschieden in overeenstemming met de regelgeving inzake privacy en gegevensbescherming. Elk orgaan dat een rol te spelen heeft bij de tegemoetkoming voor de zorg verstrekt in PVT's, IBW's, revalidatievoorzieningen, revalidatieziekenhuizen en MBE's, verwerkt dan ook enkel die persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de bij of krachtens het decreet toevertrouwde opdrachten. Dit geldt dus voor het Agentschap, de verzekeringsinstellingen, de zorgvoorzieningen, de Expertcommissie en de Zorgkassencommissie. Ook de verwerkingswijze moet conform zijn aan de geldende privacyregels.

In artikel 4 van het besluit worden daartoe conform artikel 13 van het decreet van [...] op limitatieve wijze de persoonsgegevens van zorggebruikers opgesomd die de diverse actoren verwerken voor de uitvoering van hun opdrachten bedoeld in het decreet van [...]. Eveneens wordt gewezen het uitgangspunt in de privacyregelgeving dat persoonsgegevens niet langer mogen worden bewaard dan noodzakelijk is voor de verwezenlijking van de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt.

Ook somt artikel 4 van het besluit op welke gegevens het Agentschap bij de verzekeringsinstellingen, de zorgvoorzieningen, de Expertcommissie en de Zorgkassencommissie kan opvragen met het oog op de analyse van die gegevens voor evidence based beleidsvoering.

Artikelen 5 tot en met 8

Conform artikel 15 van het decreet van [...] zijn de verzekeringsinstellingen gehouden zich tot het Rijksregister van de natuurlijke personen te richten om de informatiegegevens, vermeld in artikel 3, eerste en tweede lid, van de wet van 8

augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, te verkrijgen of om de juistheid van deze informatiegegevens na te gaan. Deze informatiegegevens worden in een elektronisch bestand opgeslagen en aan het dossier toegevoegd, en hebben bewijswaarde tot bewijs van het tegendeel.

De artikelen 5 tot en met 8 van het besluit werken de voorwaarden en procedures uit volgens welke deze informatiegegevens moeten worden bewaard om hun bewijswaarde naar herkomst en datum te garanderen. Ze zijn gebaseerd op het Koninklijk besluit van 10 oktober 1994 tot uitvoering van artikel 8 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Zo wordt de eenvormigheid en continuïteit bewerkstelligd. Er wordt een tweeledig systeem opgezet.

In de betrekkingen tussen het Agentschap en de verzekeringsinstellingen enerzijds, en derden anderzijds, vereist artikel 5 van het besluit voor de bewijswaarde dat de informatiegegevens verkregen bij het Rijksregister worden opgetekend op een gedateerd en gevalideerd elektronisch bestand. Indien het bestand niet voor het gebruik van het gegeven opgemaakt wordt, bevat het een verwijzing naar de historiek van het gegeven zoals bijgehouden in het Rijksregister of, in voorkomend geval, in de Vlaamse gegevensbank. Vergelijkbaar met de regeling voorzien in voormeld Koninklijk besluit wijst de bevoegde autoriteit van elke verzekeringsinstelling en van het Agentschap de personeelsleden aan die gemachtigd zijn tot het waarmerken van het elektronisch bestand.

Artikel 6 van het besluit bepaalt dat in de betrekkingen tussen de verzekeringsinstellingen en het Agentschap de informatiegegevens verkregen bij het Rijksregister en opgenomen op een elektronisch bestand bewijswaarde hebben indien deze informatiegegevens voorkomen in een Vlaamse gegevensbank waarin een historiek wordt bijgehouden van alle mededelingen van die gegevens vanuit het Rijksregister. Voorliggend besluit voorziet in de voorwaarden waaraan deze gegevensbank moet voldoen.

Ook voorzien de artikelen 7 en 8 van het besluit in een overgangssysteem in afwachting van de oprichting van deze Vlaamse gegevensbank, om de bewijswaarde van de informatiegegevens te garanderen.

Artikelen 9 tot en met 13

De artikelen 9 tot en met 13 van het besluit bepalen de voorwaarden waaronder de documenten voor de tegemoetkomingen in elektronische versie bewijswaarde hebben en hun papieren equivalent kunnen vervangen. De door de verzekeringsinstellingen elektronisch overgemaakte gegevens hebben enkel bewijswaarde indien de gebruikte software goedgekeurd is door MyCarenet op basis van een aantal criteria zoals performantie en veiligheid die zijn bepaald in het MyCarenet-vademecum. De minister kan nadere modaliteiten bepalen.

Om de continuïteit en de eenvormigheid op het terrein te garanderen, is het in de artikelen 9 tot en met 13 van het besluit uitgewerkte systeem gebaseerd op het Koninklijk besluit van 10 oktober 1994 tot uitvoering van artikel 8 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 14

Dit artikel bepaalt dat de in dit hoofdstuk vastgelegde procedure voor de aanvraag van tegemoetkomingen geldt met behoud van de toepassing van andersluidende bepalingen in dit besluit.

Artikel 15

Artikel 15, §1, van het besluit bepaalt de voorwaarden waaronder en de procedure volgens de welke de aanvraag om een tegemoetkoming voor zorg wordt ingediend. Zoals in artikel 25septies van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gebeurt de aanvraag bij de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is ingeschreven of aangesloten. De aanvraag gebeurt door de zorgvoorziening tot wie de zorggebruiker zich wendt en niet door zorggebruiker zelf, omdat via de derdebetalersregeling wordt gewerkt. Uiteraard gaat het hier om een regeling die algemeen is gehouden en kan aangevuld of verbijzonderd worden in één of meer van de verschillende sectoren.

Dit artikel belast de verzekeringsinstelling met de controle van de verzekeringsstatus van de zorggebruiker als rechthebbend en dit volgens de geldende federale regels van de verzekerbaarheid. De verzekeringsinstelling vraagt indien nodig ontbrekende informatie op.

De aanvraag gebeurt rechtstreeks aan één centraal contactpunt, dat wordt bepaald door de verzekeringsinstelling. Voor de revalidatieziekenhuizen kan de verzekeringsinstelling één centraal contactpunt per revalidatieziekenhuis bepalen.

Per sector van zorgvoorzieningen bedoeld in artikel 3 van het decreet van [...] en na advies van de Expertencommissie kunnen de gevallen bepaald worden waaronder de verzekeringsinstelling de aanvraag overmaakt aan de Zorgkassencommissie binnen de 15 werkdagen na ontvangst van de aanvraag.

Indien de aanvraag wordt overgemaakt aan de Zorgkassencommissie, maakt die binnen de twintig werkdagen na ontvangst van de aanvraag een eensluitend advies over aan de verzekeringsinstelling. Binnen die termijn kan de Zorgkassencommissie ontbrekende informatie opvragen. Indien de Zorgkassencommissie ontbrekende informatie opvraagt, wordt de termijn van twintig werkdagen geschorst. De termijn begint opnieuw te lopen van de werkdag volgend op de dag van ontvangst van de ontbrekende informatie.

Artikel 16

In uitvoering van artikel 25 van het decreet van [...] bepaalt artikel 16 van het besluit dat de Zorgkassencommissie op aansturing van het agentschap controles uitvoert op de conformiteit van de verleende zorg. Daartoe kan de Zorgkassencommissie alle nodige informatie opvragen bij de zorggebruiker, de verzekeringsinstelling, de zorgvoorziening en de vervoerder. Deze zijn verplicht om deze informatie aan de Zorgkassencommissie te bezorgen. Zodoende kan deze commissie haar taak naar behoren vervullen.

De Zorgkassencommissie brengt verslag uit aan het agentschap over de steekproefsgewijze en a posteriori controles, en aan de verzekeringsinstelling over de a priori controles. De minister kan hiertoe nadere modaliteiten bepalen.

Artikel 17

In een eerste paragraaf van artikel 17 van het besluit wordt voor de revalidatieziekenhuizen gestipuleerd dat zij, zoals onder toepassing van artikel 7, §2 van de Verordening van 28 juli 2003, die kennisgeving versturen binnen drie werkdagen na de dag van de opname via MyCareNet. Duurt de opname langer dan vijftien kalenderdagen, dan verstuurt het revalidatieziekenhuis uiterlijk de vijftiende dag van de opname een aanvraag om verlenging. Telkens wanneer de opname langer duurt dan het door de verzekeringsinstelling vastgestelde tijdvak, zendt het revalidatieziekenhuis, uiterlijk de laatste dag van dat tijdvak, aan de verzekeringsinstelling een nieuwe aanvraag om verlenging. Bij elke verlenging wordt een geneeskundig verslag overgemaakt aan de verzekeringsinstelling en in de gevallen bepaald door het agentschap voorgelegd aan de Zorgkassencommissie voor eensluitend advies.

De tweede paragraaf van artikel 17 van het besluit bepaalt vervolgens dat het IBW de kennisgeving van de opstart van de begeleiding in een IBW, binnen 30 dagen na start van de begeleiding, bij de verzekeringsinstelling indient met een formulier. Hiertoe kan de minister het model bepalen.

Artikel 17, derde paragraaf van het besluit voorziet dat het PVT de aanvraag tot het verkrijgen van de tegemoetkoming voor zorg en de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming indient binnen zeven dagen na de datum van de opname. De minister kan het model van de aanvraag bepalen. De aanvraag moet vergezeld zijn van een geneeskundig getuigschrift van de behandelend arts, waaruit blijkt dat de zorggebruiker voldoet aan de criteria voor opname in een PVT en van een getuigschrift van een erkend PVT waaruit blijkt dat dit instaat voor de verzorging van de zorggebruiker. In voorkomend geval kan een verlenging van die periode worden aangevraagd door het voormelde PVT aan de hand van een formulier waarvan het model wordt bepaald door de minister.

Artikel 17, vierde paragraaf ten slotte bepaalt dat voor de MBE's geen aanvraag, noch een kennisgeving vereist is.
Voor alle sectoren wordt dus de huidige regelgeving behouden.

Artikel 18

Artikel 18 van het besluit voorziet een procedure tot toekenning van de tegemoetkomingen die gelijkaardig is aan de procedure zoals die wordt voorzien in het besluit betreffende de Vlaams sociale bescherming.
De procedure verschilt naargelang de aanvraag om tegemoetkoming onderworpen is aan het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie, en al dan niet een tijdig advies uitbrengt, dan wel dat eensluidend advies niet vereist is.

Artikel 19

Artikel 19 van het besluit voorziet dat de zorgvoorziening elke wijziging in de toestand of de zorg die een impact heeft op de tegemoetkoming onmiddellijk aan de verzekeringsinstelling moet medelen. De minister kan voor die mededeling nadere regels bepalen.

Dergelijke mededeling wordt eveneens voorzien in het besluit betreffende de Vlaamse sociale bescherming. Dit laatste besluit legt de verplichting op aan de zorggebruiker. Het voorliggende besluit legt die verplichting op de zorgvoorziening omdat de zorgvoorziening de tegemoetkomingen voor verleende zorg rechtstreeks ontvangt ingevolge de derdebetalersregeling.

Artikelen 20 en 21

De artikelen 20 en 21 van het besluit regelen de financiële betrekkingen tussen de Vlaamse Overheid en de verzekeringsinstellingen.

Artikel 20 van het besluit bepaalt dat het agentschap voor elk kalenderjaar het totale bedrag van de kredieten die de verzekeringsinstellingen toelaten om hun betalingsverplichtingen na te komen, voor alle sectoren voor het volgende kalenderjaar begroot.

Voor de sector van de revalidatieziekenhuizen wordt het kredietbedrag per maand en per verzekeringsinstelling bepaald. Voor de andere sectoren zal de manier waarop het kredietbedrag wordt bepaald worden vastgelegd in de overeenkomsten afgesloten tussen het Agentschap en de verzekeringsinstellingen. Ook de manier waarop deze kredieten

zullen worden uitbetaald, zal worden geregeld in deze overeenkomsten.

Artikel 21 voorziet dat de verzekeringsinstellingen per kwartaal en maandelijks controleren of de uitbetaalde kredieten voldoende zijn om hun betalingsverplichtingen na te komen die voortvloeien uit het decreet van [...]. Onder welke voorwaarden de verzekeringsinstellingen bij een tekort aan liquiditeiten aan het Agentschap om een extra betaling zullen kunnen vragen, zal verder worden uitgewerkt in bovenvermelde overeenkomsten.

Ook de manier waarop de afsluiting zal gebeuren, zal het voorwerp uitmaken van deze overeenkomsten.

Artikelen 22 en 23

De artikelen 22 en 23 van het besluit regelen de financiële betrekkingen tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgvoorzieningen.

Artikel 22 van het besluit handelt over de uitbetaling van de tegemoetkomingen door de verzekeringsinstellingen aan de zorgvoorzieningen en de betalingsverbintenis van de verzekeringsinstelling voor een sector.

Conform de eerste paragraaf van artikel 22 van het besluit betalen de verzekeringsinstellingen de tegemoetkoming voor de goedgekeurde verstrekkingen rechtstreeks uit aan de zorgvoorziening. Zoals artikel 4 van het Koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt het besluit dat die betalingen gebeuren uiterlijk twee maanden na ontvangst van de factuur. Bij laattijdige betaling is de verzekeringsinstelling op eenvoudig verzoek een verwijlntrest verschuldigd gelijk aan de wettelijke intrestvoet in burgerlijke zaken op de datum waarop de betaaltermijn verstreek. Deze verwijlntresten lopen vanaf de eerste dag na het verstrijken van de betaaltermijn. De minister kan de modaliteiten van de betaling bepalen.

Vervolgens concretiseert elke daaropvolgende paragraaf van artikel 22 van het besluit de betalingsverbintenis van de verzekeringsinstelling voor twee sectoren:

De tweede paragraaf van artikel 22 van het besluit regelt de betalingsverbintenis met de revalidatieziekenhuizen, conform met artikel 7 van de verordening van 28 juli 2003. De verzekeringsinstelling stuurt na de controle van de verzekeringsstatus van de zorggebruiker binnen drie dagen na de dag van ontvangst van de kennisgeving van de opname of van de verlenging ervan via MyCareNet aan het revalidatieziekenhuis, ofwel de betalingsverbintenis evenals het al dan niet bereiken van de teller van de maximumfactuur van 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. Indien het revalidatieziekenhuis de vormen en termijnen in acht heeft genomen voor de kennisgeving van de zorg en/of de verlenging ervan, wordt de betalingsverbintenis als verworven beschouwd indien de verzekeringsinstelling de hierboven vermelde formaliteiten niet binnen de termijn vervult.

Bij herhaalde vertraging door het revalidatieziekenhuis van de kennisgeving van de zorg verwittigt de verzekeringsinstelling het revalidatieziekenhuis daarvan met een aangetekende brief. Indien 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 met het aantal dagen van de vertraging. Het revalidatieziekenhuis mag die weigering niet doorrekenen aan de zorggebruiker.

Bij elk ontslag zendt het revalidatieziekenhuis binnen twee werkdagen na de laatste dag van zorg via MyCareNet aan de verzekeringsinstelling een kennisgeving van einde zorg. De mededeling van het geneeskundig verslag ter verantwoording van de zorg dient te

gebeuren binnen de dertig dagen na het ontslag.

Artikel 22, derde paragraaf van het besluit regelt de betalingsverbintenis van de verzekeringsinstelling met de PVT's. Bij goedkeuring van de aanvraag voor opname in een PVT stelt de verzekeringsinstelling de periode vast waarvoor de tegemoetkomingen worden toegekend. Die periode gaat ten vroegste in op de dag van de opneming als de aanvraag binnen zeven dagen na de dag van de opneming is ingediend. In voorkomend geval kan een verlenging van die periode worden aangevraagd door het PVT met een formulier waarvan het model wordt bepaald door de minister. Het PVT geeft de verzekeringsinstelling kennis van het ontslag van de zorggebruiker aan de hand van een formulier waarvan het model is vastgelegd door de minister.

Artikel 23, eerste paragraaf van het besluit voorziet dat met het oog op re-integratie van de zorggebruiker en onder bepaalde voorwaarden individuele verlofdagen toegekend worden aan de zorggebruikers opgenomen in een PVT. Het PVT kan de opnemingsprijs tijdens deze verlofdagen aanrekenen aan de verzekeringsinstelling.

De paragrafen twee tot en met vier van dit artikel reguleren de individuele verlofdagen en collectieve vakantieverblijven van zorggebruikers opgenomen in PVT's en de verplichtingen van de PVT's tijdens deze verlofdagen en vakantieverblijven.

Artikel 24

Artikel 24 van het besluit gaat over de facturatie in het kader van de derdebetalersregeling van de zorg en is geïnspireerd op artikel 6, §16 van de Verordening van 28 juli 2003 en de factureringsinstructies zoals die zijn vastgelegd door het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging binnen het RIZIV.

Het artikel vertrekt van het principe dat de zorgvoorziening de door haar verantwoordelijke gevalideerde facturen elektronisch via MyCareNet overmaakt aan de verzekeringsinstellingen, en zet de voorwaarden uiteen waaronder dit mogelijk is. Wel kunnen in de sectoren van de PVT's, de IBW's, de revalidatievoorzieningen en de MBE's in afwachting van de elektronische facturatie de facturen nog via magnetische of papieren drager overgemaakt worden. Bij de facturen worden per zorggebruiker en per verzekeringsinstelling de individuele kostennota's voor de verleende zorg toegevoegd. Zowel de facturen als de individuele onkostennota's worden opgesteld volgens de modellen en de facturatie instructies bepaald door het agentschap.

De facturaties voor de revalidatieziekenhuizen en de zorgvoorzieningen gevestigd in de ziekenhuizen via MyCarenet kunnen afgezonderd worden van de facturaties in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

De derde paragraaf van artikel 24 van het besluit bepaalt dat de zorgvoorzieningen de facturen en de individuele onkostennota's overmaken per verzekeringsinstelling op maandelijkse basis en uiterlijk tot 24 maanden na de periode waarin of na de laatste dag waarop de zorg verstrekt werd tenzij dit anders bepaald is in de overeenkomst met de zorgvoorziening. De PVT's en de IBW's kunnen in afwachting van de integratie van MyCarenet driemaandelijks factureren.

Een vierde paragraaf tenslotte bepaalt de termijnen waarbinnen de verzekeringsinstellingen de zorgvoorzieningen betalen, voor zover deze laatste binnen bepaalde termijnen hun factuur indienen.

Artikel 25

Artikel 25 van het besluit regelt de financiële betrekkingen tussen de zorgvoorzieningen en de rechthebbenden. Dit artikel bepaalt dat de bijdrage ten laste van de rechthebbende bij de tegemoetkoming wordt vermeld op de factuur. De factuur maakt een onderscheid tussen verschillende onderdelen van de bijdragen van de

rechthebbende.

Artikel 26

Artikel 26 van het besluit regelt de financiële betrekkingen tussen de vervoerder, de zorggebruiker en de verzekeringsinstellingen. De vervoerder bepaalt of hij zijn facturen overmaakt aan de zorggebruiker, dan wel aan de verzekeringsinstelling. Hij gebruikt hiervoor een model dat zowel de revalidatievoorziening als de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger moeten valideren. Het model kan bepaald worden door de minister. Zoals ook 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 bepaalt, mag de vervoerder geen extra vergoeding of andere kosten aanrekenen dan de in het besluit bepaalde kilometervergoeding.

Artikel 27

Artikel 27 van het besluit bepaalt dat het agentschap aan de zorgvoorzieningen de financiële tegemoetkoming betaalt in het kader van de afgesloten sociale akkoorden evenals de compensatie van de financiële schade van laattijdige toekenningen, vermeld in artikel 22 van het besluit.

Artikel 28

Artikel 28 van het besluit bepaalt in uitvoering van artikel 22, tweede lid van het decreet van [...] en zoals ook gebeurt in de verplichte ziekteverzekering op grond van artikel 136, §2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dat de verzekeringsinstellingen voorlopig tegemoetkomen in de zorg bedoeld in het decreet, in afwachting dat de schade effectief wordt vergoed. Ze gebruiken alle middelen om de tegemoetkoming terug te vorderen indien de zorggebruiker vergoed werd krachtens een andere Belgische of buitenlandse wetgeving.

Artikelen 29 tot en met 39

De artikelen 29 tot en met 39 van het besluit regelen welke tegemoetkomingen niet gecumuleerd mogen worden.

Wanneer bepaald wordt dat een tegemoetkoming niet kan worden gecumuleerd met een "verblijf" in een zorgvoorziening betekent dit dat de tegemoetkoming niet kan worden gecumuleerd met een tegemoetkoming waarbij de rechthebbende minstens één nacht in de zorgvoorziening doorbrengt. Het verbod van cumul van een tegemoetkoming met het "gebruik" van een zorgvoorziening betekent dat de tegemoetkoming niet kan worden gecumuleerd met een tegemoetkoming waarbij de rechthebbende niet overnacht in de zorgvoorziening en hij er dus ambulantly wordt behandeld.

In eerste instantie worden de cumulverboden vastgelegd binnen de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap. Het gaat om drie soorten van cumulverboden, waarbij de minister ingevolge artikel 37 van het besluit weliswaar de nadere regels kan bepalen voor de gevallen waarin hiervan kan worden afgeweken:

- diegene die volgen uit de plaats waar de zorg verstrekt wordt, in artikel 29 wordt uiteengezet welke andere tegemoetkomingen niet gecumuleerd mogen worden met de tegemoetkomingen voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis; in artikel 30 wordt opgenomen welke tegemoetkomingen niet gecumuleerd mogen worden met het verblijf in een revalidatievoorziening; artikel 31 stelt wat niet gecumuleerd mag worden met de tegemoetkoming voor verblijf in een PVT; artikel 32 bepaalt de verboden cumuls met het verblijf in een IBW; in artikel 33 wordt opgenomen welke tegemoetkomingen niet gecumuleerd mogen worden met een

- tegemeetkoming voor een gebruik van een MBE;
- diegene die volgen uit de aard van de zorg: artikel 34 voorziet dat een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstrekking in een revalidatievoorziening niet gecumuleerd kan worden met een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstrekking op dezelfde dag in een andere revalidatievoorziening. In artikel 35 wordt opgesomd met welke tegemoetkomingen een tegemoetkoming voor reiskosten niet gecumuleerd mag worden;
- de cumulverboden van de tegemoetkomingen naar revalidatieovereenkomst: volgens artikel 36 mag een tegemoetkoming voor een verstrekking in een revalidatievoorziening niet gecumuleerd worden met een andere tegemoetkoming voor een verstrekking in die revalidatievoorziening indien dit cumulverbod voorzien is in een revalidatieovereenkomst.

Daarnaast worden de cumulverboden vastgelegd binnen de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap en prestaties binnen de federale ziekteverzekering. Hierbij gaat het om twee soorten van cumulverboden:

- cumulverboden van tegemoetkomingen en prestaties naar plaats. Artikel 38 van het besluit stelt dat 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 PVT of in een IBW, niet mag worden gecumuleerd met een vergoeding voor ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering indien het gebruik of verblijf dezelfde periode bestrijkt, tenzij het gebruik of verblijf zich situeert buiten de periode van het verblijf in het ziekenhuis, of tenzij het ziekenhuis een revalidatievoorziening is;
- cumulatieverboden van tegemoetkomingen en prestaties naar inhoud. Artikel 39 somt op met welke monodisciplinaire tegemoetkomingen in die zelfde periode een tegemoetkoming voor een revalidatieverstrekking niet mag worden gecumuleerd.
- Om zo dicht mogelijk bij de huidige situatie te blijven kan de minister verder in de overeenkomst deze cumulregels concretiseren gezien er momenteel vele historisch gegroeide verschillen zijn tussen de verschillende revalidatieovereenkomsten in sommige details.

Artikelen 40 tot en met 43

De artikelen 40 tot en met 43 van het besluit regelen de terugvordering van de ten onrechte betaalde tegemoetkomingen aan de zorggebruiker.

Conform artikel 40 van het besluit en naar analogie met artikel 295ter van 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, deelt de verzekeringsinstelling haar beslissing om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming terug te vorderen van de zorggebruiker, met een aangetekende zending mee aan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Deze brief vermeldt de beroepsmogelijkheid bij de arbeidsrechtbank voorzien in artikel 43, en de eventueel bijkomend door de minister op te leggen informatie.

De zorggebruiker kan overeenkomstig artikel 41 van het besluit een afbetalingsplan aanvragen bij de verzekeringsinstelling. Dergelijke aanvraag wordt eveneens voorzien in het besluit betreffende de Vlaamse sociale bescherming. De verzekeringsinstelling beslist over dat afbetalingsplan en bezorgt aan de zorggebruiker een al of niet aangepast afbetalingsplan of deelt hem mee dat het afbetalingsplan niet aanvaard kan worden. Overlijdt de zorggebruiker tijdens de uitvoering van het afbetalingsplan, dan wordt er niet verder teruggevorderd, behalve in geval van arglist of bedrog. Artikel 42 van het besluit bepaalt de gevallen waarin de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming bij dwangbevel ingevorderd wordt.

Artikelen 44 tot en met 48

De artikelen 44 tot en met 48 van het besluit regelen de terugvordering van de tegemoetkomingen ten onrechte uitbetaald aan de zorgvoorziening respectievelijk de vervoerder, naar analogie met hetgeen is bepaald in de artikelen 164 en volgende van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 44 van het besluit stelt dat de zorgvoorziening of de vervoerder die ten onrechte een tegemoetkoming heeft ontvangen, de waarde ervan moet terugbetalen. De waarde wordt zoals bepaald in artikel 35 van het decreet van [...], indien mogelijk in mindering gebracht van toekomstige tegemoetkomingen die aan de zorgvoorziening respectievelijk de vervoerder worden uitbetaald. Indien een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de tegemoetkomingen voor eigen rekening heeft geïnd, is deze samen met de zorgvoorziening of vervoerder hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling ervan. De verzekeringsinstelling moet haar beslissing om terug te vorderen of in mindering te brengen, aangetekend meedelen aan de zorgvoorziening respectievelijk de vervoerder. Artikel 45 van het besluit legt vast welke informatie er minimaal in deze brief meegedeeld wordt, waaronder de beroepsmogelijkheid voorzien in artikel 48 van het besluit.

Artikel 46 van het besluit bepaalt dat de zorgvoorziening respectievelijk de vervoerder bij de verzekeringsinstelling een afbetalingsplan kan aanvragen met het oog op de terugbetaling van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen.

Artikel 47 van het besluit voorziet wanneer de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming bij dwangbevel ingevorderd wordt.

Artikelen 49 en 50

De artikelen 49 en 50 van het besluit bevatten enkele gemeenschappelijke bepalingen met betrekking tot voornoemde terugvorderingen.

Artikel 49 van het besluit stelt voorop dat het de verzekeringsinstelling is waarbij de zorggebruiker op het moment van de beslissing tot terugvordering is aangesloten, die de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terugvordert. Verandert de zorggebruiker nadien van verzekeringsinstelling, dan blijft de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker was aangesloten op het moment van de beslissing tot terugvordering belast met de terugvordering. De zorggebruiker kan echter niet veranderen van verzekeringsinstelling zolang het door hem verschuldigde teruggevorderde bedrag niet terugbetaald is.

Indien het onverschuldigd karakter het gevolg is van het overlijden van de rechthebbende, worden de tegemoetkomingen conform artikel 50 van het besluit en naar analogie met wat is bepaald in artikel 326, §2 van 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 door de financiële instellingen, die de begunstigen zijn van de tegemoetkomingen, terugbetaald aan de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig de modaliteiten te bepalen door de minister. De rechthebbende laat de gekozen financiële instelling toe, alle onverschuldigde uitbetaalde bedragen aan de verzekeringsinstelling terug te betalen, door debitering van zijn bankrekening en binnen de grenzen vastgelegd door de Minister. Deze machtiging blijft van kracht na het overlijden van de rechthebbende.

Artikel 51

De verzaking aan de terugvordering wordt geregeld in artikel 51 van het besluit. Dit artikel is gebaseerd op de regeling aan de verzaking aan de terugvordering in het besluit inzake de Vlaamse sociale bescherming.

Artikel 51, eerste paragraaf van het besluit bepaalt wanneer een verzekeringsinstelling

verplicht verzaakt aan de terugvordering van een ten onrechte aan de zorggebruiker respectievelijk zorgvoorziening of vervoerder uitbetaalde tegemoetkoming. In een tweede paragraaf wordt geregeld wanneer een verzekeringsinstelling dit kan op eigen initiatief. Een derde paragraaf regelt het verzoek tot verzaking ingediend door de zorggebruiker, de te volgen procedure en de toekenningsvoorwaarden. De in deze paragraaf geregelde verzaking kan alleen worden toegestaan indien de zorggebruiker te goeder trouw is en zich in een behatenswaardige toestand bevindt.

Artikel 52

Artikel 52, eerste paragraaf van het besluit bepaalt de administratieve geldboeten die de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die door hem is aangewezen, kan opleggen aan de verzekeringsinstellingen en voor welke inbreuken.

Artikel 52 van het besluit is gebaseerd op artikel 166 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De tweede paragraaf van dit artikel voorziet bijgevolg eveneens dat de leidend ambtenaar bij verzachtende omstandigheden een lagere administratieve geldboete kan opleggen, alsook onder welke voorwaarden hij een uitstel van betaling van de geldboete kan opleggen. Verder regelt deze paragraaf 2 de verjaring van de inbreuk en de sanctie, de stuiting van de verjaring, de verweermiddelen, de betalingstermijn, de betalings- en invorderingsmodaliteiten.

De derde paragraaf beschrijft de gevolgen in geval van samenloop. De verjaring van de boete wordt in de laatste paragraaf geregeld.

Artikel 53

In artikel 38 van het decreet van [...] wordt bepaald dat het agentschap dat de Vlaamse Regering aanwijst in het kader van haar toezichtsbevoegdheid, vermeld in artikel 41 van het decreet van [...], vaststelt dat een onrechtmatige betaling werd verricht of een tegemoetkoming moet worden betaald of aangevuld, de verzekeringsinstelling het eventuele geschil kan aanbrengen bij de arbeidsrechtbank. Artikel 53 van het besluit voorziet dat dit het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming is.

Artikelen 54 tot en met 59

In de artikelen 54 tot en met 59 van het besluit wordt een procedure uitgewerkt voor het aanvragen van een tegemoetkoming voor buitengewone zorg. In het kader van de revalidatie wordt een bijkomend Vlaams vangnet verleend naast de tegemoetkoming die de zorggebruiker geboden wordt via de reglementaire bepalingen van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging, de Vlaamse sociale bescherming, de overige bepalingen van het decreet van [...] of de wettelijke bepalingen van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering.

De voorwaarden voor en de aanvraagprocedure van de tegemoetkoming voor buitengewone zorg werden zo veel als mogelijk en wenselijk afgestemd op het sinds 1990 binnen het RIZIV bestaande Bijzonder Solidariteitsfonds en de artikelen 25 tot en met 25decies van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994. Op die manier wordt zo min mogelijk geraakt aan de bestaande rechten van de zorggebruikers.

Artikel 54 van het besluit voorziet de voorwaarden voor een tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie indien 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.

Artikel 55 van het besluit beoogt datzelfde voor de rechthebbende die lijdt aan een zeldzame aandoening en er voldaan is aan elk van de in dit artikel opgesomde voorwaarden.

Artikel 56 van het besluit voorziet de voorwaarden voor een tegemoetkoming voor

buitengewone zorg in het kader van revalidatie verleend in het Nederlands taalgebied of in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, indien de rechthebbende lijdt aan een zeldzame aandoening die een continue en complexe verzorging vereist.

Artikel 57 van het besluit somt de vereisten op voor de tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie verstrekt voor een zeldzame indicatie, een zeldzame aandoening dan wel een zeldzame aandoening die een continue en complexe verzorging vereist, verleend in de Franstalige gemeenschap, in de Duitstalige gemeenschap of in het buitenland.

Artikel 58 van het besluit voorziet de algemene voorwaarden waaronder deze tegemoetkomingen voor buitengewone zorg verleend kunnen worden.

De aanvraagprocedure wordt beschreven in artikel 59 van het besluit.

Artikelen 60 tot en met 64

In de artikelen 60 tot en met 64 van het besluit worden de sancties beschreven ten laste van de rechthebbende, de vervoerder en de zorgvoorziening naar analogie met artikel 168quinquies van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 60, eerste paragraaf van het besluit bepaalt dat het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuk ten laste van de rechthebbende of in voorkomend geval van de vervoerder, bedoeld in artikel 42, eerste lid van het decreet van [...], opgemaakt wordt door hetzij de leidend ambtenaar, hetzij de door hem aangewezen ambtenaar. De kennisgeving ervan gebeurt middels een aangetekende zending, binnen een termijn van veertien werkdagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de vaststelling van de inbreuk. In een tweede paragraaf wordt bepaald dat de beslissing tot het al dan niet opleggen van de sanctie bedoeld in artikel 42, tweede lid van het decreet van [...], genomen wordt door hetzij de leidend ambtenaar, hetzij de door hem aangewezen ambtenaar. De beslissing wordt genomen nadat de rechthebbende respectievelijk de vervoerder via een aangetekende zending uitgenodigd werd om binnen een termijn van veertien werkdagen zijn verweer te doen gelden. De beslissing bepaalt het bedrag van de geldboete en desgevallend het bedrag van de geldboete dat met uitstel van de tenuitvoerlegging ervan opgelegd wordt en de duurtijd van dit uitstel. De beslissing wordt ter kennis gebracht aan de rechthebbende respectievelijk 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. De opbrengst van de administratieve geldboeten wordt aan het Agentschap overgemaakt (derde paragraaf). In een vierde paragraaf worden de betalingsvoorwaarden vastgelegd, evenals de inningswijze in geval van een gebrekkige betaling. De verjaring van de sanctie wordt geregeld in een vijfde paragraaf van artikel 60 van het besluit.

Artikel 61 van het besluit bepaalt in uitvoering van artikel 43, §1, tweede lid van het decreet van [...] welke de documenten zijn die de betaling van de tegemoetkomingen toestaan bedoeld in artikel 43, §1, eerste lid, 1° tot en met 5° van het decreet van [...].

Om na te gaan of zorg overbodig is in de zin van artikel 43, §1, eerste lid, 6° van het decreet van [...], bepaalt artikel 62 van het besluit dat de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar aan de Zorgkassencommissie kan vragen een controle uit te voeren conform artikel 25 van het decreet van [...]. Op basis van de resultaten van het onderzoek van de Zorgkassencommissie en na advies van de Expertencommissie die voorafgaandelijk in dialoog gaat met de betreffende sectorale adviescommissie stelt hij vervolgens vast of de zorg al dan niet overbodig is.

In artikel 63, eerste paragraaf van het besluit wordt bepaald dat het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuk bedoeld in artikel 43, §1 van het decreet van [...], opgemaakt wordt door hetzij de leidend ambtenaar, hetzij de door hem aangewezen ambtenaar. De

kennisgeving ervan aan de zorgvoorziening van gebeurt middels een aangetekende zending, binnen een termijn van veertien werkdagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de vaststelling van de inbreuk. De beslissing tot het al dan niet opleggen van de sanctie bedoeld in artikel 43, §4 van het decreet van [...], wordt overeenkomstig de tweede paragraaf genomen door hetzij de leidend ambtenaar, hetzij de door hem aangewezen ambtenaar. De beslissing wordt genomen nadat de zorgvoorziening via een aangetekende zending uitgenodigd werd om binnen een termijn van veertien werkdagen haar verweer te doen gelden. De beslissing van de leidend ambtenaar of de ambtenaar die door hem aangewezen is, bepaalt het bedrag van de geldboete, en wordt aangetekend ter kennis gebracht aan de zorgvoorziening. De opbrengst van de administratieve geldboeten wordt aan het agentschap overgemaakt (derde paragraaf). In een vierde paragraaf worden de betalingsvoorwaarden vastgelegd. De laatste paragraaf van artikel 63 van het besluit regelt de verjaring van de inbreuk en de sanctie.

Artikel 64 van het besluit stipuleert dat de verzekeringsinstelling of rechthebbende ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog bij de zorgvoorziening kan melden aan het agentschap. De leidend ambtenaar, of de ambtenaar die door hem aangewezen is, maakt de feiten waarop de aanwijzingen berusten, aangetekend over aan de zorgvoorziening. 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 bij afwezigheid van verweermiddelen ontvangen binnen de gestelde termijn, neemt de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar, zijn beslissing. Indien hij beslist de uitbetalingen te schorsen, bepaalt hij de duur van de periode van de schorsing en de omvang van de schorsing. De uitvoerbare beslissing van de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar, is gemotiveerd. Een afschrift van de beslissing wordt gelijktijdig ter kennisgeving meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen. Een niet schorsend beroep kan ingesteld worden bij de arbeidsrechtbank. De opschorting vervalt van rechtswege indien binnen het jaar na de beslissing geen proces-verbaal van vaststelling werd opgesteld.

Artikel 65

Artikel 65 van het besluit bepaalt dat het dwangbevel bedoeld in artikel 46 van het decreet van [...], geïmplementeerd en uitvoerbaar verklaard wordt door hetzij de leidend ambtenaar, hetzij de door hem aangewezen ambtenaar.

Artikelen 66 en 67

Artikel 66, eerste paragraaf van het besluit voorziet dat de zorgvoorzieningen, en de rechthebbenden, alsook hun aangestelden of gevolmachtigden, ertoe gehouden zijn alle inlichtingen en documenten die in het kader van het toezicht vermeld in artikel 41 van het decreet van [...] vereist zijn, te verstrekken aan de inspecteurs bedoeld in het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het welzijn- en gezondheidsbeleid, binnen een termijn van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van aanvraag.

Conform een tweede paragraaf van artikel 66 van het besluit leveren de verzekeringsinstellingen binnen een termijn van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van aanvraag aan de inspecteurs bedoeld in het decreet van 19 januari 2018 op een papieren dan wel elektronische drager, alle gegevens aan die nodig zijn om het recht te beoordelen op tegemoetkoming voor zorg en voor reiskosten zoals voorzien in het decreet van [...]. Het gaat om alle gegevens nodig voor de identificering van de zorg, van de zorgvoorzieningen die de zorg hebben voorgeschreven, uitgevoerd of afgeleverd en van de rechthebbende. Die gegevens slaan zowel op zorg die in rekening werd gebracht, als op zorg die de Vlaamse Gemeenschap heeft terugbetaald of waarvan de Vlaamse Gemeenschap gevraagd wordt ze terug te betalen.

Het agentschap kan de verzekeringsinstellingen conform artikel 67, eerste paragraaf van het besluit vragen met behulp van elektronisch opgeslagen en verwerkte gegevens, lijsten op te stellen in de vorm van geïntegreerde bestanden, zoals bedoeld in artikel 49, §1 van het decreet van [...].

De sanctionering bij niet-naleving van deze verplichtingen is gebaseerd op artikel 166 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. In een tweede paragraaf van artikel 67 van het besluit wordt de administratieve geldboete omschreven die aan de verzekeringsinstelling wordt opgelegd door de leidend ambtenaar, of de door hem aangewezen ambtenaar, per aanvraag van het agentschap indien, hetzij de gegevens 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 waarmede door een gevolmachtigde. Vervolgens wordt de impact beschreven van verzachtende omstandigheden en de herhaling op de sanctie. Verder worden de verjaring van de inbeuk en de sanctie geregeld, evenals de verweermogelijkheden, de betalingstermijn, de betalingsmodaliteiten en de invorderingsmodaliteiten.

Artikelen 68 tot en met 70

De bepalingen van het besluit tot stuiting van de verjaring en de invulling van situaties overmacht die de stuiting van de verjaring met zich brengen zoals bedoeld in artikel 51 van het decreet van [...] zijn geïnspireerd op artikel 174 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de artikelen 328 en 329 van 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.

Artikel 68, eerste paragraaf van het besluit bepaalt de voorwaarden waaraan de aangetekende zending moet voldoen tot stuiting van de verjaring zoals bedoeld in artikel 51 van het decreet van [...].

De leidend ambtenaar, hetzij de door hem aangewezen ambtenaar, oordeelt conform artikel 69 van het besluit voor elk geval afzonderlijk waarin die wordt ingeroepen, over het bestaan van de overmacht, die krachtens artikel 51, lid 9 van het decreet van [...] de verjaring schorst.

Artikel 70 van het besluit stelt dat de beslissing over het bestaan van de overmacht aangetekend ter kennis gebracht wordt van de zorgvoorziening en van de rechthebbende, en ook wordt meegedeeld aan de verzekeringsinstelling. Indien overmacht afgewezen wordt, wordt dit met redenen omkleed. De kennisgeving aan de zorgvoorziening en aan de rechthebbende vermeldt de beroepsmogelijkheid bij de arbeidsrechtbank, alsmede de vormen waarin en de termijnen waarbinnen het beroep dient te worden ingesteld.

b. Deel 2: PVT

Artikel 71

Dit artikel stelt dat een PVT moet voldoen aan de normen uit dit besluit om erkend te kunnen worden door het agentschap als PVT of om een bestaande erkenning als PVT te behouden.

De erkenning wordt door de leidend ambtenaar verleend per psychiatrisch verzorgingstehuis. Dit gebeurt thans via erkenningsbesluiten opgesteld door de leidend ambtenaar van het agentschap.

De erkenning van PVT wordt voortaan gedefinieerd in functie van de opnamecapaciteit van het psychiatrisch verzorgingstehuis, dus het aantal zorggebruikers, en niet meer in

functie van het aantal bedden. De terminologie van bedden sluit nl. te zeer aan bij de ziekenhuiscontext.

Vanaf 1.01.2019 zullen de erkenningsbesluiten dus het maximaal aantal zorggebruikers vast dat het psychiatrisch verzorgingstehuis dagelijks gelijktijdig kan ondersteunen op basis van een verblijfsovereenkomst als vermeld in artikel 7. Dit aantal is de opnamecapaciteit van het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Artikel 72

Dit artikel bepaalt de opdrachten van de PVT, namelijk het bieden van herstelondersteunende zorg aan de zorggebruikers. Deze zorg is gericht op het behoud van de resterende vaardigheden van de zorggebruiker, het versterken van het zelfzorgvermogen en zelfregie van de zorggebruiker, inclusief het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte en de psychische kwetsbaarheid, en het ondersteunen van de ontwikkeling van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren.

Het artikel stipuleert de inhoud van deze zorg en de domeinen waarop deze zich situeert.

Artikel 73

Dit artikel heeft betrekking op de 24-uursomkadering van het psychiatrisch verzorgingstehuis, bestaande uit permanent toezicht, zowel overdag als 's nachts. Dit artikel bepaalt ook dat er in elk psychiatrisch verzorgingstehuis minstens tien zorggebruikers verblijven.

Artikel 74

Dit artikel bepaalt dat het psychiatrisch verzorgingstehuis op basis van de algemene werkingsnormen vermeld in artikel 72 en het non-discriminatiebeginsel vermeld in artikel 87, criteria uitwerkt voor de opname van zorggebruikers.

Artikel 75

Het PVT moet een procedure uitwerken voor de instroom van zorggebruikers. Dit artikel bepaalt de regels rond de instroomprocedure die gehanteerd wordt door een PVT. Er wordt verwacht dat het instroombeleid periodiek wordt geëvalueerd.

Artikel 76

Een PVT is verplicht met elke zorggebruiker of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger een verblijfsovereenkomst af te sluiten.

In dit artikel worden de elementen die moeten opgenomen worden in de verblijfsovereenkomst bepaald, alsook de wijze waarop de overeenkomst kan gewijzigd of stopgezet worden.

Momenteel sluiten de PVT reeds verblijfsovereenkomsten af met hun zorggebruikers. Deze verschillen echter in de praktijk qua inhoud en opzeggingstermijnen. Door de bepalingen in dit besluit worden deze geharmoniseerd in alle PVT.

Dit artikel verwijst ook uitdrukkelijk naar het 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.

Artikel 77

Het PVT maakt voor iedere zorggebruiker een zorgplan op. In dit artikel wordt bepaald hoe het zorgplan er moet uitzien en wanneer het moet geëvalueerd worden.

Artikel 78

Dit artikel bepaalt de inhoud van het individueel dossier van elke zorggebruiker die door het PVT wordt begeleid.

Artikel 79

Dit artikel laat toe dat een zorggebruiker voor onderzoek, bij psychische crisistoestand of bij noodzaak aan somatische behandeling en verzorging, tijdelijk opgenomen wordt in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis.

Artikel 80

Het psychiatrisch verzorgingstehuis voert een beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en crisissen en ontwikkelt via vorming de nodige expertise hiervoor.

Artikel 81

Het psychiatrisch verzorgingstehuis communiceert zijn zorgaanbod en intern beleid rond onder meer instroom, doelgroepen, ontslag en doorstroom naar de relevante netwerkpartners en stemt met deze partners af.

Artikel 82

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

Artikel 83

Dit artikel regelt het zakgeld van de zorggebruiker in PVT. Deze regeling garandeert dat een zorggebruiker in PVT minimaal over geld voor persoonlijke doeleinden beschikt, en bepaalt ook limitatief waar dit zakgeld niet aan mag besteed worden. De bedragen van het zakgeld zijn onderhevig aan de index.

Artikel 84

Het psychiatrisch verzorgingstehuis voert een duidelijk beleid omtrent het ontslag van hun zorggebruikers, dat regelmatig wordt geëvalueerd en beleidsmatig besproken.

Artikel 85

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

Artikel 86

Dit artikel legt het PVT op om adequate nazorg van hun bewoners te verzorgen.

Artikel 87

In dit artikel is het non-discriminatieprincipe opgenomen.

Artikel 88

Dit artikel stelt dat elk PVT over een interne klachtenprocedure dient te beschikken. Daarnaast moeten de zorggebruikers beroep kunnen doen op de externe ombudsfunctie van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 89

Dit artikel legt voorwaarden op voor de organisatie en het beheer van PVT. In de beheersorganen moeten vertegenwoordigers van de zorggebruikers of hun context of ervaringsdeskundigen van een representatieve gebruikers- of familievereniging zetelen. De PVT moeten ook een systematisch, expliciet en transparant beleid voeren en dit beleid evalueren.

Artikel 90

De PVT zijn momenteel reeds wettelijk verplicht om Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) te registreren. Deze verplichting wordt gecontinueerd. De gegevens die door de PVT moeten geregistreerd worden en aan het agentschap bezorgd te worden zijn in bijlage van het besluit opgenomen.

Artikel 91

Voor de begeleiding van de zorggebruikers dient het PVT te beschikken over een multidisciplinair team. Per 30 zorggebruikers dient er minstens 13 VTE begeleiding voorzien te worden. Per 15 zorggebruikers met een verstandelijke beperking wordt deze personeelsnorm verhoogd met een halftijds orthopedagoog. Dit is een continuering van de huidige federale regelgeving.

Artikel 92

Dit artikel omschrijft de taken van de coördinerend psychiater. Deze taken worden t.o.v. de huidige regelgeving uitgebreider beschreven. De coördinerend psychiater dient minimaal 6 uren per week aanwezig te zijn in het PVT.

Artikel 93

Op regelmatige basis moet er een multidisciplinair teamoverleg zijn.

Artikel 94

Het psychiatrisch verzorgingstehuis wordt binnen de lokale leefgemeenschap ingeplant, buiten de campus van een psychiatrisch ziekenhuis. Dit in het kader van integratie van de zorggebruikers en vermaatschappelijking van de zorg.

Artikel 95

Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over een tuin of een terras. Dit teneinde de huiselijkheid te garanderen.

Artikel 96

De vensters maken een open zicht op de omgeving van het psychiatrisch verzorgingstehuis mogelijk. Dit teneinde de huiselijkheid te garanderen.

Artikel 97

Het psychiatrisch verzorgingstehuis garandeert een gezellig leefklimaat. Dit teneinde de huiselijkheid te garanderen.

Artikel 98

Dit artikel beschrijft de verschillende ruimtes waarover PVT minimaal moeten beschikken.

Artikel 99

Het minimum aantal zorggebruikers dat het PVT dagelijks gelijktijdig kan ondersteunen bedraagt 10. Er mogen per kamer niet meer dan 2 zorggebruikers verblijven. Dit is een continuering van de huidige norm.

Er wordt geëxpliciteerd dat in bouwplannen opgesteld vanaf 1 januari 2019 wordt gestreefd naar een zo groot mogelijk aantal eenpersoonskamers. Met bouwplannen opgesteld vanaf 1 januari 2019 worden bouwplannen bedoeld die na voormelde datum worden goedgekeurd, los van de datum van het concipiëren van de plannen.

Artikel 100

Dit artikel bepaalt de minimale oppervlakten van de kamers. Dit is een continuering van de bestaande norm. Er wordt geëxpliciteerd dat in geval van bouwplannen opgesteld vanaf 1 januari 2019 de voorkeur gaat naar ruimere kamers.

Artikel 101

Dit artikel verplicht de psychiatrische verzorgingstehuizen aanpasbaarheid aan de behoeften van mindervalide zorggebruikers. Nieuw is dat het PVT zelf kan bepalen hoeveel kamers worden aangepast voor mindervalide zorggebruikers en in welke mate, in functie van de doelgroep. Bovendien moet in geval van bouwplannen opgesteld vanaf 1 januari 2019 minimaal 20% van de kamers aangepast zijn voor mindervalide zorggebruikers.

Artikel 102

Dit artikel regelt de aanwezigheid van sanitair en herneemt de huidige regelgeving hieromtrent.

Artikel 103

Dit artikel regelt de aanwezigheid van sanitair en herneemt de huidige regelgeving hieromtrent.

Nieuw is dat uitdrukkelijk wordt gesteld dat elke verdieping minstens over een toilet moet beschikken. Deze laatste verplichting geldt voor bouwplannen (renovatie of nieuwbouw) opgesteld vanaf 1 januari 2019.

Artikel 104

Dit artikel bepaalt maatregelen inzake de veiligheid van zorggebruikers en herneemt de huidige regels hieromtrent.

Artikel 105

Dit artikel regelt de aanwezigheid van een adequaat oproepsysteem en herneemt de huidige regelgeving op dit vlak.

Artikel 106

Dit artikel regelt de bewaring van geneesmiddelen en herneemt de huidige regelgeving op dit vlak.

Artikel 107

Dit artikel regelt de bewaring van dossiers.

Artikel 108

Het psychiatrisch verzorgingstehuis voldoet aan de toepasselijke brandveiligheidsreglementering en neemt al de voorzorgsmaatregelen om brandgevaar te weren. Dit artikel herneemt de huidige regelgeving op dit vlak, zij het dat 6° en 7° nieuw zijn t.o.v. huidige federale regelgeving teneinde de brandveiligheidsnormen alvast te moderniseren in afwachting van een grondige herziening van deze normen. Het gaat over mineure aanpassingen die haalbaar zijn voor alle bestaande PVT.

Artikel 109

Dit artikel regelt de mogelijkheid tot tijdelijke en gemotiveerde afwijking van erkenningsnormen, hetzij in het kader van een proefproject, hetzij van de in artikel 94 tot en met 108 vermelde huisvestingsnormen. Dit laatste is een uitbreiding van de bestaande federale regelgeving, waar enkel mag worden afgeweken van de bijzonder architectonische normen.

Artikel 110

Dit artikel verplicht de aanwezigheid van een reglement omtrent de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens. Deze regeling werd aangepast in het licht van de algemene verordening gegevensbescherming. Wetgevend optreden van de bevoegde federale overheid is op dit vlak nog vereist.

Artikel 111

De programmatie van de psychiatrische verzorgingstehuizen, vermeld in artikel 61 van het decreet van [...], is 0,6 zorggebruikers per duizend inwoners. Dit is een continuering van de huidige programmatieregels (het ministerieel besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van het programmacijfer voor psychiatrische verzorgingstehuizen).

Artikel 112

De opnemingsprijs wordt vastgesteld per dag. Dit is een continuering van de bestaande financieringswijze.

Nieuw is de formulering om te spreken over 1 dag herstelondersteunende zorg. Deze term is meer in lijn met de erkenningsnormen PVT en de VSB principes.

Artikel 113

Dit artikel omschrijft de verschillende onderdelen van de prijs en herneemt de bestaande regelgeving. Nieuw is onderdeel B3 (infra, artikel 117).

Artikel 114

Dit artikel beschrijft onderdeel A1 van de opnemingsprijs en herneemt de bestaande regelgeving, zij het dat verduidelijkt wordt wat wordt verstaan onder aanloopkosten, afschrijvingslasten en afschrijvingen. Ook de toepasselijke plafonds en indexeringsmethoden worden meer verduidelijkt.

Artikel 115

Dit artikel beschrijft onderdeel B1 van de opnemingsprijs en herneemt de bestaande regelgeving, zij het dat de toepassing van het spilindexcijfer nog meer verduidelijkt

wordt.

Artikel 116

Dit artikel beschrijft onderdeel B2 van de opnemingsprijs en herneemt de bestaande regelgeving, zij het dat de toepassing van het spilindexcijfer nog meer verduidelijkt wordt, alsook het verzorgingspakket dat wordt gedekt door de financiering van B2. Dit laatste is een herneming van artikel 147, § 1 van 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.

Artikel 117

Dit artikel beschrijft onderdeel B3 van de opnemingsprijs. De PVT ontvangen nu een financiering voor de registratie van MPG gegevens via de B4 overeenkomsten die de federale overheid afsluit met de psychiatrische ziekenhuizen. Deze middelen zijn met de 6de staatshervorming niet overgedragen van de federale overheid naar de deelstaten. De federale overheid zal evenwel stoppen met deze financiering eind 2018. De Vlaamse overheid heeft beslist om bijkomend budget vrij te maken om deze financiering verder te zetten. Deze middelen zullen nu geïntegreerd worden in de opnemingsprijs. Daartoe werd een nieuw onderdeel B3 ingevoegd.

Artikel 118

Dit artikel beschrijft onderdelen C2A en C2B van de opnemingsprijs en herneemt de bestaande regelgeving. Evenwel wordt er in plaats van "bedden" gesproken over "zorggebruikers". Deze term is meer in lijn met het de erkenningsnormen PVT, VSB en verlaat de ziekenhuisterminologie.

Artikel 119

Dit artikel beschrijft de boekhouding die de psychiatrische verzorgingstehuizen moeten voeren en herneemt de bestaande regelgeving.

Artikel 120

Dit artikel herneemt de informatieplicht van het psychiatrisch verzorgingstehuis t.o.v. het agentschap uit het huidige koninklijk besluit.

Artikel 121

Dit artikel bepaalt welke onderdelen van de prijs per verblijfdag ten laste van de overheid zijn en heeft betrekking op de huidige verzekeringstegemoetkoming die via de verzekeringsinstellingen via derdebetalersregeling wordt uitbetaald. De bijkomende forfaitaire tegemoetkoming heeft betrekking op de huidige staatstussenkomst en tegemoetkoming betaalbaarheid PVT.

Artikel 122

Dit artikel heeft betrekking op de huidige bijkomende forfaitaire tegemoetkoming ter bevordering van de betaalbaarheid PVT. Het betreft een continuering van de huidige federale regelgeving. In huidige regelgeving wordt gesproken over 1 dag "huisvesting". Nieuw is dat er thans wordt gesproken over 1 dag "herstelondersteunende zorg". Deze term is meer in lijn met de erkenningsnormen PVT.

Artikel 123

Dit artikel bepaalt de regelgeving tot bepalen van de bijkomende forfaitaire tegemoekoming en is een verderzetting van het huidige bestaande systeem.

c. Deel 3: Initiatieven van beschut wonen

Artikel 124

Dit artikel stelt dat een IBW moet voldoen aan de normen uit dit besluit om erkend te kunnen worden door het agentschap als IBW of als zorgvernieuwend initiatief van een reeds erkend IBW.

Het agentschap zal per erkend IBW bepalen wat de begeleidingscapaciteit en de huisvestingscapaciteit is.

De begeleidingscapaciteit van een IBW wordt gedefinieerd als het maximaal aantal zorggebruikers die een IBW dagelijks gelijktijdig kan bepalen. Met al deze zorggebruikers dient het IBW een begeleidingsovereenkomst af te sluiten.

De huidige federale regelgeving gebruikt de term 'aantal erkende plaatsen BW'. Er is voor gekozen om de capaciteit vanaf 1/1/2019 niet langer uit te drukken in termen van aantal erkende plaatsen BW, maar te spreken over het aantal zorggebruikers dat door het IBW wordt begeleid. Hierdoor wordt benadrukt dat het niet het ter beschikking stellen van een plaats/infrastructuur aan een persoon het belangrijkste is, maar wel de begeleiding die door het IBW wordt aangeboden.

In concreto komen het aantal erkende plaatsen BW en de begeleidingscapaciteit overeen. Bijvoorbeeld een IBW dat momenteel over 80 plaatsen beschut wonen beschikt, zal ook een begeleidingscapaciteit van 80 hebben. Dit sluit beter aan bij de VSB principes.

Daarnaast zal door het agentschap in een erkenningsbesluit ook bepaald worden wat de huisvestingscapaciteit van een IBW is. Dit is het maximaal aantal zorggebruikers die een IBW dagelijks gelijktijdig kan huisvesten op basis van een verblijfsovereenkomst. Het betreft dus de zorggebruikers waarvoor het IBW zelf huisvesting voorziet. Er zijn in het IBW ook zorggebruikers die begeleid worden, maar die geen verblijfsovereenkomst hebben met het IBW. Deze zorggebruikers huren bijvoorbeeld een woning bij een sociale huisvestingsmaatschappij of op de privé markt, beschikken zelf over een eigen woning,...

De huidige federale wetgeving voorziet geen minimum aantal erkende plaatsen BW per IBW. De Vlaamse overheid erkent 45 IBW. Een aanzienlijk aantal IBW's zijn kleinschalig georganiseerd en hebben een erkenning voor een beperkt aantal plaatsen beschut wonen. Het aantal erkende plaatsen BW varieert echter ook sterk binnen de sector. Het kleinste IBW beschikt over slechts 10 erkende plaatsen BW, het grootste IBW beschikt over 206 erkende plaatsen BW.

In het GGZ-landschap zou schaalvergroting echter wenselijk zijn om redenen van efficiëntie en samenwerkingsmogelijkheden tussen verschillende GGZ-actoren.

Gezien het grote aantal IBW en gezien de schaalgrootte wordt voorgesteld dat in de toekomst ieder erkend IBW beschikt over een begeleidingscapaciteit van minimum 64. Deze zorggebruikers moeten door het IBW begeleid worden in dezelfde regionale stad zoals vermeld in het zorgregiodecreet.

Momenteel beschikken 19 van de 45 erkende IBW over een minimumbegeleidingscapaciteit van 64 of meer.

Om de IBW de nodige tijd te geven om aan deze minimumcapaciteit te voldoen zal dit artikel pas in voege treden op 1 januari 2022. Het artikel zal niet van toepassing worden op de IBW erkend door de Vlaamse overheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Momenteel erkent de Vlaamse overheid slechts 2 IBW in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Zij beschikken samen over een capaciteit van 33 plaatsen BW. Gezien de meeste IBW gevestigd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest erkend zijn door de bicommunautaire overheid wordt beslist geen minimumcapaciteit op te leggen.

De begeleidingscapaciteit van 64 zorggebruikers is geënt op de capaciteit van de mobiele teams in de geestelijke gezondheidszorg. De IMC Volksgezondheid besliste dat elk mobiel team dient te beschikken over 8 VTE. Ook bij de IBW wordt uitgegaan van een minimum van 8 VTE. Gezien in de personeelsnorm (artikel 146) wordt bepaald dat er per 8 zorggebruikers minimum 1 VTE begeleiding dient voorzien te worden, komen we op een minimumcapaciteit van 64 (8 VTE x 8 zorggebruikers per VTE).

Artikel 125

Dit artikel bepaalt de opdrachten van de IBW, namelijk het beiden van herstelondersteunende begeleiding aan de zorggebruikers. Deze begeleiding is ondersteunend en ontwikkelingsgericht en wordt aangeboden in de eigen leefomgeving van de zorggebruiker.

In de praktijk is het aanbod van de IBW reeds herstelondersteunend en gericht op de levensdomeinen zoals bepaald in het besluit.

Artikel 126

Conform artikel 55 §2 van het overnamedecreet kunnen IBW personeel en middelen inzetten met andere actoren voor de doelgroep van volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige psychiatrische problematiek. De voorwaarden voor deze samenwerking zullen later nog vastgelegd worden in een Ministerieel Besluit.

Artikel 127

Dit artikel bepaalt dat er geen 24uur op 24 aanwezigheid is door de begeleiders van een IBW in de woningen van de zorggebruikers.

Artikel 128

Het IBW dient criteria uit te werken voor de instroom van zorggebruikers.

Artikel 129

Dit artikel bepaalt de regels rond de instroomprocedure die gehanteerd wordt door de IBW.

Artikel 130

Een IBW dient met elke zorggebruiker of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger een begeleidingsovereenkomst af te sluiten.

In dit artikel worden de elementen die dienen opgenomen te worden in de begeleidingsovereenkomst bepaald, alsook de wijze waarop de overeenkomst kan gewijzigd of stopgezet worden.

Momenteel sluiten de IBW reeds begeleidingsovereenkomsten af met de zorggebruikers. Deze verschillen echter in de praktijk qua inhoud. Door de bepalingen in dit besluit worden deze geharmoniseerd in alle PVT.

Artikel 131

Zoals hierboven reeds vermeld kunnen de zorggebruikers enerzijds gehuisvest zijn in een woning die door het IBW wordt ter beschikking gesteld, of anderzijds gehuisvest in een woning die door de bewoner gehuurd wordt op de private markt of bij sociale huisvestingsmaatschappij, in eigendom is van de bewoner,...

Indien het IBW een woning aanbiedt aan de zorggebruiker dient deze woning te voldoen aan een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgesomd in het besluit.

Er wordt een onderscheid gemaakt in de voorwaarden tussen collectieve en individuele

woongelegenheden. In een individuele woongelegenheid wonen 1 of 2 bewoners en in een collectieve woongelegenheid wonen 3 of meer bewoners.

De huidige federale wetgeving legde ook normen op aan de infrastructuur waar bewoners van beschut wonen gehuisvest worden. In dit besluit worden de infrastructuurnormen beperkt tot de woningen die door het IBW zelf ter beschikking worden gesteld. Het is immers niet evident om aan bewoners die over een eigen woning beschikken of deze zelf gehuurd hebben normen op te leggen over de woning waarin ze verblijven. Alle woning moeten trouwens voldoen aan de Vlaamse Wooncode.

Artikel 132

Het IBW dient met elke zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger een verblijfsovereenkomst af te sluiten indien er een woning door het IBW wordt ter beschikking gesteld.

In dit artikel worden de elementen die dienen opgenomen te worden in de verblijfsovereenkomst bepaald.

Artikel 133

Dit artikel bepaalt de wijze waarop zowel de begeleidings- als de verblijfsovereenkomst kunnen beëindigd worden.

Artikel 134

Het IBW maakt voor iedere zorggebruiker een begeleidingsplan op. In dit artikel wordt bepaald hoe het begeleidingsplan er moet uitzien en wanneer het moet geëvalueerd worden.

Artikel 135

Dit artikel bepaalt de inhoud van het individueel dossier van elke zorggebruiker die door het IBW wordt begeleid.

Artikel 136

De begeleiders van de IBW zijn niet continu aanwezig in de woningen van de zorggebruikers. In geval van crisissituaties moeten de zorggebruikers wel steeds een beroep kunnen doen op hulpverlening. Het IBW voorziet daartoe in een procedure.

Artikel 137

Dit artikel stelt dat elk IBW een beleid dient te voeren inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en crisissen. Daarnaast stelt het artikel dat het IBW het begeleidingsaanbod en het intern beleid moet communiceren naar de buitenwereld (kandidaat-zorggebruikers en relevante netwerkpartners) en moet afstemmen met relevante netwerkpartners.

Artikel 138

De ondersteunings- en zorgnood van de zorggebruikers vergt meestal niet enkel ondersteuning vanuit de begeleiders van het IBW, maar ook door andere welzijns- en gezondheidsactoren, zoals thuiszorgdiensten, CAW, huisarts,... Het IBW heeft de opdracht om deze actoren te betrekken in de zorg rond de zorggebruiker.

Artikel 139

Dit artikel regelt de continuïteit van de begeleiding van de zorggebruiker.

Artikel 140

In dit artikel is het non-discriminatieprincipe opgenomen.

Artikel 141

Dit artikel stelt dat elk IBW over een interne klachtenprocedure dient te beschikken. Daarnaast moeten de zorggebruikers beroep kunnen doen op de externe ombudsfunctie van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 142

Dit artikel bepaalt enkele werkingsnormen voor de IBW.

Artikel 143

De regels m.b.t. het aanloopadres van de IBW worden bepaald in dit artikel.

Artikel 144

Dit artikel bepaalt dat een IBW dient te beschikken over een zorggebruikersraad.

Artikel 145

De IBW zijn momenteel reeds wettelijk verplicht om Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) te registreren. Deze verplichting wordt gecontinueerd. De gegevens die door de IBW dienen geregistreerd te worden en aan het agentschap bezorgd te worden zijn in bijlage van het besluit opgenomen.

Artikel 146

Voor de begeleiding van de zorggebruikers dient het IBW te beschikken over een multidisciplinair team. Per acht zorggebruikers dient er minstens 1 VTE begeleiding voorzien te worden. Dit is een continuering van de huidige federale regelgeving. Gewijzigd ten opzichte van de federale regelgeving is dat 80% van de personeelsleden die instaan voor begeleiding dienen in het bezit te zijn van een bachelor of master diploma. Voorheen betrof het 100% van de personeelsleden. Wel wordt in het besluit opgesomd in welke studiegebieden de personeelsleden dit bachelor of master diploma verkregen hebben. In de federale regelgeving kwamen alle bachelors of masters in aanmerking voor de begeleidingsequipe van BW.

Door deze bepaling wordt het mogelijk ook ervaringsdeskundigen in te zetten in de begeleidingsequipe van het IBW. Deze ervaringsdeskundigen beschikken immers niet steeds over een diploma hoger onderwijs.

Een ervaringsdeskundige in het geestelijke gezondheidsaanbod is een persoon die over ervaringsdeskundigheid beschikt. Ervaringsdeskundigheid wordt gedefinieerd als de kennis en expertise die voortkomt uit de ervaring met individuerichte zorg, opgedaan als gebruiker of als context, en die voor zichzelf en voor anderen herstelbevorderend kan worden ingezet. Deze ervaring kan alleen tot kennis en expertise met betrekking tot individuerichte zorg leiden wanneer deze via lotgenotencontact wordt verwerkt en verruimd wordt en wanneer via opleiding of vrijwilligerswerk kennis, houdingen, vaardigheden en methoden werden aangereikt om de verruimde ervaring met individuerichte zorg deskundig aan te wenden (definitie ontwerpdecreet geestelijke gezondheid).

Artikel 147

Elk IBW dient een coördinerend psychiater aan te stellen. De taken van deze coördinerend psychiater staan vermeld in het BVR. Deze psychiater heeft louter een coördinerende functie, en staat niet in voor de begeleidingen van zorggebruikers. De zorggebruikers die begeleid worden door het initiatief beschut wonen beschikken over een eigen behandelend psychiater.

De coördinerend psychiater dient minimaal 3 uren per week aanwezig te zijn in het IBW. Het concrete aantal uren is afhankelijk van het aantal zorggebruikers dat begeleid wordt.

Artikel 148

Dit artikel bepaalt dat er op geregelde tijdstippen een teamoverleg moet plaatsvinden.

Artikel 149

In uitvoering van artikel 58 van het overnamedecreet kan het agentschap in het kader van een proefproject een tijdelijke afwijking op de erkenningsnormen toestaan. Een proefproject is een project van tijdelijke duur om nieuwe ideeën of zorgverleningsnormen uit te testen.

Artikel 150

Dit artikel regelt de erkenning van de IBW als zorgvernieuwend initiatief voor activering. De opdracht activering van de IBW is opgenomen in een afzonderlijk hoofdstuk omdat de IBW zich voor activering niet enkel richten naar de zorggebruikers waarmee een begeleidingsovereenkomst afgesloten is, maar naar alle volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige psychiatrische problematiek.

Alle IBW kunnen een erkenning als zorgvernieuwend initiatief voor activering bekomen indien ze bij de aanvraag tot erkenning of verlenging van de erkenning een verklaring indienen dat ze aan alle voorwaarden voor het bekomen van de erkenning voldoen. Deze voorwaarden zijn opgesomd in het BVR. Op heden beschikken alle IBW over een activeringsaanbod, maar is er geen erkenning aan gekoppeld. De erkenning is dus nieuw vanaf 1/1/2019.

Artikel 151

De IBW kunnen een erkenning bekomen als zorgvernieuwend initiatief voor psychiatrische zorg in de thuissituatie. Deze erkenning zal niet toegekend worden aan alle erkende IBW, maar slechts aan de IBW die op dit moment reeds in hun financiering (in concrete de prijs per verblijfsdag) middelen krijgen voor de opdracht psychiatrische zorg in de thuissituatie.

Het BVR voorziet wel de mogelijkheid dat binnen de beschikbare begrotingskredieten IBW een erkenning kunnen krijgen als zorgvernieuwend initiatief voor psychiatrische zorg in de thuissituatie buiten de IBW die hier nu reeds financiering voor krijgen.

Artikel 152

De IBW die reeds de opdracht van psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie uitoefenen en hiervoor de middelen krijgen worden van rechtswege erkend als zorgvernieuwend initiatief voor psychiatrische zorg in de thuissituatie.

Artikel 153

Dit artikel bepaalt de regels voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van zorggebruikers, in het bijzonder medische gegevens.

Artikel 154

De programmatie voor de IBW wordt vastgelegd op 0,5 zorggebruikers per duizend inwoners. Dit stemt overeen met de programmatie in de huidige federale regelgeving (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 bedoel in artikel 35 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987). In de huidige federale regelgeving wordt ook de programmatie voor individueel beschut wonen vastgelegd (0,1 zorggebruikers per duizend inwoners), maximum 20% van de programmatie mocht dus ingevuld worden in de vorm van individueel wonen. In dit BVR wordt het onderscheid tussen groeps- en individueel beschut wonen niet langer gemaakt. Het principe dat slechts 20% van de begeleidingen van beschut wonen op individueel adres zouden mogen plaatsvinden is achterhaald gezien de zorggebruikers meer vragen naar individueel wonen.

Artikel 155

In dit artikel wordt uitgelegd op welke wijze de prijs per verblijfsdag per IBW wordt bepaald. De prijs per verblijfsdag is verschillend per IBW. De prijs per verblijfsdag bestaat uit de som van de vergoedingen opgenomen in dit artikel, paragraaf 2, gedeeld door het quotum van verblijfsdagen.

Het quotum van verblijfsdagen is gelijk aan het aantal gefactureerde dagen dat de begeleidingscapaciteit effectief gedurende het voorbije kalenderjaar ingevuld was. Er wordt uitgegaan van een bezetting van 100%.

In de huidige federale regelgeving is er reeds een 100% budgetgarantie voorzien voor de IBW. Dit wordt in het huidige BVR overgenomen. De IBW hebben normaal geen 100% bezetting gezien op het moment dat lopende begeleidingen worden stopgezet niet steeds op dezelfde dag een nieuwe begeleiding kan opgestart worden. Daarnaast worden begeleidingen ook soms tijdelijk stopgezet omwille van een opname van de zorggebruiker in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis.

Door het inschrijven van deze bepaling in artikel 2 kunnen de IBW toch beschikken over de volledige financiering aan 100% bezetting. Deze 100% financiering wordt toegekend via een inhaalbedrag dat wordt toegepast op de som van de vergoedingen van het daaropvolgend jaar.

De vergoedingen worden opgesomd in §2 van dit artikel.

Deze vergoedingen zijn identiek aan de vergoedingen uit de federale regelgeving (KB van 18 juli 2001 houdende vaststelling van de regelen volgens dewelke het budget van financiële middelen, het quotum van verblijfsdagen en de prijs per verblijfsdag voor initiatieven van beschut wonen).

Volgende vergoedingen zijn evenwel nieuw in dit besluit; een vergoeding voor de geregulariseerde DAC functies en een vergoeding voor de regularisatie van de gesubsidieerde contractuelen. Dit zijn reeds bestaande subsidies die geïntegreerd worden in de financiering. Dit heeft geen meeruitgaven tot gevolg.

Artikel 156

Dit artikel vormt de noodzakelijke juridische basis om de prijs per verblijfsdag mee te laten evolueren met de evolutie van de index.

De aanpassing van de prijs per verblijfsdag gaat in vanaf de eerste maand volgend op de overschrijding van de spilindex.

Artikel 157

De tegemoetkoming voor zorg is gelijk aan de prijs per verblijfsdag. De prijs per

verblijfdag wordt volledig gefinancierd door de Vlaamse overheid, de zorggebruikers dienen hierin geen financiële bijdrage te leveren. De prijs per verblijfdag omvat de kosten van de begeleiding.

Kosten voor huisvesting, maaltijden, medicatie,... van de zorggebruikers worden niet gedekt door de prijs per verblijfdag en dienen dus door de zorggebruikers zelf gefinancierd te worden.

Artikel 158

Artikel 124, derde lid bepaalt dat de begeleidingscapaciteit van een IBW ten minste 64 zorggebruikers bedraagt. Deze bepaling treedt in werking op 1/1/2022. Hiertoe zullen verschillende erkende IBW dienen te fusioneren tegen 1/1/2022.

Volgens de berekening van de verblijfsdag, bepaald in artikel 155, zouden de IBW die samenvoegen nadien over een lagere prijs per verblijfsdag beschikken. De huidige financieringsregels bepalen dat kleinere IBW verhoudingsgewijs een hogere vergoeding krijgen voor volgende elementen uit de prijs per verblijfsdag: vergoeding voor de psychiater, MPG registratie en functiecomplement voor de coördinator.

Gezien de Vlaamse overheid niet wenst dat de IBW die samenvoegen financieel afgestraft worden wordt er voorzien in een systeem van budgetgarantie. Dit in afwachting van een aanpassing van de financieringsregelgeving. Deze aanpassing van de regelgeving zal door het agentschap en de sector voorbereid worden de komende jaren. Gezien de nadruk in dit BVR licht op continuïteit is ervoor geopteerd om voorlopig de huidige federale financieringsregels over te nemen.

d. Deel 4: Revalidatievoorzieningen

In dit deel worden de regels en bepalingen voor het afsluiten, wijzigen en beëindigen van revalidatieovereenkomsten (titel 1), de financiering en tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkingen (titel 2) en de tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkingen in het buitenland en de reiskosten, die hiermee verband houden, (titel 3) bepaald.

Het Verzekeringscomité van het RIZIV kan, in uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, op voorstel van het College van artsen-directeurs overeenkomsten sluiten met revalidatie-inrichtingen. Deze overeenkomsten regelen de uitvoering van diagnostische en revalidatieverstrekkingen (overwegend ambulante, in enkele gevallen met opname), individueel of in groep, met een variabele duur in het kader van een multidisciplinair programma. De toestemming voor de tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, in de kosten van de revalidatieverstrekkingen wordt gegeven door de adviserend geneesheer van de mutualiteit waarbij de patiënt is aangesloten.

Ingevolge de zesde staatshervorming is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor het beleid inzake long term care revalidatie. Hieronder wordt verstaan : "de niet-acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt, ongeacht de instelling waar deze zorgen worden verstrekt in het kader van de interactie ouders-kinderen, in het kader van mentale, sensorische, verslavings-, stem- en spraakstoornissen, voor hersenverlamden, in het kader van kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen, evenals de niet-acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt wat betreft motorische stoornissen buiten algemene en universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen waar tegelijkertijd chirurgische en geneeskundige verstrekkingen verricht worden exclusief voor kinderen of voor de behandeling van tumoren." Een reeks (maar niet alle) revalidatieovereenkomsten worden dientengevolge naar de gemeenschappen overgeheveld. De prestatievergoedingen van de zorgverstrekkers en de bijhorende regelgeving blijven evenwel een federale bevoegdheid.

Het College van artsen-directeurs van het RIZIV speelt een belangrijke rol in het zorgaanbod dat via revalidatieovereenkomsten wordt georganiseerd. Voor sommige specifieke casussen moest het College van artsen-directeurs voorheen de goedkeuring voor tegemoetkoming door de verzekeringsinstellingen verlenen. Daarnaast heeft het College van artsen-directeurs een belangrijke adviserende rol bij het afsluiten van nieuwe overeenkomsten en het wijzigen of beëindigen van bestaande overeenkomsten. Bij voorliggend BVR worden deze taken toebedeeld aan de Expertencommissie. Ook het bestaand overlegmodel bij het RIZIV via de akkoordraad wordt bij voorliggend BVR vertaald naar een Vlaams model met sector adviescommissies.

Artikel 159

Een individuele zorgvoorziening kan vragen om een nieuwe revalidatieovereenkomst af te sluiten of een bestaande revalidatieovereenkomst te wijzigen. Een nieuwe revalidatieovereenkomst kan ook worden afgesloten of een bestaande revalidatieovereenkomst kan ook worden gewijzigd op initiatief van de minister of het agentschap.

Artikel 160

De desbetreffende zorgvoorziening kan vragen om een bestaande revalidatieovereenkomst te beëindigen. De minister of het agentschap kan het initiatief nemen om bestaande revalidatieovereenkomsten te beëindigen.

Artikelen 161 tot en met 175

Deze artikels beschrijven de procedure voor het sluiten en wijzigen van een revalidatieovereenkomst.

Op vandaag is er geen formele procedure voor de behandeling van aanvragen tot het afsluiten van een nieuwe revalidatieovereenkomst of het wijzigen van een bestaande revalidatieovereenkomst bepaald. Aanvragen worden aan het RIZIV gericht. De Dienst voor Geneeskundige Verzorging bepaalt autonoom welke vragen voor advies worden overgemaakt aan het College van artsen-directeurs. Er is geen tijdspad voor het formuleren van een advies door het College van artsen-directeurs bepaald. Dit, samen met het gegeven dat een advies indien de akkoordraad wordt betrokken, altijd in volledige consensus tussen het college van artsen-directeurs en de akkoordraad moet worden opgesteld, maakt dat vragen vaak lang op een antwoord moeten wachten. Via de bepalingen in dit BVR willen we een gelijke behandeling van alle vragen en een redelijke termijn van antwoord vastleggen.

Aanvragen tot het afsluiten van een nieuwe revalidatieovereenkomst en het wijzigen van een bestaande revalidatieovereenkomst worden aan de minister gericht. Artikel 161 bepaalt de informatie die minimaal aanwezig moet zijn in deze aanvraag.

Uiterlijk binnen de 30 dagen na ontvangst van de aanvraag wordt een ontvangstmelding aan de aanvrager gestuurd. In het geval informatie, zoals vermeld in artikel 161 ontbreekt, wordt dit meegedeeld. De ontvangstmelding van een ontvankelijke aanvraag, vermeldt de ontvangstdatum.

Binnen dezelfde 30 dagen na ontvangst van een ontvankelijke aanvraag, wordt door het agentschap advies gevraagd aan de Expertencommissie en aan de sectorale adviescommissie. Ook in het geval de minister of het agentschap het initiatief neemt tot aanpassing van een revalidatieovereenkomst of het sluiten van een nieuwe revalidatieovereenkomst, wordt voorafgaandelijk advies gevraagd. Het betreft een vraag tot advies over de inhoudelijke aspecten: is er effectief een zorgnood bij de voorgestelde

doelgroep, is het beoogde zorgaanbod doelmatig en is de voorziening in staat om op een kwalitatieve wijze het zorgaanbod te organiseren.

Artikel 78, §1, derde lid, van het overnamedecreet voorziet dat de Vlaamse Regering uitzonderingen kan voorzien, waarin het advies van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie niet moet worden gevraagd bij het sluiten, wijzigen of beëindigen van revalidatieovereenkomsten. Deze uitzonderingen moeten eerst voor advies worden voorgelegd aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie. Zodoende beschikt de Vlaamse Regering over de mogelijkheid om in de toekomst bijvoorbeeld voor een aantal beperkte aanpassingen niet steeds de volledige procedure te moeten doorlopen. Ook voor aanpassingen die het gevolg zijn van bepalingen die in de revalidatieovereenkomst zijn opgenomen, wordt geen voorafgaandelijk advies gevraagd. Voorbeelden hiervan zijn een aanpassing van de tegemoetkoming, in functie van een toename van de anciënniteit van het personeel of indexering voorzien in de overeenkomst. Dit wordt vastgelegd in artikel 78, §1, vierde lid, van het overnamedecreet.

De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie stellen, in overleg, een advies op, binnen de 30 dagen na ontvangst van de vraag tot advies. Ze kunnen hiervoor, gezamenlijk of op eigen initiatief, bijkomende inlichtingen vragen aan het agentschap en/of de aanvrager. Er kunnen ook deskundigen worden geconsulteerd. De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie streven naar een consensus, maar dit is niet noodzakelijk. Als zij geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom er geen consensus kon worden bereikt.

De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie kunnen, hetzij samen, hetzij afzonderlijk, vragen deze termijn te verlengen. De vraag tot verlenging moet gemotiveerd worden. Er kan door het agentschap tot twee maal een verlenging van telkens maximaal 30 dagen worden toegestaan.

Er wordt voorzien in de mogelijkheid dat, in het geval de Expertencommissie en de sectorale akkoordraad er niet in slagen om binnen de vooropgestelde termijn een gezamenlijk advies uit te brengen, individuele adviezen worden gegeven. Desgevallend wordt daartoe de termijn met 30 dagen verlengd. Opnieuw bestaat de mogelijkheid om, mits motivatie, deze termijn twee keer met dertig dagen te verlengen.

Bij het uitblijven van advies binnen de vooropgestelde termijn, kan de behandeling van de aanvraag door het agentschap verdergezet worden. Hierdoor wordt vermeden dat het uitblijven van het gezamenlijk of de individuele adviezen blokkerend werkt in de afhandeling van een aanvraag.

Het agentschap maakt, rekening houdend met het advies van de Expertencommissie en/of de sectorale adviescommissie, zo dit werd ontvangen, een advies op en bezorgt dit aan de minister. Zo dit wenselijk is, kan het agentschap bijkomende inlichtingen vragen aan de Expertencommissie en/of de sectorale adviescommissie. Er werd geen termijn voor deze stap in het proces bepaald. De termijnen van goed bestuur worden gevolgd.

De adviezen zoals ontvangen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie, worden door het agentschap ter informatie overgemaakt aan het Raadgevend Comité VSB en het Raadgevend Comité Zorg en Gezondheid.

Nadat de minister het advies van het agentschap heeft ontvangen, neemt hij een beslissing. Het agentschap voert deze beslissing uit. In het geval van een negatieve beslissing wordt dit, via aangetekend schrijven, aan de aanvrager meegedeeld. In deze mededeling worden de redenen van de weigering vermeld.

De beslissing van de minister wordt ter informatie aan de Expertencommissie en aan de sectorale adviescommissie meegedeeld.

De revalidatieovereenkomst en de wijzigingsclausules worden ondertekend door de minister.

Artikelen 176 t.e.m. 183

Deze artikels beschrijven de procedure voor het beëindigen van een revalidatieovereenkomst, op vraag van een revalidatievoorziening.

Op vandaag beperkt de procedure voor het beëindigen van een revalidatieovereenkomst zich tot het vastleggen van een opzegtermijn. In de overeenkomst is bepaald dat via een aangetekend schrijven door één van de partijen en mits inachtneming van een opzeggingstermijn van drie maanden, die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van het aangetekend schrijven, de overeenkomst steeds kan worden beëindigd. Via de bepalingen van voorliggend BVR willen we de mogelijkheid inschrijven om maatregelen op te leggen die noodzakelijk worden geacht om de continuïteit van zorg en de veiligheid voor de zorggebruiker te garanderen.

Aanvragen tot het beëindigen van een revalidatieovereenkomst worden aan de minister gericht. In de aanvraag wordt meegedeeld waarom en vanaf wanneer men de revalidatieovereenkomst wil beëindigen. Ook de maatregelen die men voorziet in het kader van de continuïteit van zorg en veiligheid van zorg voor de desbetreffende zorggebruikers moeten in de aanvraag worden meegedeeld.

Uiterlijk binnen de 30 dagen na ontvangst van de aanvraag wordt een ontvangstmelding aan de aanvrager gestuurd. In het geval informatie ontbreekt, wordt dit meegedeeld. De ontvangstmelding van een ontvankelijke aanvraag, vermeldt de ontvangstdatum.

Het agentschap vraagt advies aan de Expertencommissie en aan de sectorale adviescommissie. Het betreft een vraag tot advies over de voorgestelde maatregelen inzake continuïteit en veiligheid van zorg.

De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie stellen, gezamenlijk of elk afzonderlijk, een advies op, binnen de 30 dagen na ontvangst van de vraag tot advies. In het gezamenlijk advies streven de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie naar een consensus, maar dit is niet noodzakelijk. Als zij geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom er geen consensus kon worden bereikt.

Bij het uitblijven van advies binnen de vooropgestelde termijn, kan de behandeling van de aanvraag door het agentschap verdergezet worden. Hierdoor wordt vermeden dat het uitblijven van het gezamenlijk of de individuele adviezen blokkerend werkt in de afhandeling van een vraag tot het beëindigen van een revalidatieovereenkomst.

Het agentschap maakt, rekening houdend met het advies van de Expertencommissie en/of de sectorale adviescommissie, zo dit werd ontvangen, een advies op en bezorgt dit aan de minister.

De adviezen zoals ontvangen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie, worden door het agentschap ter informatie overgemaakt aan het Raadgevend Comité VSB en het Raadgevend Comité Zorg en Gezondheid.

De minister neemt kennis van de datum van de stopzetting van de revalidatieovereenkomst en kan maatregelen inzake de continuïteit en de veiligheid van de zorgverlening opleggen. Desgevallend worden deze maatregelen aan de revalidatievoorziening meegedeeld via aangetekend schrijven. Deze maatregelen worden, ter informatie, ook meegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie.

Een revalidatievoorziening maakt geen aanspraak op een vergoeding voor de eventuele kosten die gepaard gaan met het beëindigen van de overeenkomst.

Artikel 184 t.e.m. 192

Deze artikels beschrijven de procedure voor het beëindigen van een revalidatieovereenkomst, op initiatief van de minister of het agentschap.

Op vandaag kan het RIZIV eenzijdig en zonder enige motivatie, via een eenvoudig aangetekend schrijven, een revalidatieovereenkomst beëindigen. Via de bepalingen van voorliggend BVR willen we de rechtszekerheid voor de revalidatievoorzieningen versterken. De revalidatievoorziening wordt geïnformeerd waarom een revalidatieovereenkomst wordt stopgezet. Aan de revalidatievoorziening wordt de kans geboden om te reageren op het voornemen tot stopzetting van de revalidatieovereenkomst, om desgewenst via argumentatie het voornemen te laten herzien.

Via een aangetekend schrijven, waarin de redenen worden vermeld, wordt het voornemen van de minister om de revalidatieovereenkomst stop te zetten aan de revalidatievoorziening meegedeeld.

De revalidatievoorziening kan, tot uiterlijk 30 dagen na de ontvangst van het aangetekend schrijven, reageren. In deze reactie kan de revalidatievoorziening een voorstel formuleren om de reden tot stopzetting te remediëren of om de continuïteit van de zorgverlening bij beëindiging van de revalidatieovereenkomst te verzekeren.

Door het agentschap wordt, uiterlijk binnen de 15 dagen na ontvangst van de reactie van de revalidatievoorziening op het voornemen, of na het verstrijken van de termijn waarbinnen de revalidatievoorziening had kunnen reageren, advies gevraagd aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie. Deze vraag tot advies betreft de maatregelen die nodig zijn om de continuïteit van de zorgverlening en de veiligheid voor de zorggebruiker te garanderen.

De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie stellen, gezamenlijk of afzonderlijk, uiterlijk binnen de 30 dagen na ontvangst van de vraag, een advies op. Het advies wordt ter informatie overgemaakt aan het Raadgevend comité VSB en het Raadgevend comité Zorg en Gezondheid.

Het agentschap maakt een advies op voor de minister, rekening houdend met de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie, zo dit tijdig werd bezorgd. De minister beslist, op basis van dit advies, over de datum van het beëindigen van de revalidatieovereenkomst en de maatregelen die nodig zijn om de continuïteit van zorg en de veiligheid van de zorggebruiker te garanderen. De datum voor het beëindigen van de revalidatieovereenkomst kan ten vroegste drie maanden na de beslissing van de minister vallen. Hierdoor wordt de huidige opzegtermijn behouden.

De beslissing van de minister wordt ter informatie overgemaakt aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie.

Artikel 192

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om snel, voorlopige maatregelen te nemen in het geval er onmiddellijk, reëel en ernstig gevaar is voor de gezondheid en de veiligheid van de zorggebruikers. Artikel 14 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is desgevallend van toepassing.

"Art. 14. Als dat vereist is om de veiligheid of de gezondheid van de zorggebruiker te vrijwaren, kan de Vlaamse Regering concrete beschermende maatregelen opleggen aan de actor in de zorg. In dat bevel is de termijn bepaald waarin de maatregelen gelden en is omschreven welke voorwaarden vervuld moeten zijn om de vastgestelde gebreken te verhelpen.

Als het nemen van de maatregelen, vermeld in het eerste lid, om zeer dringende redenen van veiligheid of gezondheid van de zorggebruiker niet kan worden uitgesteld, kan de inspecteur aan de actor in de zorg concrete beschermende maatregelen opleggen die ten hoogste zeven dagen gelden. Die maatregelen kunnen door de Vlaamse Regering worden opgeheven, verlengd of gewijzigd, met een bevel als vermeld in het eerste lid.

De maatregelen, vermeld in het eerste en tweede lid, kunnen onder meer bestaan in een gehele of gedeeltelijke sluiting van de voorziening, het verbod bepaalde activiteiten te verrichten of voort te zetten, de verplichting bepaalde zorggebruikers in cohorte te behandelen of het verbod nieuwe zorggebruikers op te nemen.

In geval van niet-naleving van de conform het eerste lid opgelegde maatregelen stelt de Vlaamse Regering een proces-verbaal van vaststelling op en bezorgt ze dat aan het Openbaar Ministerie.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure die gelden bij de toepassing van het eerste en het tweede lid."

Artikel 193

Dit artikel bepaalt de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings.

Op vandaag is de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings bepaald in de revalidatieovereenkomst. Het principe dat wordt gehanteerd is dat de normale werkingskost van de revalidatievoorziening op jaarbasis, vereffend wordt via een vooraf bepaald aantal prestaties dat voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen in aanmerking komt.

Hoewel het principe voor het berekenen van de werkingskost op jaarbasis uniform is, is de manier waarop de deze wordt berekend voor de voorzieningen verschillend. De werkingskost van een voorziening is de som van de personeelskost, de kost voor infrastructuur en diverse werkingskosten. De werkingskost wordt soms als de reële kost berekend, rekening houdend met het barema dat gekoppeld is aan de functie, de anciënniteit van betrokkene, de toeslagen voor onregelmatige prestaties, haard- en standplaatstoelagen, ..., en soms als een gemiddelde loonkost uitgaand van een gemiddelde anciënniteit. De kost voor infrastructuur wordt voor sommige revalidatievoorzieningen berekend als een percentage op de personeelskost en voor andere voorzieningen op basis van de effectief gemaakte kosten. Voor een aantal revalidatievoorzieningen wordt een tegemoetkoming via andere kanalen zoals VIPA of VAPH voorzien, voor andere niet. Voor een aantal revalidatievoorzieningen worden diverse werkingskosten in rekening gebracht, voor andere niet. Ook de diverse werkingskosten zijn bepaald op hetzij de reële kosten, hetzij als een percentage van de andere kosten.

Deze grote diversiteit in methodologie, maakt dat het onmogelijk is om via BVR nauwgezet de methodologie voor het bepalen van de werkingskost op jaarbasis te bepalen. Tijdens deze overgangsfase en in afwachting van een herziening ten gronde, is een overname van de bestaande situatie vooropgesteld. Verschillen in de tegemoetkoming voor revalidatieprestaties zijn historisch en zijn vaak gelinkt aan andere financieringsstromen (bijvoorbeeld waar de revalidatievoorziening gekoppeld is aan een ziekenhuis). Het individueel aanpassen van de hoogte van tegemoetkoming is daarom onmogelijk. Een herziening ten gronde moet rekening houden met alle aspecten van de revalidatie en gestoeld zijn op een nog te ontwikkelen visie op het Vlaams revalidatiebeleid. Dit vraagt tijd en overleg met de sector. De focus ligt daarom nu op het realiseren van een juridische basis om de operationele overname vanaf 1 januari 2019 en

continuïteit van de zorgverlening en rechtszekerheid voor de zorgaanbieders te garanderen.

Daarom bevat artikel 193 de algemene rekenregels voor het bepalen van de jaarenveloppe van de revalidatievoorzieningen. De jaarenveloppe van de revalidatievoorziening wordt berekend als het product van de eenheidsprijs en een aantal prestaties die voor vergoeding in aanmerking komen.

De concretisering ervan gebeurt, met respect voor deze bepaling, in de revalidatieovereenkomst, die door de minister wordt afgesloten.

In de revalidatieovereenkomst wordt het theoretisch aantal eenheidsverstrekkingen bepaald. Dit gebeurt in functie van de vereiste inzet van middelen voor het leveren van de revalidatieverstreking ten opzichte van de beschikbare middelen van de revalidatievoorziening. Het theoretisch aantal eenheidsverstrekkingen is het maximaal aantal eenheidsverstrekkingen die een revalidatievoorziening kan verrichten, als 100 % van zijn beschikbare middelen worden ingezet. Het theoretisch aantal revalidatieverstrekingen verschilt dus per revalidatievoorziening.

In de revalidatieovereenkomst wordt de eenheidsprijs berekend als het quotiënt van de werkingskost op jaarbasis en het aantal prestaties dat de revalidatievoorziening kan verrichten op jaarbasis, mits het optimaal benutten van de beschikbare middelen. Het optimaal benutten van de beschikbare middelen betekent dat 90 % van de realiseerbare capaciteit wordt gehaald. De eenheidsprijs is dan het resultaat van de breuk: jaarlijkse werkingskost / 90 % van de realiseerbare capaciteit.

In de revalidatieovereenkomst wordt ook een maximale facturatiecapaciteit bepaald. Dit is het maximaal aantal prestaties op jaarbasis, dat voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen in aanmerking komt. In de revalidatieovereenkomsten die, ingevolge de 6^{de} Staatshervorming, onder Vlaamse bevoegdheid zijn gekomen, worden drie grenswaarden voor de maximale facturatiecapaciteit gebruikt: 98 % van de realiseerbare capaciteit (voor de revalidatievoorzieningen vermeld in paragraaf 1), 92 % van de realiseerbare capaciteit (voor de revalidatievoorzieningen vermeld in paragraaf 2) en 100 % van de realiseerbare capaciteit (voor de revalidatievoorzieningen vermeld in paragraaf 3). In de revalidatieovereenkomst wordt bepaald dat revalidatieverstrekingen die worden verricht boven het aantal dat de maximale facturatiecapaciteit, noch aan de patiënt, noch aan de verzekeringsinstellingen mogen worden aangerekend.

De capaciteit die wordt bepaald als 90 % van de realiseerbare capaciteit wordt de normale facturatiecapaciteit genoemd. De prestaties die worden gerealiseerd tot het aantal van de normale facturatiecapaciteit is bereikt, mogen aan de (normale) eenheidsprijs aan de verzekeringsinstellingen worden gerekend. In de revalidatieovereenkomst wordt bepaald dat revalidatieverstrekingen die worden verricht boven de normale facturatiecapaciteit, maar onder de maximale facturatiecapaciteit, aan een verminderde prijs moeten worden gerekend aan de verzekeringsinstellingen. Deze verminderde prijs bedraagt 50 % of 25 % van de eenheidsprijs en wordt bepaald in functie van het aantal gerealiseerde en gefactureerde revalidatieverstrekingen in de voorbije jaren.

De jaarenveloppe van een revalidatievoorziening is het maximale totale bedrag dat een revalidatievoorziening per kalenderjaar mag aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen. Rekening houdend met bovenstaande kan de jaarenveloppe van de revalidatievoorziening worden berekend als het aantal revalidatieprestaties binnen de normale facturatiecapaciteit aan de normale eenheidsprijs, vermeerderd met het aantal revalidatieprestaties dat begrepen is tussen de normale en de maximale facturatiecapaciteit aan een verminderde eenheidsprijs van maximum 50 %.

De revalidatievoorzieningen leveren vaak meerdere soorten van revalidatieverstrekingen. In de revalidatieovereenkomst is bepaald welke soorten

revalidatieverstrekingen kunnen geleverd worden en voor tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen in aanmerking komen. In de revalidatieovereenkomst is ook de mathematische waarde van de verschillende soorten revalidatieverstrekingen ten opzichte van de eenheidsprestatie bepaald. Zo kan bijvoorbeeld bepaald zijn dat de revalidatieverstreking "halve revalidatiedag" beschouwd wordt als 0,5 "revalidatiedag". Met deze mathematische waarden moet rekening worden gehouden, zowel voor wat betreft het aantal gerealiseerde revalidatieverstrekingen op jaarbasis (in functie van de normale en maximale facturatiecapaciteit), als voor wat betreft het bedrag van de tegemoetkoming voor deze revalidatieverstrekingen door de verzekeringsinstellingen.

De revalidatieverstreking door een "Rolstoel Advies Team" betreft het opmaken van een advies over de al dan niet gerechtvaardigde tussenkomst van de verzekeringsinstelling voor een mobiliteitshulpmiddel. Dit advies is een noodzakelijke vereiste voor het openen van het recht voor de zorggebruiker op een VSB-tussenkomst voor mobiliteitshulpmiddelen. Omwille van deze link met het VSB verzekeringsmodel, wordt voor deze revalidatieovereenkomsten geen maximale facturatiecapaciteit bepaald. Paragraaf 6 bepaalt de tegemoetkoming voor deze revalidatieverstreking, verschillend in functie of de arts, verbonden aan het Rolstoel Advies Team, de zorggebruiker al dan niet kent via eerdere behandeling.

Artikel 194

Dit artikel vormt de noodzakelijke juridische basis om de bedragen van de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen mee te laten evolueren met de evolutie van de index.

Enkel het aandeel van de personeelskost in de werkingskost op jaarbasis, volgt de indexevolutie. In de revalidatieovereenkomst is dit aandeel bepaald.

De aanpassing van de tegemoetkoming gaat in de 1^{ste} dag van de maand volgend op de overschrijding van de spilindex. Op vandaag wordt, in het geval deze timing niet wordt gerespecteerd, gewerkt via een complex model van zogeheten 'inhaalforfaits'. De revalidatievoorzieningen moeten, gedurende een vooraf bepaalde periode, via een bijkomend nummer een vooraf bepaald bedrag extra aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen, bij elke revalidatieprestatie die wordt gepresteerd en aangerekend.

Via dit artikel wordt het bestaande complexe model vereenvoudigd. In het geval de timing voor de aanpassing van de tegemoetkoming ingevolge indexevolutie niet wordt gerespecteerd, wordt er een bedrag ter compensatie van het tekort aan tegemoetkomingen, aan de revalidatievoorziening toegekend.

Artikel 195

Dit artikel kopieert de op vandaag bestaande regeling voor een aanpassing van de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen, ingevolge een stijging van de personeelskost in functie van een toegenomen anciënniteit.

De revalidatievoorzieningen kunnen, in het geval de reële personeelskost meer dan 1 % hoger ligt dan wat voor de berekening van de eenheidsprijs in rekening werd gebracht (conform de bepalingen van artikel 193), een aanvraag indienen om de berekening van de eenheidsprijs te herzien. De revalidatievoorzieningen moeten daartoe een aanvraag indienen bij het agentschap, volgens een vooraf bepaald model.

Nog zoals het op vandaag geldig is, wordt de aanpassing van de tegemoetkoming uiterlijk 1^{ste} dag van de vierde maand volgend op een ontvankelijke aanvraag, van kracht. Ook hier wordt het complexe model van inhaalforfaits, zoals die op vandaag bestaat,

vervangen door een vereenvoudigde werkwijze, conform de bespreking eerder bij artikel 194.

Omdat dit ook vandaag niet is voorzien, kunnen een aantal groepen van voorzieningen, opgenoemd in de laatste paragraaf, geen aanvraag tot aanpassing van de tegemoetkoming ingevolge een toegenomen anciënniteit van het personeel vragen.

Artikel 196 en 197

Deze artikels bevatten de bepalingen voor de tegemoetkoming voor reiskosten voor zorggebruikers jonger dan 18 jaar.

Op vandaag kunnen jongeren, jonger dan 18 jaar, die gerevalideerd worden in hetzij een referentiecentrum voor autisme, hetzij een centrum voor visuele revalidatie, een tegemoetkoming krijgen voor hun vervoer naar en van de revalidatievoorziening. Deze bestaande situatie wordt behouden, mits een vereenvoudigde wijze voor het bepalen van de hoogte van de tegemoetkoming.

Jongeren die rechthebbende zijn voor een tegemoetkoming voor de revalidatie in een referentiecentrum voor autisme of een centrum voor visuele revalidatie, en zich effectief moeten verplaatsen voor deze revalidatie, kunnen een tegemoetkoming voor deze verplaatsing bekomen.

Daar waar nu een vergoeding per kilometer is voorzien, wordt overgestapt op een forfaitaire tegemoetkoming. De hoogte van het forfait werd berekend als een gemiddelde van de reële uitgaven in de voorbije jaren.

Het forfait wordt aan de rechthebbende betaald op vertoon van een attest, dat door de revalidatievoorziening werd afgeleverd, waarop de dagen zijn vermeld waarop aan de zorggebruiker effectief revalidatieverstrekingen zijn verleend.

Artikel 198 t.e.m. 203

Deze artikels bevatten de bepalingen voor de tegemoetkoming voor reiskosten voor rolstoelgebruikers die vervoerd worden in een aangepast voertuig.

Op vandaag kunnen rolstoelgebruikers die met aangepast vervoer zich moeten verplaatsen voor een revalidatie, een tegemoetkoming krijgen voor hun vervoer naar en van de revalidatievoorziening. Deze bestaande situatie wordt behouden.

Rolstoelgebruikers die rechthebbende zijn voor een tegemoetkoming voor de revalidatie in een referentievoorziening en zich effectief moeten verplaatsen voor deze revalidatie, kunnen een tegemoetkoming voor deze verplaatsing bekomen. Ze moeten daartoe een voorafgaande goedkeuring van de verzekeringsinstelling waarbij ze zijn aangesloten bekomen.

Het bedrag van de tegemoetkoming per kilometer verschilt voor rolstoelgebruikers die zich verplaatsen via een eigen, aangepast voertuig, ten opzichte van rolstoelgebruikers die beroep doen op professionele vervoerders om zich te verplaatsen.

Artikel 200 bepaalt de methode voor het bepalen van het aantal kilometers dat in rekening mag worden gebracht. Artikel 202 stelt dat de tegemoetkoming voor de reiskosten het product is van de tegemoetkoming per kilometer en het toegelaten aantal kilometer dat voor vergoeding in aanmerking komt. In het geval meerdere rolstoelgebruikers door een professionele vervoerder in één voertuig worden vervoerd, wordt de tegemoetkoming voor de reiskosten per rolstoelgebruiker verminderd.

Ook de berekening van de hoogte van de tegemoetkoming, wordt ongewijzigd ten opzichte van de huidige situatie overgenomen. Ook hier is een herziening ten gronde nodig, waarvoor nu de tijd ontbreekt. Echter, we willen bestaande excessen kunnen stoppen. Daarom is de mogelijkheid ingeschreven dat de minister een plafond van het van de tegemoetkoming voor reiskosten kan bepalen.

De tegemoetkoming voor de reiskosten wordt door de verzekeringsinstelling betaald aan hetzij de zorggebruiker, hetzij de professionele vervoerder. Er mag geen eigen bijdrage aan de zorggebruiker die wordt vervoerd door een professionele vervoerder worden gevraagd.

Artikel 204

Dit artikel vormt de noodzakelijke juridische basis om de bedragen van de tegemoetkoming voor de reiskosten mee te laten evolueren met de evolutie van de index.

Artikel 205 t.e.m. 215

Deze artikels bepalen de procedure die moet gevolgd worden voor het bekomen van de voorafgaandelijke goedkeuring voor een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen.

Op vandaag is, om een tegemoetkoming van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten te bekomen, voorafgaandelijk aan revalidatieverstrekingen, een goedkeuring van de adviserend arts van die verzekeringsinstelling nodig. Een goedkeuring wordt verleend als voldaan wordt aan drie voorwaarden: de zorggebruiker is verzekerd bij de desbetreffende verzekeringsinstelling, er is geen cumul met andere of eerdere verstrekingen en de zorggebruiker behoort tot de doelgroep van de revalidatievoorziening. De controle betreffende de eerste twee voorwaarden worden de administratieve controles genoemd, de controle betreffende de laatste voorwaarde wordt de medische controle genoemd.

In afwachting van een inkanteling in het VSB-model, wordt het recht op een tegemoetkoming geopend via het verzekerd zijn bij de federale ziekteverzekering. Dit en ook eventuele cumul van verstrekingen (de administratieve controle) wordt gecontroleerd door de desbetreffende mutualiteit. De controle of de zorggebruiker tot de doelgroep van de zorgvoorziening behoort (de medische controle), gebeurt door de Zorgkassencommissie, die de huidige taken van de adviserend arts overneemt.

We gaan op een later moment over van a priori controles naar a posteriori controles. Dit impliceert dat een aanvraag tot tegemoetkoming enkel nog administratief gecontroleerd wordt en dat, mits aan de administratieve voorwaarden voldaan is, kan gestart worden met de revalidatieverstrekingen. Nadien, dus a posteriori, worden controles georganiseerd waarbij de conformiteit van de medische gegevens in de aanvraag met de realiteit van de zorggebruiker wordt nagegaan. In het geval deze a posteriori controles anomalieën aantonen, kunnen onterecht bekomen tegemoetkomingen teruggevorderd.

Op deze manier wil Vlaanderen enerzijds de procedure voorafgaand aan het starten van de revalidatieverstrekingen, die op vandaag soms problematisch is, vereenvoudigen en anderzijds de zorgvoorzieningen responsabiliseren in hun eigen verantwoordelijkheden. De overstap naar a posteriori controles is echter nog niet uitgewerkt voor alle revalidatievoorzieningen. Gelet op de mogelijke consequenties indien blijkt dat tegemoetkomingen onterecht werden bekomen, is het belangrijk dat de controle op de conformiteit van de medische gegevens in de aanvraag, correct en uniform kan gebeuren nadat de desbetreffende zorggebruiker revalidatieverstrekingen heeft ontvangen. De methodiek voor deze controles moet nog verder worden uitgewerkt, in overleg met de sector. Daarom worden in voorliggend BVR twee procedures voor het bekomen van een voorafgaandelijke goedkeuring uitgewerkt. De standaard aanvraagprocedure, waarbij wel

nog een a priori medische controle gebeurt, en een vereenvoudigde aanvraagprocedure, waarbij enkel een administratieve controle gebeurt. Zolang de minister, conform artikel 211, niet heeft bepaald in welke gevallen de vereenvoudigde procedure, vermeld in artikel 211, van toepassing is, bepaalt de tabel, vermeld in artikel 349, in welke gevallen de standaardprocedure, vermeld in artikel 210, en in welke gevallen de vereenvoudigde procedure, vermeld in artikel 211, van toepassing is. De samenstelling van deze lijst is ingegeven vanuit de expertise in het huidige proces, waarbij geoordeeld is dat op vandaag al via a posteriori controles kan gewerkt worden. De minister zal, in functie van de verdere ontwikkelingen in het model van de a posteriori controles, deze lijst verder laten evolueren. Hierover zal advies worden ingewonnen bij de Expertcommissie.

Een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen en reiskosten kan dus nog steeds enkel worden toegekend mits een voorafgaandelijke goedkeuring van de verzekeringsinstelling. Het is de procedure om te komen tot deze goedkeuring die wordt vereenvoudigd (cfr. supra).

De huidige regel, waarbij geen tegemoetkoming wordt toegestaan voor revalidatieprestaties die vroeger dan 30 dagen voor de ontvangstdatum van de aanvraag tot goedkeuring zijn verricht, wordt behouden. In voorliggend BVR wordt de postdatum gedefinieerd als de datum van de brief waarmee de volledige aanvraag is verzonden, of de datum waarop de verzekeringsinstelling een volledige aanvraag heeft ontvangen. Op vandaag blijken soms problemen te bestaan over de exacte bepaling van de postdatum. Deze problemen kunnen pas ten gronde worden weggewerkt als kan overgestapt worden naar een elektronische vraag tot goedkeuring. Voor deze overschakeling ontbreken nu de middelen en de tijd, waardoor we genoodzaakt zijn nog verder te werken met papieren aanvragen.

Een goedkeuring moet worden aangevraagd bij de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten. De aanvraag moet gebeuren door de revalidatievoorziening, in tegenstelling tot de situatie op vandaag waar de aanvraag door de zorggebruiker moet gebeuren. We bieden via deze bepaling een betere ondersteuning aan de zorggebruiker, door het verschuiven van de verantwoordelijkheid voor het aanvragen van de goedkeuring tot tegemoetkoming.

Het model van de aanvraag tot goedkeuring werd gestandaardiseerd. Standardisatie leidt tot minder fouten. De standardisatie verhoogt de efficiëntie: de gevraagde informatie wordt beperkt tot wat essentieel is voor de beoordeling van de aanvraag. De aanvraag bestaat uit drie of vier delen, afhankelijk of er al dan niet ook een goedkeuring voor tegemoetkoming in reiskosten wordt gevraagd. Het eerste deel is een administratief gedeelte, te ondertekenen door een administratief verantwoordelijke van de revalidatievoorziening, waarin de gegevens van de revalidatievoorziening, de aard, de periode en desgevallend de frequentie van de revalidatieverstrekingen worden vermeld. Deel twee, te ondertekenen door de zorggebruiker, is de eigenlijke aanvraag tot tegemoetkoming. Dit deel is zo ontworpen dat dit ook dienst doet als het *informed consent*. Het derde deel bevat de medische informatie over de zorggebruiker en wordt ondertekend door de arts die de medische verantwoordelijkheid over de patiënt draagt. Eventueel wordt een vierde deel toegevoegd met een gestandaardiseerd medisch verslag waaruit blijkt dat de zorggebruiker zijn rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer.

Zowel in de standaard aanvraagprocedure als in de vereenvoudigde aanvraagprocedure doet de verzekeringsinstelling een administratieve controle van de aanvraag. Een administratieve controle impliceert een controle op de verzekeringsstatus van de zorggebruiker en de naleving van de regels over cumulatie met andere verstrekingen. Als niet voldaan wordt aan de administratieve voorwaarden, wordt de aanvraag tot tegemoetkoming geweigerd. De zorggebruiker en de revalidatievoorziening worden hiervan in kennis gesteld. Als aan de administratieve voorwaarden voldaan wordt, doorloopt de aanvraag vervolgens de standaard aanvraagprocedure of de vereenvoudigde aanvraagprocedure moet worden gevolgd.

In het geval de aanvraag onderworpen is aan de standaard aanvraagprocedure wordt de aanvraag, binnen de 15 werkdagen na ontvangstdatum, overgemaakt aan de Zorgkassencommissie. De Zorgkassencommissie maakt, binnen de 20 werkdagen volgend op de ontvangst van de aanvraag, de beslissing over aan de verzekeringsinstelling. De beslissing van de Zorgkassencommissie is bindend. Binnen de 15 werkdagen volgend op de ontvangst van het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie, bezorgt de verzekeringsinstelling een beslissing over de aanvraag aan de zorggebruiker en aan de revalidatievoorziening. Een goedkeuring van de verzekeringsinstelling vermeldt de gegevens van de revalidatievoorziening en het soort, de periode waarin en desgevallend de frequentie waarmee de revalidatieverstrekingen waarvoor een goedkeuring wordt verleend mogen worden verleend. In voorkomend geval worden ook de reiskosten waarvoor een goedkeuring wordt verleend, vermeld. Een weigering van de verzekeringsinstelling wordt steeds via aangetekend schrijven, waarin de reden tot weigering en de mogelijkheden om bezwaar in te dienen tegen deze weigering, kenbaar gemaakt.

In het geval de aanvraag onderworpen is aan de vereenvoudigde aanvraagprocedure wordt geen advies gevraagd aan de Zorgkassencommissie. De beslissing van de verzekeringsinstelling is dan enkel gebaseerd op het resultaat van de administratieve voorwaarden en wordt uiterlijk binnen de 15 werkdagen aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening kenbaar gemaakt.

Als de revalidatievoorziening, in het geval de vereenvoudigde aanvraagprocedure van toepassing is, 15 werkdagen na de ontvangstdatum, geen beslissing van de verzekeringsinstelling heeft ontvangen, wordt de aanvraag geacht goedgekeurd te zijn. Als een verzekeringsinstelling na het verstrijken van de daartoe voorziene termijn, op basis van een (laattijdige) administratieve controle, alsnog beslist een weigering van de aanvraag tot tegemoetkoming te formuleren, kan deze weigering niet vroeger dan 10 dagen na de kennisgeving van deze weigering ingaan. Er moet dan een goedkeuring van de aanvraag worden verleend voor revalidatieverstrekingen die werden verleend in de periode tussen 30 dagen vóór de ontvangstdatum en 10 werkdagen na de kennisgeving van de weigering werden verricht. Deze bepaling is nodig om aan de revalidatievoorzieningen rechtszekerheid te bieden.

Een aanvraag tot verlenging van de goedkeuring voor tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, volgt dezelfde procedure als deze voor de initiële aanvraag. Artikel 349 van de overgangsbepalingen vermeldt in welke gevallen de vereenvoudigde aanvraagprocedure kan gevolgd worden vanaf 1 januari 2019.

Artikel 215 vormt de juridische basis voor de eerder vermelde mogelijkheid van a posteriori controles door de Zorgkassencommissie. Er wordt delegatie aan de minister gegeven voor de concretisering van de modaliteiten ervan.

Artikel 216 t.e.m. 222

Deze artikels bevatten de bepalingen betreffende de eigen bijdrage.

De eigen bijdrage voor een zorggebruiker bestaat uit het persoonlijk aandeel en de extra vergoedingen. Het persoonlijk aandeel is het equivalent van het remgeld op federaal niveau. De extra vergoeding is het equivalent van de supplementen op federaal niveau.

Deze regeling beoogt een behoud van de bestaande situatie. Revalidatievoorzieningen waar op vandaag geen remgeld en/of supplementen mogen worden aangerekend, worden vermeld als uitzondering op de bepaling van respectievelijk artikel 216 betreffende het persoonlijk aandeel of artikel 217 betreffende de extra vergoedingen.

Ook aan het bedrag van het persoonlijk aandeel voor de verschillende groepen van zorggebruikers werd niets gewijzigd ten opzichte van de bestaande situatie.

Artikel 223

Dit artikel vermeldt de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om een tegemoetkoming te kunnen ontvangen voor geplande revalidatieverstrekingen in het buitenland.

Artikel 224

Dit artikel vermeldt de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om een tegemoetkoming te kunnen ontvangen voor reiskosten die verband houden met geplande revalidatieverstrekingen in het buitenland.

Artikel 225

Dit artikel bepaalt de wijze, waarop het bedrag van de tegemoetkoming voor geplande revalidatieverstrekingen wordt vastgelegd. Deze bepaling is niet van toepassing in de gevallen, waarin de voorwaarden van de verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels voldaan zijn.

Artikel 226

Dit artikel bepaalt de wijze, waarop het bedrag van de tegemoetkoming voor reiskosten, die verband houden met geplande revalidatieverstrekingen in het buitenland wordt vastgelegd. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen zorggebruikers jonger dan 18 jaar en zorggebruikers, die wegens de aard en de ernst van hun aandoening enkel kunnen worden vervoerd in een rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel. Deze bepaling is niet van toepassing in de gevallen, waarin de voorwaarden van de verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels voldaan zijn.

Artikel 227 t.e.m. 235

Deze artikelen legen de aanvraagprocedure vast voor de tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekingen in het buitenland en de reiskosten die hiermee verband houden.

De formulieren die op de website van het agentschap zullen staan, bevatten enkel de elementen die uit het overnamedecreet en het BVR voortvloeien.

e. Deel 5: Revalidatieziekenhuizen

In dit deel worden de regels voor de vaststelling, de kennisgeving en de vereffening van het budget voor de revalidatieziekenhuizen bepaald. Revalidatieziekenhuis is de nieuwe naam die wordt gegeven aan de ziekenhuizen die, ingevolge de zesde Staatshervorming naar Vlaanderen werden overgeheveld en in de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, als de geïsoleerde geriatriediensten (artikel 5, §1, eerste lid, 3^o) en de geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie (artikel 5, §1, eerste lid, 4^o), worden vermeld.

Daar waar de manier van vereffenen van het budget ongewijzigd is gebleven ten opzichte van de huidige werkwijze, wordt de huidige manier voor de vaststelling van het budget via voorliggende bepalingen sterk vereenvoudigd.

Het Budget van Financiële Middelen (het BFM) is het budget dat per ziekenhuis jaarlijks wordt bepaald. De bepalingen voor de vaststelling van het BFM van de revalidatieziekenhuizen zijn tot op heden vervat in het koninklijk besluit van 25 april 2002¹, dat de bepalingen voor de vaststelling van het BFM voor alle ziekenhuizen bevat. In 2002 is, voor de algemene en universitaire ziekenhuizen, het begrip "verantwoorde activiteit" ingevoerd. Vanaf 2002 worden de algemene en universitaire ziekenhuizen niet langer gefinancierd in functie van de gerealiseerde, maar in functie van de verantwoorde ligdagen. Deze wijziging is in 2002 niet doorgevoerd voor de "geïsoleerde G- en Sp-diensten". Daarnaast zijn heel wat bepalingen in het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals de bepalingen rond het operatiekwartier en de medisch technische diensten, niet van toepassing op de "geïsoleerde G- en Sp-diensten. Op zich is dit al een reden om de bepalingen voor de vaststelling van het budget van de revalidatieziekenhuizen op te nemen in een afzonderlijke wettelijke regeling.

Analyse van het BFM van de "geïsoleerde G- en Sp-diensten" heeft geleerd dat de berekeningswijze voor tal van onderdelen niet meer kan achterhaald worden. De verdeelsleutels die destijds zijn gehanteerd voor de verdeling van de budgetten zijn niet meer te achterhalen. Daarom is, in overleg met de sector, geoordeeld om, in afwachting van een herziening van de financiering ten gronde, via deze overgangsbepalingen de huidig toegekende budgetten -met uitzondering van deze die opgenomen zijn in één van de 3 overige samenstellende delen- samen te nemen in een "basisbudget", als deel van het budget van het revalidatieziekenhuis. Naast het deel basisbudget worden in voorliggend BVR nog 3 andere samenstellende delen aan het budget toegevoegd, het voorwaardelijke budget waarvoor aan bepaalde specifieke voorwaarden moet voldaan worden, het jaarlijks herrekende budget, dat jaarlijks opnieuw berekend moet worden en het corrigerende budget voor eventuele correcties die moeten gebeuren ten opzichte van het budget van voorgaande jaren.

De kosten die voorheen door het BFM werden gedekt betreffende de infrastructuur worden geëxcludeerd uit het budget. De vergoedingen voor infrastructuur gebeuren voor de revalidatieziekenhuizen door het VIPA, via een afzonderlijke regeling.

Titel 4 van voorliggend BVR bevat de bepalingen voor de verklaring bij opname die door elk revalidatieziekenhuis aan de patiënt ter ondertekening moet worden voorgelegd. De bepalingen zijn identiek aan de huidige situatie.

Titel 5 bevat de bepalingen voor de gegevens die door de revalidatieziekenhuizen moeten worden overgemaakt aan het agentschap. Ook hier is een vereenvoudiging ten opzichte van de huidige situatie uitgewerkt.

Artikel 236

De minister stelt, op basis van de bepalingen in dit hoofdstuk, jaarlijks, op 1 januari, het budget voor elk revalidatieziekenhuis voor het komende dienstjaar vast.

Het budget wijzigt dus niet in de loop van een dienstjaar, tenzij er een overschrijding is van de spilindex. Desgevallend wordt het indexeerbaar gedeelte van het budget (cfr. infra) aangepast vanaf de 1^{ste} dag van de maand volgend op de overschrijding van de spilindex.

De correctie van het budget in functie van de evolutie van de index, is een vereenvoudiging ten opzichte van de werkwijze die in het verleden werd gehanteerd. Er wordt, in tegenstelling tot de werkwijze in het verleden, geen indexprognose meer voorzien. Telkens de spilindex wordt overschreden zal het budget herrekend worden. Dit

¹ Koninklijk Besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

voorkomt dat nadien correcties nodig zijn in geval van een foutieve prognose.

Artikel 237

Zoals eerder vermeld wordt de huidige indeling vereenvoudigd.

Het vroegere BFM werd, conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002, ingedeeld in een deel A, met drie onderdelen, een deel B, met negen onderdelen en een deel C, met vier onderdelen. Analyse van de samenstelling van het BFM leerde dat de logica van deze indeling niet (meer) kon worden gevolgd. Zo bleek het bijvoorbeeld niet mogelijk om personeelskosten en andere werkingskosten duidelijk af te lijnen.

Gedurende de periode van overname en in afwachting van een herziening van de financiering ten gronde, wordt uitgegaan van een behoud van de huidige financiering zoals die op vandaag bestaat.

Het budget bestaat uit vier delen:

- Het basisbudget, voor alle bestaande financiering in het vroegere BFM die niet werden ondergebracht in één van onderstaande delen,
- Het voorwaardelijke budget, voor zaken waar het bekomen of het behoud van de financiering afhankelijk is van het voldoen aan specifieke voorwaarden;
- Het jaarlijks herrekende budget, voor zaken waar de financiering jaarlijks wordt herberekend in functie van informatie van de voorgaande jaren,
- Het corrigerend budget, voor correcties van tekort of een teveel aan ontvangsten in de voorbije dienstjaren.

Tegemoetkomingen betreffende de infrastructuur van de revalidatieziekenhuizen wordt buiten de scope van het budget gehouden. Financiering voor infrastructuur zal worden verleend door het VIPA en via een andere regelgeving worden bepaald en vereffend.

Artikel 238

Het basisbudget dekt de kosten van de bestanddelen die door het vroegere BFM werden gedekt en die niet afzonderlijk worden benoemd in één van de andere delen van het budget. Het basisbudget is de som van de bedragen die in het vroegere BFM waren voorzien voor alle bestanddelen, met uitzondering van de bedragen die in één van de andere delen van het budget worden benoemd. De bestanddelen waarvoor via het basisbudget een vergoeding wordt voorzien, worden vermeld in bijlage 3 bij dit besluit.

Het punt 1° van bijlage 3 betreft het voormalige onderdeel A2, de punten 2° tot en met 34° betreffen het voormalige onderdeel B1, de punten 35° tot en met 44° betreffen het voormalige onderdeel B2, de punten 45° tot en met 68° en het punt 81° betreffen het voormalige onderdeel B4, de punten 69° tot en met 71° betreffen het voormalig onderdeel B5, het punt 72° betreft het voormalige onderdeel B6, de punten 73° tot en met 79° betreffen het voormalige onderdeel B9 en het punt 80° betreft het voormalige onderdeel C3 van het voormalige budget van financiële middelen.

Artikel 239

Het basisbudget is een vast bedrag, dat, met uitzondering van aanpassingen in functie van evolutie van de index (cfr. infra), niet evolueert in de tijd.

De hoogte van de financiering per bestanddeel, vermeld in bijlage 3, wordt bepaald door de tegemoetkoming die voorzien is in het laatste BFM zoals het werd berekend conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002, dus vóór het in werking treden van dit besluit. Het is niet mogelijk om in het besluit een bedrag te vermelden, omdat dit, op het moment dat onderhavig besluit de procedure tot publicatie doorloopt, nog niet gekend is. Dit bedrag is pas na de laatste berekening door de federale overheid,

bekend.

Deze werkwijze is dus een behoud van de huidige situatie. Men zou kunnen spreken over een "historisch" budget. Er wordt geopteerd om op deze manier te werken omwille van volgende redenen.

- Het betreft een overgangperiode, in afwachting van een structurele herziening ten gronde, afgestemd op de principes van VSB. Een herziening ten gronde, passend binnen een nog te ontwikkelen algemene visie op revalidatie, ook rekening houdend met andere inkomsten, zoals bijvoorbeeld de financiering via het conventiemodel. In afwachting van een herziening van het volledige financieringsmodel, behouden de revalidatieziekenhuizen hun huidige financiering.
- Het biedt continuïteit en rechtszekerheid aan de revalidatieziekenhuizen.
- Vereenvoudiging is steeds een streefdoel van Vlaanderen. De complexe regelgeving, hoofdzakelijk geschreven voor algemene en universitaire ziekenhuizen, wordt uitgezuiverd en sterk vereenvoudigd. Dit was ook een expliciete suggestie van de Raad van State, naar aanleiding van het overnamedecreet

Om juridisch los te komen van de verwijzing naar het koninklijk besluit van 25 april 2002, dat via voorliggend besluit wordt opgeheven, werd een tweede lid ingeschreven, dat stelt dat de hoogte van het bedrag van het basisbudget vanaf 2020, gelijk is aan de hoogte van het bedrag van het basisbudget in 2019.

In het geval er, tijdens de periode van overname en in afwachting van een herziening ten gronde, nieuwe maatregelen (in plus of in min) zouden worden ingevoerd, zal een aanpassing van voorliggend besluit nodig zijn met de bepaling wat wordt gefinancierd, welk bedrag hiervoor wordt voorzien en welke de voorwaarden voor de verdeling van dit bedrag zijn. Ook zal moeten worden bepaald in welk deel van het budget (het basisbudget, het voorwaardelijke budget of het jaarlijks herrekende budget) dit bijkomend bedrag wordt opgenomen. Een nieuwe maatregel zal steeds vertaald worden in een afzonderlijke lijn van het individuele budget van het revalidatieziekenhuis.

Artikel 240

Het behoud van het budget is afhankelijk van een aantal algemene voorwaarden. Een gedeelte van het budget, het deel voorwaardelijk budget, wordt afhankelijk gemaakt van het nakomen van een aantal specifieke voorwaarden.

Het voorwaardelijke budget bestaat uit twee onderdelen: een bedrag om de kwaliteitsbewaking te bevorderen, dat verder wordt uitgewerkt in artikel 241, en een bedrag om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier te bevorderen, dat verder wordt uitgewerkt in de artikels 242 tot en met 246.

Artikel 241

Conform de bepalingen van artikel 56, §4 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, werd in juli 2007, een bedrag van 6,8 miljoen euro verdeeld onder de ziekenhuizen, om de coördinatie op het vlak van kwaliteit en veiligheid te bevorderen. Dit budget werd verdeeld conform het aantal erkende bedden, onder de ziekenhuizen die hieromtrent een contract hadden afgesloten met de Directeur-generaal van het Directoraat-generaal "Organisatie gezondheidsvoorzieningen" van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Dit resulteerde voor alle revalidatieziekenhuizen samen in een budget van 121.939,00 euro.

Artikel 241 bepaalt dat het behoud van hetzelfde budget afhankelijk wordt gemaakt van het sluiten van een contract met de Administrateur-generaal van het agentschap, betreffende de deelname aan het project VIP².

VIP² staat voor het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals. Dit project

wordt gecoördineerd door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. Via dit project worden ziekenhuizen aangespoord om hun dienstverlening en de resultaten ervan te evalueren aan de hand van het meten van kwaliteitsindicatoren. Ziekenhuizen kunnen zich met elkaar vergelijken via een transparante publicatie van de resultaten van de indicatoren op de website van het agentschap².

De revalidatieziekenhuizen die zich contractueel engageren om deel te nemen aan dit bestaand indicatorenproject, maken aanspraak op dit onderdeel van het budget. Het hoger vermelde bedrag wordt verdeeld, conform het aantal erkende bedden, onder de ziekenhuizen die zich contractueel engageren.

Het behoud van dit onderdeel van het budget wordt afhankelijk gemaakt van het tijdig aanleveren van de registratiegegevens volgens de manier die in het contract is bepaald.

Artikel 242 t.e.m. 246

Op federaal niveau werd op 1 juli 2016, dus na de bevoegdheidsoverdracht van de revalidatieziekenhuizen naar Vlaanderen, 40,2 miljoen euro bijkomend budget toegekend aan de algemene en universitaire ziekenhuizen, voor de implementatie van een elektronisch patiëntendossier (EPD) volgens een vooraf opgelegd stappenplan. Deze beslissing kadert in actiepunt 2 van de Roadmap 2.0 van het e-gezondheidsplan.

Via het Besluit van de Vlaamse Regering van 15 september 2017³ werd voor dezelfde maatregel een analoog bijkomend bedrag voor de revalidatieziekenhuizen voorzien. Een budgetverhoging op federaal niveau van 40,2 miljoen euro betekent 0,48 % van het totale budget aan financiële middelen voor de ziekenhuizen die federale bevoegdheid zijn gebleven. Eenzelfde percentage op het budget van financiële middelen van de revalidatieziekenhuizen betekende een budgetverhoging van 475.733,00 euro. Analoog aan de budgetverhoging op federaal niveau werd het BFM van de revalidatieziekenhuizen aldus vanaf 1 juli 2016 verhoogd met 475.733,00 euro.

Nog naar analogie met de werkwijze voor de algemene en universitaire ziekenhuizen op federaal niveau, werd het in het vorige lid vermelde bedrag samengevoegd met het bestaande informaticabudget van de revalidatieziekenhuizen. Aldus wordt een budget van 667.293,00 euro afhankelijk gemaakt van het realiseren van de implementatie van het EPD.

De artikels 242 tot en met 246 bouwen verder op artikel 61/1 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, dat werd ingevoegd door artikel 4 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 15 september 2017, en nemen dit artikel grotendeels over. Het voormelde stappenplan loopt over een periode van vier jaar, waarvan de eerste twee jaren zijn vervat in artikel 61/1 van het koninklijk besluit van 25 april 2002. De bepalingen zijn een verderzetting van dit stappenplan, voor de volgende jaren, volgens hetwelke een revalidatieziekenhuis aanspraak maakt op dit budget. De voorwaarden die in artikel 61/1 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 aan de financiering zijn verbonden, worden overgenomen in het voorliggend BVR. Met het oog op de continuïteit moeten een aantal voorwaarden zijn vervuld op de datum van de inwerkingtreding van het BVR, d.i. 1 januari 2019. Dit vormt evenwel geen probleem aangezien deze voorwaarden conform artikel 61/1 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 in principe reeds op 1 juli 2018 moeten voldaan zijn.

Het budget van 667.468,00 Euro wordt opgesplitst in een aantal deelbudgetten. Onderstaande tabel geeft de procentuele verdeling weer. De percentage zoals vermeld

² <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-algemene-ziekenhuizen>

³ Besluit van de Vlaamse Regering d.d. 15.09.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

voor het dienstjaar 2024 blijven geldig voor alle volgende dienstjaren.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sokkel revalidatieziekenhuis per	10 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Sokkel per bed	15 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Acceleratorbudget	65 %	70 %	70 %	70 %	70 %	85 %
Early Adopters Budget	10 %	15 %	15 %	15 %	15 %	
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Een eerste deelbudget, 'de sokkel' genoemd, bestaat uit twee delen, een deel dat een vast budget toekent aan ieder revalidatieziekenhuis en een deel dat een vast budget toekent per erkend bed. Dit eerste deelbudget dient om zowel de vaste IT kosten van een revalidatieziekenhuis, als de variabele IT kosten van een revalidatieziekenhuis te dekken. De modaliteiten om aanspraak te maken op deze sokkel zijn gekoppeld aan de voorwaarden in de registratie van gegevens, zoals bepaald in hoofdstuk 6 van dit besluit. Om de revalidatieziekenhuizen te motiveren om snel het EPD te implementeren, evolueert de sokkel tot het dienstjaar 2020 degressief in de tijd. Het voorziene bedrag voor de sokkel wordt verdeeld over de revalidatieziekenhuizen die voldoen aan de opgelegde voorwaarden. Het voorziene budget van de revalidatieziekenhuizen die niet voldoen aan de voorwaarden zal herverdeeld worden over de overige revalidatieziekenhuizen.

Het tweede deelbudget, 'het acceleratorbudget' genoemd, is evolutief en dient om een bijkomende stimulans te geven aan de revalidatieziekenhuizen om het implementatieproces te accelereren. Het betreft een gesloten enveloppe die over de revalidatieziekenhuizen wordt verdeeld pro rata het aantal erkende bedden.

Indien een revalidatieziekenhuis niet voldoet aan de voorwaarden die zijn opgelegd voor de periode in kwestie zal het ook geen aanspraak kunnen maken op een deel van het budget van de acceleratorenveloppe. Dit acceleratorbudget wordt enkel verdeeld over de revalidatieziekenhuizen die wel voldoen aan de voorwaarden.

De voorwaarden voor het acceleratorbudget zijn als volgt:

- Jaar 2019: Het ziekenhuis heeft, uiterlijk op 31 juli 2018 een implementatiedatum voor een geïntegreerd EPD en een stappenplan vastgelegd voor het halen van de geselecteerde functionaliteiten die worden omschreven in het "Belgian Meaningful Use Model". Deze voorwaarde is dezelfde als de voorwaarde voorzien in het Koninklijk besluit van 25 april 2002. Het is met andere woorden geen bijkomende verplichting.
- Jaar 2020: Op federaal niveau is geoordeeld dat er een te optimistisch stappenplan voor de implementatie van het EPD is opgemaakt. De oorspronkelijke doelstelling, het behalen van stap 1 in 2020, wordt door de ziekenhuizen niet gehaald. Op federaal niveau is daarom geoordeeld om het acceleratorbudget slechts voor een beperkt gedeelte afhankelijk te maken van het realiseren van stap 1 van het BMUC plan. Voor het dienstjaar 2020 wordt, naar analogie met de evolutie op federaal niveau, het acceleratorbudget opgesplitst in twee delen. 80 % van het acceleratorbudget wordt bekomen als het ziekenhuis voldoet aan de voorwaarde voorzien voor het dienstjaar 2019. Revalidatieziekenhuizen die op 31 juli 2018 nog geen implementatiedatum en stappenplan voor het EPD hadden, maken aanspraak op dit gedeelte van het acceleratorbudget, als ze aan deze voorwaarde voldoen op 31 juli 2019. De overige 20 % van het acceleratorbudget wordt, pro rata het aantal erkende bedden, verdeeld onder de revalidatieziekenhuizen die op 31 juli 2019 stap 1 van het BMUC plan voor de elektronische ontslagbrief, in casu voor 80 % van de patiënten die werden ontslagen, een elektronische ontslagbrief op de desbetreffende HUB hebben gepubliceerd, hebben gerealiseerd.
- Jaar 2021, 2022, 2023 en vanaf 2024: het revalidatieziekenhuis heeft, uiterlijk op 1 juli van het jaar voorafgaand aan het betrokken dienstjaar, respectievelijk stap 1, stap 2, stap 3 en stap 4 van het BMUC plan gerealiseerd.

Een derde deelbudget, het 'early adopter – budget', bestaat uit een evolutief percentage van het totaal voorziene budget. Deze gesloten enveloppe dient om de revalidatieziekenhuizen te belonen die eerder dan vooropgesteld voldoen aan de beschreven functionaliteiten in het 'Belgian Meaningful Use Model'. Bepaalde revalidatieziekenhuizen hebben in het verleden al geïnvesteerd in een geïntegreerd EPD. Om hen te belonen voor de geleverde inspanningen en om hen aan te moedigen om te blijven innoveren wordt er een extra gesloten enveloppe uitgetrokken die progressief in de tijd toeneemt.

Op vandaag is op federaal niveau nog geen duidelijkheid over de modaliteiten met betrekking tot de voorwaarden waaraan moet worden voldaan en de verdeling van het 'early adopter – budget'. We zijn daarom genoodzaakt een eigen visie te ontwikkelen voor de revalidatieziekenhuizen. Voor het ontwikkelen van deze visie werd rekening gehouden met de adviezen die door de koepelorganisaties van de ziekenhuizen aan de federale overheid werd bezorgd. De visie is overlegd met de sector.

Het 'early adopter – budget' wordt verdeeld onder de revalidatieziekenhuizen die aan de voorwaarde voldoen, pro rata het aantal erkende bedden. Het voldoen aan de voorwaarde is gebaseerd op het behalen van een vooropgesteld puntenaantal. Voor elke behaalde stap van het BMUC plan wordt, per functionaliteit, één punt toegekend.

Het 'early adopter – budget' is bedoeld om de revalidatieziekenhuizen te stimuleren om sneller dan vooropgesteld het EPD te implementeren:

- Op 31 juli 2018, in plaats van op 31 juli 2019, al stap 1 van het BMUC voor de elektronische ontslagbrief gerealiseerd hebben, dus één punt scoren;
- Op 31 juli 2019, in plaats van op 31 juli 2020, meer dan stap 1 van het BMUC voor de elektronische ontslagbrief gerealiseerd hebben, dus minstens twee punten scoren;
- Op 31 juli 2020, in plaats van op 31 juli 2021, stap 2 voor alle functionaliteiten van het BMUC plan gerealiseerd hebben, dus minstens veertien punten scoren;
- Op 31 juli 2021, in plaats van op 31 juli 2022, stap 3 voor alle functionaliteiten van het BMUC plan gerealiseerd hebben, dus minstens eenentwintig punten scoren;
- Op 31 juli 2022, in plaats van op 31 juli 2023, stap 4 voor alle functionaliteiten van het BMUC plan gerealiseerd hebben, dus achtentwintig punten scoren.

Situering van de Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) in bijlage 4 bij dit besluit:

Samen met de ziekenhuissector werd, voor de ziekenhuizen die onder federale bevoegdheid zijn gebleven, een stappenplan uitgewerkt om gefaseerd tot een volledig geïntegreerd EPD te komen. Een werkgroep, samengesteld uit afgevaardigden van de Belgische ziekenhuizen (die onder federale bevoegdheid zijn gebleven), van zowel grote als kleine ziekenhuizen, alsook van ziekenhuizen met een verschillende ICT-maturiteit, werd opgericht. Zorgnet-Icuro nam het initiatief om op basis van het document 'strategisch kader van EPD-functionaliteiten in de ziekenhuizen (versie 2014)' een voorstel uit te werken. Dit voorstel werd nadien gevalideerd door de aanwezige vertegenwoordigers van de Belgische ziekenhuizen.

Het eindresultaat kreeg de naam 'Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC)'. Er werd bewust gekozen om zich te beperken tot het definiëren van een aantal "Meaningful Use" functionaliteiten. Men wou niet verzanden in een semantische discussie, noch een welbepaalde architectuur opleggen aan de ziekenhuizen. Het implementeren van de gedefinieerde functionaliteiten impliceert het bestaan van een geïntegreerd EPD.

Een analoge werkwijze werd gevolgd voor de revalidatieziekenhuizen. Op initiatief van de ziekenhuiskoepel werd, in onderling overleg, het hierboven gesitueerde resultaat afgetoetst op relevantie voor de revalidatieziekenhuizen. Aldus bekwam men de 'Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) voor revalidatieziekenhuizen'.

Daar waar men voor de ziekenhuizen die onder federale bevoegdheid zijn gebleven

verplichte 'corefunctionaliteiten' en facultatieve 'menufunctionaliteiten' heeft gedefinieerd, werden voor de revalidatieziekenhuizen enkel verplichte corefunctionaliteiten als relevant beschouwd. Er werden 7 corefunctionaliteiten geselecteerd. Deze functionaliteiten vormen de basis van een geïntegreerd EPD en zijn de noodzakelijke fundamenten waarop andere functionaliteiten gebouwd kunnen worden. Deze zeven criteria moeten vervuld zijn om van een geïntegreerd EPD te kunnen spreken.

In de bijlage 4 bij dit besluit wordt een overzicht gegeven van de zeven geselecteerde corefunctionaliteiten voor de revalidatieziekenhuizen en de respectievelijke meetbare criteria per stap. De functionaliteiten kunnen op een objectieve manier getoetst worden doordat ze uitgedrukt worden in een teller en een noemer. Bijvoorbeeld voor criterium 5: het aantal unieke patiënten waarvoor een elektronische ontslagbrief werd verstuurd (teller) / het totaal aantal unieke patiënten dat ontslagen werd in het ziekenhuis in de vastgelegde periode (noemer).

Artikel 247

Een derde deel van het budget is het jaarlijks herrekende budget. Dit deel van het budget is afhankelijk van een aantal parameters van de voorbije jaren en wordt dus jaarlijks herrekend.

Het jaarlijks herrekende budget bestaat uit twee onderdelen: een bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen, berekend volgens de bepalingen van artikel 248, en een bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie, berekend volgens de bepalingen van artikel 249.

Artikel 248

Artikel 79 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, voorziet dat, ingevolge het sociaal akkoord d.d. 26 april 2005 voor de private sector en d.d. 29 juni 2005 en 5 juli 2005 voor de openbare sector, er een bedrag aan de ziekenhuizen wordt toegekend ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen.

Dit artikel zet de voordelen inzake eindeloopbaanmaatregelen voor de werknemers van de revalidatieziekenhuizen verder. Daar waar andere maatregelen, uitgezonderd deze betreffende het complement van de attractiviteitspremie conform artikel 249, inzake sociaal akkoorden uit het verleden voor de revalidatieziekenhuizen, structureel zijn opgenomen in het basisbudget, wordt de maatregel inzake eindeloopbaan via dit artikel opgenomen als een onderdeel van het jaarlijks herrekende budget, omdat de hoogte van het bedrag afhankelijk is van de leeftijd van het personeel en de keuzes die door hen werden gemaakt in het voorbije jaar.

De eindeloopbaanmaatregel impliceert dat werknemers vanaf het moment dat ze een bepaalde leeftijdsgrens (van 45, 50 of 55 jaar) bereiken hebben, aanspraak maken op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties voor een bepaald aantal uren per jaar. Verpleegkundigen kunnen ervoor kiezen om, in de plaats van deze vrijstelling, een premie van een bepaald percentage op hun wedde te krijgen, of een combinatie van een bepaald gedeelte vrijstelling en een bepaald gedeelte premie kiezen.

Het bedrag dat aan het revalidatieziekenhuis wordt toegekend is de compensatie van de loonkost van de personeelsleden die worden ingezet ter vervanging van de personeelsleden die van de vrijstelling genieten, vermeerderd met het bedrag ter compensatie van de premies voor de verpleegkundigen die hiervoor hebben geopteerd. Paragraaf 2 van dit artikel bepaalt de bedragen die per personeelscategorie worden voorzien voor zowel de vervanging van personeelsleden als voor de premies. Het bedrag ter compensatie van de loonkost van de personeelsleden die worden ingezet ter vervanging van de personeelsleden die van de vrijstelling genieten, kan nooit hoger zijn dan het werkelijke totaal aantal vervangingen.

Om het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen te kunnen berekenen moet het revalidatieziekenhuis jaarlijks, vóór 31 augustus van het jaar volgend op het jaar waarop ze betrekking hebben, de benodigde informatie aanleveren, in essentie het aantal personeelsleden dat de leeftijdsgrenzen heeft bereikt, hun kwalificatie en de keuzes die werden gemaakt inzake arbeidsduurvermindering of premie.

Dit is een verderzetting van de situatie vóór 1 januari 2019, maar met een vereenvoudigde werkwijze. De berekening van het bedrag zal vanaf 2019 gebeuren op basis van de situatie van het jaar n-2. Voor het budget van 2019 zullen dus de gegevens van het jaar 2017 worden gebruikt.

Door de federale overheid, die conform het transitieprotocol het BFM berekent tot en met 31 december 2018, werd jaarlijks een provisioneel bedrag voorzien voor deze maatregel. Het effectief bedrag, na berekening van de exacte situatie voor een bepaald dienstjaar, werd via een herziening aan het BFM toegevoegd. De berekening voor de dienstjaren vanaf 2012 moet nog gebeuren. Daarom zal, op het moment dat de bedragen voor de dienstjaren 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 door de Federale overheid worden berekend, het verschil tussen eerder toegekende provisioneel bedrag en het werkelijk berekende bedrag, conform artikel 252, §1, via een inhaalbedrag aan het budget worden toegekend.

Artikel 249

Artikel 79bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002, voorziet dat, ingevolge het sociaal akkoord d.d. 26 april 2005 voor de private sector en d.d. 29 juni 2005 en 5 juli 2005 voor de openbare sector, er aan de ziekenhuizen een forfaitair complement bij de attractiviteitspremie wordt toegekend.

Dit artikel zet de voordelen inzake het complement van de attractiviteitspremie voor de werknemers van de revalidatieziekenhuizen verder. Daar waar andere maatregelen, uitgezonderd deze betreffende de eindeloopbaanmaatregelen conform artikel 248, inzake sociaal akkoorden uit het verleden voor de revalidatieziekenhuizen structureel zijn opgenomen in het basisbudget, wordt de maatregel inzake het complement van de attractiviteitspremie via dit artikel opgenomen als een onderdeel van het jaarlijks herrekende budget, omdat de hoogte van het bedrag afhankelijk is van het aantal werknemers in het revalidatieziekenhuis in het voorbije jaar.

Het sociaal akkoord impliceert onder meer dat, ter bevordering van de attractiviteit van het verpleegkundig beroep, jaarlijks een premie wordt toegekend. Deze premie bestaat uit een vast en een variabel gedeelte. Het bedrag dat voorzien wordt in het budget betreft het vast gedeelte. De premie die aan de werknemer wordt betaald is het bedrag voorzien in het tweede of derde lid van artikel 249 van dit besluit, vermeerderd met de werkgeversbijdrage (die dan het variabel gedeelte betreft).

Om het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie te kunnen berekenen moet het revalidatieziekenhuis jaarlijks, vóór 31 augustus van het jaar volgend op het jaar waarop ze betrekking hebben, de benodigde informatie aanleveren, in essentie het aantal personeelsleden en hun tewerkstellingsequivalent.

Dit is een verderzetting van de situatie vóór 1 januari 2019, maar met een vereenvoudigde werkwijze. De berekening van het bedrag zal vanaf 2019 gebeuren op basis van de situatie van het jaar n-2. Voor het budget van 2019 zullen dus de gegevens van het jaar 2017 worden gebruikt.

Door de federale overheid, die conform het transitieprotocol het BFM berekende tot en met 31 december 2018, werd jaarlijks een provisioneel bedrag voorzien voor deze maatregel. Het effectief bedrag, na berekening van de exacte situatie voor een bepaald

dienstjaar, werd via een herziening aan het BFM toegevoegd. De berekening voor de dienstjaren vanaf 2012 moet nog gebeuren. Daarom zal, op het moment dat de bedragen voor de dienstjaren 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 door de Federale overheid worden berekend, het verschil tussen eerder toegekende provisioneel bedrag en het werkelijk berekende bedrag, conform artikel 252, §2, via een inhaalbedrag aan het budget worden toegekend.

Artikel 250

Een vierde en laatste deel van het budget is het corrigerende budget. Dit deel wordt ingeschreven om het mogelijk te maken correcties te doen op het budget van voorgaande dienstjaren.

Het corrigerende budget bestaat uit drie onderdelen: correcties van eventuele foutieve berekeningen uit voorgaande dienstjaren (uitgewerkt in artikel 251), inhaalbedragen ingevolge hetzij de bepalingen voor de eindloopbaanmaatregelen en de attractiviteitspremie (uitgewerkt in de artikelen 252), hetzij de correctie van de opsplitsing van het vast en het variabele gedeelte van het budget (uitgewerkt in artikel 253) en correcties in geval van een wijziging van het beddenhuis van het revalidatieziekenhuis (uitgewerkt in artikel 254).

Artikel 251

Het eerste onderdeel van het corrigerende budget betreft correcties van een tekort of een teveel aan ontvangsten in de voorbije dienstjaren.

Eerder vermeldden we al dat, in toepassing van het transitieprotocol, de federale overheid tot 31 december 2018 heeft ingestaan voor de berekening van het BFM van de geïsoleerde G- en Sp-diensten. De federale overheid werkt met een methodiek van provisionele bedragen, onder meer in functie van indexprognoses, waar op het moment dat een dienstjaar wordt herzien, tekorten of een teveel aan ontvangsten wordt herzien. De herziening van de dienstjaren 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018 zijn nog niet gebeurd. Dit artikel voorziet de mogelijkheid om een corrigerend bedrag, in min of in plus, te voorzien in functie van de herziening van deze dienstjaren door de federale overheid.

Artikel 252

Dit artikel voorziet de mogelijkheid om een bedrag, in min of in plus, toe te voegen aan het corrigerende budget in functie van de verwerking van de personeelsgegevens door de federale overheid betreffende de eindloopbaanmaatregelen (§1) en de attractiviteitspremie (§2).

Eerder vermeldden we dat de federale overheid, ook voor de financiering van de eindloopbaanmaatregelen en voor het complement van de attractiviteitspremie, werkt met een methodiek van provisionele bedragen en dat, op het moment dat een bepaald dienstjaar wordt herzien, het teveel of tekort aan ontvangsten in functie van de reële situatie, wordt gefinancierd als een herziening. De herzieningen gebeurden tot het dienstjaar 2011. Voor de dienstjaren 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 zal, op het moment dat de federale overheid de personeelsgegevens voor deze jaren verwerkt, een bedrag worden ingeschreven in het corrigerende budget. Het is niet duidelijk wanneer de federale overheid deze herzieningen zal doen, waardoor het niet mogelijk is te voorzien in welk jaar dit zal worden ingeschreven in het budget.

In voorliggend besluit is bepaald dat de berekening van het bedrag voor de eindloopbaanmaatregelen en voor het complement van de attractiviteitspremie zal gebeuren op basis van de personeelsgegevens die moeten worden aangeleverd voor het jaar n-2. De berekening van het bedrag voor 2019 zal dus gebeuren op basis van de

informatie betreffende het jaar 2017. Daarom zal, na het inschrijven van het corrigerend budget voor het dienstjaar 2016, het corrigerend budget geen bedrag meer bevatten conform de bepalingen van artikel 252

Artikel 253

Conform de bepalingen van artikel 257, §2, van dit besluit, wordt, voor de vereffening van het budget, een opsplitsing gedaan in functie van het aandeel van de gerealiseerde ligdagen voor patiënten die aangesloten zijn bij één van de zeven verzekeringsinstellingen (artikel 115 van de wet op de ziekenhuizen) in het totaal aantal gerealiseerde ligdagen. Deze verdeling gebeurt op basis van de gegevens van het laatst gekende dienstjaar. Omdat de berekening van het budget gebeurt in het laatste trimester van het jaar voorafgaand op het jaar waarin het budget van toepassing is, wordt aan de revalidatieziekenhuizen gevraagd de gegevens te bezorgen vóór september van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin het budget van toepassing is. Het laatst gekende dienstjaar waarvan alle gegevens betreffende de gerealiseerde ligdagen gekend zijn, is dan n-2.

Zodra een dienstjaar is beëindigd, wordt de in het eerste lid vermelde opsplitsing op basis van de gegevens van dit dienstjaar herzien en wordt de opsplitsing in overeenstemming gebracht met de reële verhouding van het aantal ligdagen. Dit artikel voorziet de mogelijkheid om het teveel of tekort aan ontvangsten voor het vast gedeelte van de vereffening ten opzichte van het berekende bedrag zoals in artikel 257, §1, te corrigeren via het corrigerende budget.

Artikel 254

Omdat, conform de bepalingen van artikel 239 van dit besluit, het basisbudget ongewijzigd in de tijd blijft, wordt via dit artikel een correctie van het budget voorzien, in het geval de bedcapaciteit van een revalidatieziekenhuis wijzigt.

In paragraaf 1 wordt de vermindering van het budget bepaald in geval van vermindering van het beddenaantal. In de situatie vóór het in werking treden van voorliggend besluit werden, in geval van vermindering van het aantal bedden, een aantal onderdelen van het BFM (onderdelen B1, B2 en B5) verminderd met een bedrag in evenredigheid met de vermindering van de bedcapaciteit. In voorliggend ontwerp van Besluit zijn deze onderdelen mee vervat in het basisbudget. Deze onderdelen samen vormden 80,27 % van het totale BFM (exclusief onderdeel A1 betreffende de infrastructuur, dat geëxcludeerd werd uit het budget). Om de continuïteit te bewaren wordt 80 % van het basisbudget herzien in geval van vermindering van het aantal bedden.

In paragraaf 2 wordt de vermeerdering van het budget bepaald in geval van vermeerdering van het beddenaantal. Er zijn drie manieren waarop de bedcapaciteit van een revalidatieziekenhuis kan toenemen:

1° door de verschuiving van bedden van het ene revalidatieziekenhuis naar een ander, waarbij het bedrag dat wordt afgebouwd in het revalidatieziekenhuis dat zijn bedcapaciteit vermindert, overgeheveld wordt naar het budget van het revalidatieziekenhuis dat zijn bedcapaciteit vermeerdert.

2° door de verschuiving van bedden van een algemeen of universitair ziekenhuis, onder federale bevoegdheid, naar een revalidatieziekenhuis. In dit geval zijn de bepalingen van artikel 47/9, §5, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten van toepassing, waarin wordt bepaald dat samenwerkingsakkoorden kunnen worden gesloten in verband met de reconversie van ziekenhuisbedden. In deze samenwerkingsakkoorden zullen, in voorkomend geval, de bijkomende middelen voor de Vlaamse Gemeenschap worden bepaald. In dat geval zal een bijkomend onderdeel aan het basisbudget worden toegevoegd met een bedrag dat door de Vlaamse Regering wordt bepaald. Op heden is nog geen uitvoering gegeven aan artikel 47/9, §5, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering

van de Gemeenschappen en de Gewesten.

3° door de uitbreiding van de programmatie van de bedden in de revalidatieziekenhuizen, waarbij dezelfde logica wordt gehanteerd als in geval van vermindering van bedden, met name dat 80 % van het basisbudget proportioneel wordt vermeerderd in evenredigheid met de toename van het aantal bedden.

Artikel 255

In de situatie vóór het in werking treden van voorliggend besluit werd onderdeel B van het BFM geïndexeerd. In voorliggend ontwerp van besluit is het onderdeel B van het vroegere BFM opgenomen in het basisbudget, het voorwaardelijke budget of het jaarlijks herrekende budget. Onderdeel B vormt 97,08 % van het totale BFM (exclusief onderdeel A1, betreffende de infrastructuur dat geëxcludeerd werd uit het budget). Om de continuïteit te bewaren wordt 97 % van het basisbudget, het volledige voorwaardelijke budget en het volledige jaarlijks herrekende budget geïndexeerd.

De te indexerende delen van het budget, zijn gekoppeld aan het vigerende spilindexcijfer. Een indexaanpassing wordt voorzien op de 1^{ste} dag van de maand volgend op de maand waarin de spilindex wordt overschreden. De indexaanpassing wordt onmiddellijk, vanaf de 1^{ste} dag van de maand volgend op de maand waarin de spilindex wordt overschreden, doorgevoerd. De methodiek van indexprovisie en eventuele herzieningen in functie van de realiteit nadien, die door de federale overheid wordt gehanteerd, wordt hierdoor verlaten.

Artikel 256

Dit artikel bevat de bepalingen omtrent het kenbaar maken van het budget aan het desbetreffende revalidatieziekenhuis en de procedure die moet worden gevolgd in het geval het revalidatieziekenhuis niet akkoord is met de berekening ervan.

Aan de revalidatieziekenhuizen wordt gevraagd, conform de bepalingen van artikel 268, de gegevens die nodig zijn voor de berekening van het budget, uiterlijk tegen 31 augustus van het jaar voorafgaand aan het jaar waarvoor het budget wordt berekend, aan het agentschap mee te delen. Op deze manier kan het agentschap het budget van elk revalidatieziekenhuis in de maand september berekenen. In oktober van het jaar voorafgaand op het jaar waarop het budget betrekking heeft wordt het budget kenbaar gemaakt aan het revalidatieziekenhuis.

In de situatie vóór voorliggend besluit in werking is, is er een complexe bezwaarprocedure, waarbij voor ieder bezwaar, na behandeling door de federale overheid, advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorziening – afdeling financiering vereist is. Dit artikel voorziet in een vereenvoudigde bezwaarprocedure volgens het model van "willig beroep". Het revalidatieziekenhuis beschikt over 30 dagen na ontvangst van de beslissing om, in het geval men niet akkoord is met de berekening van het budget, bezwaar in te dienen. Het agentschap onderzoekt het bezwaar en corrigeert indien nodig. De definitieve beslissing wordt, onder handtekening van de minister, aan het revalidatieziekenhuis kenbaar gemaakt binnen 30 dagen na ontvangst bezwaar.

Voorliggende werkwijze laat toe om tijdig – voor de aanvangsdatum van het dienstjaar waarop het budget betrekking heeft - de bedragen van het budget kenbaar te maken aan zowel het desbetreffende revalidatieziekenhuis als de verzekeringsinstellingen, die zullen instaan voor de vereffening ervan.

Artikel 257

Dit artikel bepaalt een eerste opsplitsing (in §1) van het budget in een variabel en een vast gedeelte. Deze werkwijze is een behoud van de situatie zoals die bestond vóór het in

werking treden van voorliggend besluit.

Vervolgens worden de deelbudgetten nogmaals gesplitst (in §2) in functie van de verhouding van ligdagen die zijn gerealiseerd voor patiënten die zijn aangesloten bij één van de zeven verzekeringsinstellingen (artikel 115 van de wet op de ziekenhuizen) en de ligdagen die zijn gerealiseerd voor andere patiënten.

Voor de splitsing vermeld in de tweede paragraaf worden de gegevens voor het laatst gekende dienstjaar gebruikt. Gelet op de timing voor de berekening van het budget, zullen dit de gegevens van het jaar n-2 zijn. Voor de berekening van de opsplitsing van het budget voor het dienstjaar 2019, zullen dus de gegevens gebruikt worden van het jaar 2017. Er wordt een correctie van de uitsplitsing, vermeld in paragraaf 2, voorzien, van zodra het dienstjaar is beëindigd, bij de berekening van het budget van een volgend dienstjaar. Ingevolge deze correctie kan, conform de bepalingen van artikel 253, een bedrag in min of in plus worden toegevoegd aan het corrigerende budget.

Artikel 258

Dit artikel regelt de manier van vereffening van het budget voor de patiënten die zijn aangesloten bij één van de zeven verzekeringsinstellingen (artikel 115 van de wet op de ziekenhuizen). Ook hier wordt de situatie zoals die geldig was vóór het in werking treden van voorliggend besluit behouden.

Voor de ligdagen die gerealiseerd zijn voor deze groep van patiënten, wordt het in artikel 257 berekende vast gedeelte van het budget in twaalfden vereffend: maandelijks wordt één twaalfde van het vast gedeelte van het budget betaald.

Het variabel gedeelte van het budget wordt vereffend op basis van een prijs per verpleegdag. De prijs per verpleegdag wordt berekend door het bedrag van het variabel gedeelte te delen door het aantal verpleegdagen dat voor deze groep patiënten in het laatst gekende dienstjaar werd gerealiseerd. Voor de berekening van de prijs per verpleegdag voor het jaar 2019, worden dus de gegevens van het jaar 2017 gebruikt. Er is geen herberekening van de prijs per verpleegdag in functie van de gegevens van het betrokken dienstjaar.

Artikel 259

Dit artikel regelt de manier van vereffening van het budget voor de patiënten die niet zijn aangesloten bij één van de zeven verzekeringsinstellingen (artikel 116 van de wet op de ziekenhuizen). Ook hier wordt de situatie zoals die geldig was vóór het in werking treden van voorliggend besluit aangehouden.

Het budget voor deze groep van patiënten wordt volledig via een prijs per verpleegdag vereffend. Voor de berekening van de prijs per verpleegdag voor deze groep van patiënten wordt de som van het vast en het variabel gedeelte gedeeld door het totaal aantal gerealiseerde verpleegdagen in het laatst gekende dienstjaar. Ook hier is geen herberekening van de prijs per verpleegdag in functie van de gegevens van het betrokken dienstjaar voorzien.

Artikel 260

De conform artikel 259 berekende prijs per verpleegdag mag voor alle patiënten, die niet zijn aangesloten bij één van de zeven verzekeringsinstellingen (artikel 116 van de wet op de ziekenhuizen), worden aangerekend. In het geval het patiënten betreft die verzekerd zijn bij hetzij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor wat betreft de overzeese sociale zekerheid, hetzij bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers, en de zeevarenden, of indien het patiënten betreft die aanspraak maken op een tussenkomst van het Openbaar

Centrum voor Maatschappelijk Welzijn ten voordele van behoeftigen, zal de Vlaamse overheid voor 22 % tussen komen in deze prijs per verpleegdag. Het overige gedeelte van de prijs per verpleegdag moet door andere instanties, in het kader van de eigen regelgeving, worden gedragen. Deze werkwijze is een behoud van de situatie, behalve een mathematische afronding van het percentagegetal (vereenvoudiging), zoals die geldig was vóór het in werking treden van voorliggend besluit.

Artikel 261

Dit artikel bepaalt de procedure van aanmaning en de eventuele gevolgen in het geval het revalidatieziekenhuis niet voldoet aan de verplichtingen om iedere patiënt, bij opname, een verklaring bij opname te laten ondertekenen of de verplichtingen inzake het tijdig aanleveren van gegevens niet naleeft.

Artikel 262

Dit artikel maakt het behoud van het budget afhankelijk van de naleving van een aantal algemene voorwaarden, in casu het beschikken over de vereiste erkenningen (conform de erkenningsnormen voor de revalidatieziekenhuizen, de bijkomende normen voor de revalidatieziekenhuizen of voor zware medische apparatuur, medische diensten, medisch-technische diensten), vergunningen (inzake de ziekenhuisprogrammatie) en/of toelatingen (met betrekking tot het opstellen van zware medische apparatuur of exploitatie van laboratoria voor klinische biologie). Vooraleer het budget of een gedeelte ervan, wordt stopgezet in het geval niet (meer) voldaan wordt aan deze algemene voorwaarden, zal steeds een aanmaning aan het revalidatieziekenhuis worden gestuurd.

Artikel 263 t.e.m. 266

Deze artikels hernemen de bepalingen van het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis, zoals deze geldig waren vóór het in werking treden van voorliggend besluit. De regeling in voorliggend besluit is dus een behoud van de situatie zoals die bestond vóór het in werking treden van voorliggend besluit.

Bij aanvang van een opname of een daghospitalisatie van een patiënt in een revalidatieziekenhuis moeten een opnameverklaring en een document met de toelichtingen bij de opnameverklaring aan de patiënt, of diens vertegenwoordiger, ter ondertekening worden aangeboden. Deze verplichting heeft tot doel de patiënt tijdig te informeren over de financiële implicaties van de opname. Er moet daarom voldoende tijd worden besteed aan het mondeling toelichten van de financiële implicaties aan de patiënt, aan de hand van deze documenten.

Zowel voor de opnameverklaring als voor de toelichting bij de opnameverklaring, wordt het model bepaald, respectievelijk in bijlage 5 of 6 en bijlage 7 bij voorliggend besluit. Het model kan door het revalidatieziekenhuis, voor een aantal vooraf bepaalde items, gepersonaliseerd worden.

Het model van de opnameverklaring voor klassieke hospitalisatie blijft ongewijzigd ten opzichte van het model zoals het bestond vóór het in werking treden van voorliggend besluit. Daartoe werd bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 14 december 1987⁴, zoals laatst gewijzigd bij koninklijk besluit van 28 maart 2014, overgenomen als bijlage 5 bij voorliggend besluit. Ook model van de opnameverklaring voor daghospitalisatie blijft ongewijzigd ten opzichte van het model zoals het bestond vóór het in werking treden van

⁴ Koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en 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

voorzittend besluit. Daartoe werd bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 14 december 1987, zoals laatst gewijzigd bij koninklijk besluit van 28 juni 2011, overgenomen als bijlage 6 bij voorzittend besluit. Tot slot blijft het model van de toelichting van de opnameverklaring ongewijzigd. Bijlage 4 bij het koninklijk besluit van 14 december 1987, zoals laatst gewijzigd bij koninklijk besluit van 28 maart 2014, wordt overgenomen als bijlage 7 bij voorzittend besluit.

Naast de opnameverklaring en de mondelinge toelichting ervan, moet het revalidatieziekenhuis ook over een lijst met de actuele prijzen van de in het revalidatieziekenhuis aangeboden goederen en diensten beschikken, die kan geconsulteerd worden door de patiënt, hetzij in het revalidatieziekenhuis, hetzij op de website van het revalidatieziekenhuis. Er moet een duidelijk onderscheid bestaan voor kosten verbonden aan het comfort van de kamer, de kosten voor eten en drinken, de kosten voor hygiënische producten, de kosten voor was, de kosten voor de begeleider van de patiënt en kosten voor andere goederen en diensten. Ook in het geval een forfaitaire kost wordt gerekend, moet duidelijk zijn welke goederen en diensten in dit forfait zijn begrepen.

Het gehanteerde model van de opnameverklaring moet, op eenvoudig verzoek, aan elke patiënt die zich vooraf wenst te informeren of aan het agentschap, kunnen worden overgemaakt.

Artikel 267

Dit artikel bepaalt welke gegevens periodiek aan het agentschap moeten worden overgemaakt. De regeling in voorzittend besluit is een sterke vereenvoudiging van de situatie zoals die geldig was vóór het in werking treden van dit besluit.

De gegevens die worden opgevraagd hebben een duidelijke finaliteit. Het zijn de gegevens die nodig zijn om de financiële toestand en de bedrijfsuitkomsten van het revalidatieziekenhuis te kennen (in het kader van de controlemogelijkheden voor de toegekende financiering), de gegevens die nodig zijn voor het kunnen berekenen van het budget of de gegevens die nodig zijn om de activiteiten en de kwaliteit ervan te kunnen opvolgen.

Om de verdeling te kunnen berekenen van het aantal verpleegdagen die werden gerealiseerd voor patiënten die rechthebbende zijn van één van de zeven klassieke verzekeringsinstellingen (artikel 115 van de wet op de ziekenhuizen) en de verpleegdagen die werden gerealiseerd voor andere patiënten, zoals bepaald in artikel 257, §2, wordt het jaaroverzicht van het aantal verpleegdagen, opgesplitst per betalingsinstelling opgevraagd. Om de bedragen voor het berekenen van de eindeloopbaanmaatregelen, vermeld in artikel 248, en de bedragen voor het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in artikel 249, te kunnen berekenen, wordt hieromtrent de desbetreffende informatie opgevraagd.

De opvolging van de activiteiten en de kwaliteit ervan, beperkt zich momenteel tot het opvragen van een maandoverzicht met de gerealiseerde verpleegdagen, het aantal opnames en het aantal ontslagen. De MZG⁵-registratie, vóór het in werking treden van voorzittend besluit opgelegd door het koninklijk besluit van 27 april 2007⁶, wordt voor de revalidatieziekenhuizen stopgezet. Daar waar voor de algemene en universitaire ziekenhuizen de MZG - registratie bepalend is voor het vaststellen van de verantwoorde

⁵ Minimale Ziekenhuis Gegevens, bestaande uit de Minimale Klinische Gegevens (MKG) en de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG)

⁶ Koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden meegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft

activiteit en de financiering via het BFM, werd dit nooit doorgevoerd voor de toenmalige geïsoleerde G- en Sp-diensten, nu de revalidatieziekenhuizen. De registratiegegevens leren weinig tot niets over de patiëntenpopulatie van de revalidatieziekenhuizen, noch over de kwaliteit van de zorgverlening. Er is daarom geopteerd om een nieuwe registratie op te zetten, die relevant is voor deze specifieke ziekenhuisgroep en die bovendien informatie levert betreffende de Belrai-classificatie, die momenteel in uitwerking is voor de revalidatiesector. Het opzetten van deze nieuwe registratie vraagt tijd. Van zodra er een herwerkt registratiemodel bestaat, zal dit via een aanpassing van voorliggend besluit worden ingevoerd, als voorwaarde voor het behoud van het budget.

Het opvragen van de bovenvermelde gegevens gebeurt in voorkomend geval in overeenstemming met de regels inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Artikel 268

Dit artikel bepaalt wanneer de gegevens moeten worden aangeleverd.

Dit artikel bepaalt dat alle gegevens, uiterlijk op 31 augustus van het jaar, volgend op het jaar waarop ze betrekking hebben, moeten worden meegedeeld aan het agentschap. In tegenstelling tot de bepalingen die geldig waren vóór het in werking treden van voorliggend besluit, is geopteerd om één moment in het jaar te kiezen, waarop alle gegevens moeten worden aangeleverd. Dit betekent een vereenvoudiging van de regeling voorheen.

Het moment waarop alle gegevens moeten worden aangeleverd is gekozen vanuit de timing die nodig is voor het berekenen en het kenbaar maken van het budget. Vóór 1 september worden de gegevens aangeleverd. In september gebeurt de berekening van het budget door het agentschap. In principe, uiterlijk 1 oktober wordt dit kenbaar gemaakt aan het revalidatieziekenhuis dat, conform de bepalingen van artikel 256, over 30 dagen beschikt (in principe de maand oktober), om eventueel bezwaar in te dienen. In de maand november worden eventuele bezwaren behandeld, om in december aan het revalidatieziekenhuis en aan de verzekeringsinstellingen die bedragen van het budget, de budgettaire twaalfden en de prijzen van de verpleegdagen kenbaar te maken.

Artikel 269

Dit artikel bepaalt hoe de gegevens moeten worden aangeleverd.

Het manier waarop de eindbalans, de resultatenrekening en het verslag van de bedrijfsrevisor moeten worden aangeleverd, blijft ongewijzigd ten opzicht van de situatie zoals die geldig was vóór het in werking treden van voorliggend besluit. Het betreft de manier zoals die is bepaald in het koninklijk besluit van 19 juni 2007⁷.

Ook het maandoverzicht van de activiteiten, vermeld in artikel 267, §3, 1^o, moet aangeleverd worden op de manier zoals die bestond vóór het in werking treden van voorliggend besluit. Hiertoe werd de bijlage 6 bij het koninklijk besluit van 14 december 1987⁸, zoals laatst gewijzigd door het koninklijk besluit van 16 december 1997, overgenomen als bijlage 8 bij dit besluit.

Voor alle andere gegevens die via artikel 267 worden opgevraagd, zal de manier waarop deze gegevens moeten worden aangeleverd, door het agentschap worden bepaald.

⁷ Koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen

⁸ Koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en 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

Artikel 270

Dit artikel bepaalt de bewaringstermijn van de gegevens. De gegevens met betrekking tot de financiële toestand en de bedrijfsuitkomsten van het revalidatieziekenhuis moeten tien jaar in het ziekenhuis worden bewaard. De gegevens nodig voor de vaststelling van het budget moeten vijf jaar worden bewaard. Dit is een behoud van de situatie zoals die geldig was vóór het in werking treden van voorliggend besluit.

Artikel 271

Dit artikel vervangt de bepalingen van het KB van 12 februari 2008⁹ en stelt dat elk revalidatieziekenhuis de identiteit en contactgegevens van de directeur, de hoofdgeneesheer, het hoofd van het verpleegkundig departement, de personen verantwoordelijk voor het meedelen van gegevens en de veiligheidsconsulent moet aanleveren.

Artikel 272

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om gegevens die nuttig zijn voor het vaststellen van het budget, en die niet zijn vermeld in artikel 267, op te vragen aan het revalidatieziekenhuis.

Het opvragen van de bovenvermelde gegevens gebeurt in voorkomend geval in overeenstemming met regels inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

f. Deel 6 : Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging

In dit deel worden de regels en bepalingen voor het sluiten, het wijzigen en het beëindigen van een overeenkomst met multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (MBE), het werkingsgebied, de voorwaarden waaraan de MBE moet voldoen, de inhoud van de overeenkomsten en de financiering bepaald.

Artikel 273

Een MBE kan vragen om een nieuwe overeenkomst af te sluiten of een bestaande overeenkomst te wijzigen. Een nieuwe overeenkomst kan ook worden afgesloten of een bestaande overeenkomst kan ook worden gewijzigd op initiatief van de minister of het agentschap.

Omdat de MBE deel uitmaakt van een palliatief samenwerkingsverband, wordt de mogelijkheid gegeven aan het palliatief samenwerkingsverband om een aanvraag tot het sluiten of het wijzigen van een overeenkomst in te dienen in naam van de MBE.

Artikel 274

De desbetreffende MBE kan vragen om een bestaande overeenkomst te beëindigen. De minister of het agentschap kan het initiatief nemen om bestaande overeenkomsten te beëindigen.

Omdat de MBE deel uitmaakt van een palliatief samenwerkingsverband, wordt de mogelijkheid gegeven aan het palliatief samenwerkingsverband om een vraag tot beëindigen van een overeenkomst in te dienen in naam van de MBE.

⁹ 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

Artikel 275 t.e.m. 288

Deze artikels beschrijven de procedure voor het sluiten en wijzigen van een overeenkomst.

Aanvragen tot het afsluiten van een nieuwe overeenkomst en het wijzigen van een bestaande overeenkomst worden aan de minister gericht. Artikel 275 bepaalt de informatie die minimaal aanwezig moet zijn in deze aanvraag.

Uiterlijk binnen de 30 dagen na ontvangst van de aanvraag wordt een ontvangstmelding aan de aanvrager gestuurd. In het geval informatie, zoals vermeld in artikel 275 ontbreekt, wordt dit meegedeeld. De ontvangstmelding van een ontvankelijke aanvraag, vermeldt de ontvangstdatum.

Binnen dezelfde 30 dagen na ontvangst van een ontvankelijke aanvraag, wordt door het agentschap advies gevraagd aan de expertencommissie en aan de sectorale adviescommissie. Ook in het geval de minister of het agentschap het initiatief neemt tot aanpassing van een overeenkomst of het sluiten van een nieuwe overeenkomst, wordt voorafgaandelijk advies gevraagd. Het betreft een vraag tot advies over de inhoudelijke aspecten...

Er wordt duidelijk verwezen naar de gevallen waarin het agentschap geen advies moet vragen aan de Expertcommissie. Zo moet er geen advies aan de Expertcommissie worden gevraagd in de gevallen bepaald door de Vlaamse Regering, na advies van de Expertcommissie. Ook voor aanpassingen die het gevolg zijn van bepalingen die in de overeenkomst zijn opgenomen, wordt geen voorafgaandelijk advies gevraagd. Belangrijkste voorbeeld hiervan zijn een aanpassing van de tegemoetkoming, in functie van een toename/afname van de anciënniteit van het personeel met 2%.

De expertencommissie en de sectorale adviescommissie stellen, in overleg, een advies op, binnen de 30 dagen na ontvangst van de vraag tot advies. Ze kunnen hiervoor, gezamenlijk of op eigen initiatief, bijkomende inlichtingen vragen aan het agentschap en/of de aanvrager. Er kunnen ook deskundigen worden geconsulteerd. Dit advies moet niet noodzakelijk een consensus zijn. Het advies van de expertencommissie kan dus afwijken van het advies van de sectorale adviescommissie.

Er wordt voorzien in de mogelijkheid dat, in het geval de expertencommissie en de sectorale adviescommissie er niet in slagen om binnen de vooropgestelde termijn een gezamenlijk advies uit te brengen, individuele adviezen worden gegeven. Desgevallend wordt daartoe de termijn met 15 dagen verlengd.

De termijn voor het inwinnen van het advies van de experten en de sector wordt aldus gelimiteerd tot 45 dagen.

Bij het uitblijven van advies binnen de vooropgestelde termijn, kan de behandeling van de aanvraag door het agentschap verdergezet worden. Hierdoor wordt vermeden dat het uitblijven van het gezamenlijk of de individuele adviezen blokkerend werkt in de afhandeling van een aanvraag.

Het agentschap maakt, rekening houdend met het advies van de expertencommissie en/of de sectorale adviescommissie, zo dit werd ontvangen, een advies op en bezorgt dit aan de minister. Zo dit wenselijk is, kan het agentschap bijkomende inlichtingen vragen aan de expertencommissie en/of de sectorale adviescommissie. Er werd een termijn van 30 dagen voor deze stap bepaald.

De adviezen zoals ontvangen van de expertencommissie en de sectorale adviescommissie, worden door het agentschap ter informatie overgemaakt aan het Raadgevend Comité VSB en het Raadgevend Comité Zorg en Gezondheid.

Nadat de minister het advies van het agentschap heeft ontvangen, neemt hij een beslissing. Het agentschap voert deze beslissing uit. In het geval van een negatieve beslissing wordt dit, via aangetekend schrijven, aan de aanvrager meegedeeld. In deze mededeling worden de redenen van de weigering vermeld.

De beslissing van de minister wordt ter informatie aan de expertencommissie en aan de sectorale adviescommissie meegedeeld.

De overeenkomst alsook elke wijziging van overeenkomst wordt ondertekend door de minister en geldt voor onbepaalde duur.

Artikel 289 t.e.m.296

Deze artikels beschrijven de procedure voor het beëindigen van een overeenkomst, op vraag van een MBE.

Voor de overheveling van de bevoegdheid, beperkt de procedure voor het beëindigen van een overeenkomst zich tot het vastleggen van een opzegtermijn. In de overeenkomst is bepaald dat via een aangetekend schrijven door één van de partijen en mits inachtneming van een opzeggingstermijn van drie maanden, die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van het aangetekend schrijven, de overeenkomst steeds kan worden beëindigd. Via de bepalingen van voorliggend BVR wordt de mogelijkheid gegeven om maatregelen op te leggen die noodzakelijk worden geacht om de continuïteit dienstverlening te garanderen.

Aanvragen tot het beëindigen van een overeenkomst worden aan de minister gericht. In de aanvraag wordt meegedeeld wie de aanvraag indient en waarom men de overeenkomst wil beëindigen. Ook de maatregelen die men voorziet in het kader van de continuïteit van dienstverlening moet, samen met het palliatief samenwerkingsverband besproken worden, en in de aanvraag worden meegedeeld.

Er wordt de mogelijkheid geboden dat ook een palliatief samenwerkingsverband de aanvraag indient namens de MBE. In dat geval moet een bewijs worden toegevoegd dat aangeeft dat het palliatief samenwerkingsverband gemachtigd is. Uiterlijk binnen de 30 dagen na ontvangst van de aanvraag wordt een ontvangstmelding aan de aanvrager gestuurd. In het geval informatie ontbreekt, wordt dit meegedeeld. De ontvangstmelding van een ontvankelijke aanvraag, vermeldt de ontvangstdatum.

Indien de aanvraag niet werd ingediend door het palliatief samenwerkingsverband in naam van de MBE, wordt het palliatief samenwerkingsverband ook op de hoogte gebracht.

Het agentschap vraagt binnen een termijn van 30 dagen na ontvangst van de ontvankelijke aanvraag advies aan de expertencommissie en aan de sectorale adviescommissie. Het betreft een vraag tot advies over de voorgestelde maatregelen inzake continuïteit van dienstverlening.

De expertencommissie en de sectorale adviescommissie stellen, gezamenlijk of elk afzonderlijk, een advies op, binnen de 30 dagen na ontvangst van de vraag tot advies. Dit advies moet niet noodzakelijk een consensus zijn.

Bij het uitblijven van advies binnen de vooropgestelde termijn, kan de behandeling van de aanvraag door het agentschap verdergezet worden. Hierdoor wordt vermeden dat het uitblijven van het gezamenlijk of de individuele adviezen blokkerend werkt in de afhandeling van een vraag tot het beëindigen van een overeenkomst.

Het agentschap maakt, rekening houdend met het advies van de expertencommissie en/of de sectorale adviescommissie, zo dit werd ontvangen, binnen de 30 dagen een advies op en bezorgt dit aan de minister.

De adviezen zoals ontvangen van de expertencommissie en de sectorale adviescommissie, worden door het agentschap ter informatie overgemaakt aan het Raadgevend Comité VSB en het Raadgevend Comité Zorg en Gezondheid.

De minister neemt kennis van de datum van de beëindiging van de overeenkomst en kan maatregelen inzake de continuïteit van dienstverlening opleggen. Desgevallend worden deze maatregelen aan de MBE en het palliatief samenwerkingsverband, waar de MBE deel van uitmaakt, meegedeeld via aangetekend schrijven. Deze maatregelen worden, ter informatie, ook meegedeeld aan de expertencommissie en de sectorale adviescommissie.

Een MBE maakt geen aanspraak op een vergoeding voor de eventuele kosten die gepaard gaan met het beëindigen van de overeenkomst.

Artikel 297 t.e.m. 305

Deze artikels beschrijven de procedure voor het beëindigen van een overeenkomst, op initiatief van de minister.

Voor de overheveling van de bevoegdheid, kon het RIZIV eenzijdig en zonder enige motivatie, via een eenvoudig aangetekend schrijven, een overeenkomst beëindigen. Via de bepalingen van voorliggend BVR willen we de rechtszekerheid voor de MBE versterken. De MBE en het palliatief samenwerkingsverband waar de MBE deel van uitmaakt, worden geïnformeerd waarom een overeenkomst wordt stopgezet. Aan de MBE en het palliatief samenwerkingsverband waar de MBE deel van uitmaakt, wordt de kans geboden om te reageren op het voornemen tot stopzetting van de overeenkomst, om desgewenst via argumentatie het voornemen te laten herzien.

Via een aangetekend schrijven, waarin de redenen worden vermeld, wordt het voornemen van de minister om de overeenkomst stop te zetten aan de MBE en het palliatief samenwerkingsverband waar de MBE deel van uitmaakt, meegedeeld.

De MBE kan, tot uiterlijk 30 dagen na de ontvangst van het aangetekend schrijven, reageren. In deze reactie kan de MBE een voorstel formuleren om de reden tot stopzetting te remediëren of om de continuïteit van de dienstverlening bij beëindiging van de overeenkomst te verzekeren.

Door het agentschap wordt, uiterlijk binnen de 15 dagen na ontvangst van de reactie van de MBE op het voornemen, of na het verstrijken van de termijn waarbinnen de MBE had kunnen reageren, advies gevraagd aan de expertencommissie en de sectorale adviescommissie. Deze vraag tot advies betreft de maatregelen die nodig zijn om de continuïteit van dienstverlening te garanderen.

De expertencommissie en de sectorale adviescommissie stellen, gezamenlijk of afzonderlijk, uiterlijk binnen de 30 dagen na ontvangst van de vraag, een advies op. Het advies wordt ter informatie overgemaakt aan het Raadgevend comité VSB en het Raadgevend comité Zorg en Gezondheid.

Het agentschap maakt een advies op voor de minister, rekening houdend met de adviezen van de expertencommissie en de sectorale adviescommissie, zo dit tijdig werd bezorgd. De minister beslist, op basis van dit advies, over het al dan niet beëindigen van de overeenkomst en desgevallend de datum van beëindiging en de maatregelen die nodig zijn om de continuïteit van dienstverlening te garanderen. De datum voor het beëindigen van de overeenkomst kan ten vroegste drie maanden na de beslissing van de minister vallen. De termijn van drie maanden komt overeen met de opzegtermijn van voor de overdracht van de bevoegdheid.

De minister kan, wanneer het voornemen tot beëindiging van de overeenkomst met de MBE werd te kennen gegeven omdat de MBE niet meer voldoet aan de werkingsvoorwaarden, een termijn opleggen waarbinnen de MBE de tekortkomingen moet wegwerken.

Indien de tekortkomingen niet zijn weggewerkt binnen de vooropgestelde termijn, wordt de overeenkomst alsnog beëindigd.

De beslissing van de minister wordt meegedeeld aan de MBE en het palliatief samenwerkingsverband waar de MBE deel van uitmaakt en wordt ter informatie overgemaakt aan de expertencommissie en de sectorale adviescommissie.

Artikel 306

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om snel, voorlopige maatregelen te nemen in het geval er onmiddellijk, reëel en ernstig gevaar is voor de gezondheid en de veiligheid van de zorggebruikers. Artikel 14 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is desgevallend van toepassing.

"Art. 14. Als dat vereist is om de veiligheid of de gezondheid van de zorggebruiker te vrijwaren, kan de Vlaamse Regering concrete beschermende maatregelen opleggen aan de actor in de zorg. In dat bevel is de termijn bepaald waarin de maatregelen gelden en is omschreven welke voorwaarden vervuld moeten zijn om de vastgestelde gebreken te verhelpen.

Als het nemen van de maatregelen, vermeld in het eerste lid, om zeer dringende redenen van veiligheid of gezondheid van de zorggebruiker niet kan worden uitgesteld, kan de inspecteur aan de actor in de zorg concrete beschermende maatregelen opleggen die ten hoogste zeven dagen gelden. Die maatregelen kunnen door de Vlaamse Regering worden opgeheven, verlengd of gewijzigd, met een bevel als vermeld in het eerste lid.

De maatregelen, vermeld in het eerste en tweede lid, kunnen onder meer bestaan in een gehele of gedeeltelijke sluiting van de voorziening, het verbod bepaalde activiteiten te verrichten of voort te zetten, de verplichting bepaalde zorggebruikers in cohorte te behandelen of het verbod nieuwe zorggebruikers op te nemen.

In geval van niet-naleving van de conform het eerste lid opgelegde maatregelen stelt de Vlaamse Regering een proces-verbaal van vaststelling op en bezorgt ze dat aan het Openbaar Ministerie.

De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden en de procedure die gelden bij de toepassing van het eerste en het tweede lid."

Artikel 307

Dit artikel bepaalt het werkingsgebied van de MBE.

Dit werkingsgebied moet samenvallen met het werkingsgebied van het palliatief samenwerkingsverband waar de MBE deel van uitmaakt.

Artikel 308

Dit artikel regelt de personeelssamenstelling waarover de MBE moet beschikken.

Afhankelijk van de overeenkomst die de MBE heeft is dit 2,6 VTE voor de begeleiding van 100 palliatieve personen per 200.000 inwoners of 2,85 VTE voor de begeleiding van 150 palliatieve personen per 200.000 inwoners.

Artikel 309 t.e.m.311

Deze artikels beschrijven de opdrachten van de MBE.

Naast de opdrachten die vermeld staan in het decreet van [...] moet de MBE beschikken over een telefoonpermanentie zodat zij bereikbaar zijn voor zorgaanbieders van de eerste

lijn. De MBE kan via telefonische permanentie advies geven aan deze zorgaanbieders indien er onverwachte en dringende problemen stellen bij de verzorging van een palliatieve persoon.

Indien de betrokken zorgaanbieder er niet in slaagt om het probleem zelf op te lossen, gaat de MBE ter plaatse.

De MBE moet wekelijks een intern interdisciplinair overleg houden om de palliatieve personen die door de MBE opgevolgd worden, gezamenlijk te bespreken, mogelijke problemen uit te diepen en oplossingen hiervoor te zoeken.

Aan het teamoverleg nemen de huisarts en alle verpleegkundigen van de MBE deel. Ook andere zorgaanbieders uit de eerste lijn of andere deskundigen kunnen worden uitgenodigd.

De MBE kan andere activiteiten ontplooiën, zoals bijvoorbeeld vormingen geven, die de kwaliteit van palliatieve verzorging ten goede komen.

Artikel 312 t.e.m. 319

Deze artikels bepalen de werkingsvoorwaarden van de MBE.

Een MBE kan alleen tussenkomen in de palliatieve verzorging in het thuismilieu of thuisvervangend milieu van een palliatieve persoon en na voorafgaandelijk overleg met zijn huisarts.

Een MBE kan wel overleg plegen met artsen-specialisten en paramedici van een ziekenhuis bij het ontslag van een palliatieve persoon uit het ziekenhuis of omwille van een kortstondige ziekenhuisopname van de palliatieve persoon omwille van een welbepaalde reden. In die gevallen kan de MBE de palliatieve persoon ook moreel en psychologisch ondersteunen in het ziekenhuis, in samenwerking met de palliatieve functie van het ziekenhuis.

De MBE mag geen taken op zich nemen die de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn kunnen opnemen maar kan wel op vraag van de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn, zijn tussenkomsten gezamenlijk met de zorgaanbieders in de eerste lijn opnemen zodat de MBE haar specifieke kennis en vaardigheden kan delen met en overdragen aan de zorgaanbieders van de eerste lijn. Op die manier kunnen die zorgaanbieders van de eerste lijn de palliatieve persoon verder zo zelfstandig mogelijk verzorgen en begeleiden.

De tussenkomsten van de MBE mogen zich niet beperken tot de tussenkomsten of tot de palliatieve personen waarvoor een eenmalig forfaitair bedrag of een verminderd forfait mag worden aangerekend. De MBE voert haar doelstellingen en opdrachten maximaal uit, rekening houdende met de concrete situatie in het werkgebied en in overleg met de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn.

Van elke palliatieve persoon die door de MBE rechtstreeks of onrechtstreeks wordt gevolgd, moet een patiëntendossier bijgehouden worden zodat een kwalitatieve en optimale verzorging mogelijk is. Deze gegevens worden ook statistisch verwerkt voor bijvoorbeeld het jaarverslag van de MBE.

De gegevens die minstens moeten worden bijgehouden, worden bepaald in artikel 315. De gegevens van het patiëntendossier worden bewaard voor een maximumtermijn van 10 jaar.

De persoonsgegevens van het individuele verzorgingsdossier worden verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die gebonden is aan het beroepsgeheim.

De MBE of het palliatief samenwerkingsverband, wanneer deze de overeenkomst heeft gesloten in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe, is verwerkingsverantwoordelijke van het patiëntendossier.

Een MBE moet deel uitmaken van een palliatief samenwerkingsverband, waarvoor het fungeert als ondersteunende equipe.

Binnen zijn werkgebied moet de MBE een optimale dienstverlening verzekeren aan de palliatieve personen en hun zorgaanbieders, ongeacht de afstand

Bij een wijziging van de verblijfplaats van de palliatieve persoon naar het werkgebied van een andere MBE maken de betrokken MBE's de nodige afspraken om ervoor te zorgen dat de continuïteit van de palliatieve verzorging gegarandeerd blijft.

Een multidisciplinaire begeleidingsequipe beschikt over minstens een lokaal om bezoekers te ontvangen en vergaderingen te houden met minstens tien deelnemers en een werkruimte voor de verschillende leden van de MBE.

Deze lokalen mogen gedeeld worden met het palliatief samenwerkingsverband waarvan de MBE deel uitmaakt.

De MBE moet jaarlijks, uiterlijk voor 30 juni van het daaropvolgende jaar, een activiteitenverslag bezorgen aan het agentschap. De gegevens die minstens moeten opgenomen worden in dit verslag betreffen het werkelijk aantal palliatieve personen waarvoor de MBE een bijdrage heeft geleverd. Het betreft dus niet enkel de begeleidingen waarvoor een forfaitaire tegemoetkoming kan worden bekomen.

De minister kan de vorm en inhoud van het activiteitenverslag nader bepalen.

De MBE moet voor al zijn personeelsleden een personeelskostendossier bijhouden. De inhoud van dit personeelskostendossier wordt bepaald in artikel 319.

Dit personeelskostendossier bevat de nodige bewijsstukken en is aangevuld met de kosten voor arbeidsongevallenverzekering voor het personeel, sociaal secretariaat en de dienst voor arbeidsgeneeskunde waarop de MBE beroep doet.

Omdat de MBE ook personeel tewerkstelt dat niet in rekening wordt gebracht voor de berekening van de forfaits, wordt bij het opvragen van het personeelskostendossier een onderscheid gevraagd tussen het personeel "boven kader" en het personeel "binnen kader".

De in artikel 316 bedoelde levenseindezorg houdt o.a. in de palliatieve sedatie en de euthanasie.

Artikel 320

Dit artikel bepaalt welke gegevens er minstens in de overeenkomst met de MBE moeten worden opgenomen. Het betreft het werkingsgebied, de personeelsomkadering waarop het forfait berekend wordt met bijhorende loonkost, de werkingskosten, het totaal aantal palliatieve personen dat de MBE jaarlijks moet volgen, het bedrag en aantal van de eenmalige forfaits, het bedrag en het aantal van de verminderde forfaits en tot slot de wijze van aanpassing van de loonkost indien de werkelijke loonkost 2% stijgt.

Artikel 321

Dit artikel bepaalt dat de MBE een eenmalig forfait kan aanrekenen voor iedere rechthebbende waarvoor de multidisciplinaire begeleidingsequipe een belangrijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage heeft geleverd in de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangend milieu aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende. Hiervoor moet voldaan zijn aan de voorwaarden die zijn opgenomen in artikels 331 tot en met 334.

Het eenmalig forfaitair 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 eenmalig forfaitair bedrag dekt ook de algemene activiteiten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe die geen rechtstreeks verband houden met de palliatieve verzorging van een bepaalde palliatieve persoon.

Artikel 322

Dit artikel bepaalt dat het eenmalig forfaitair bedrag slechts één keer kan worden aangerekend per palliatieve persoon.

Gezien de specifieke zorgverlening die bij deze palliatieve personen wordt verleend, is de kans klein dat een persoon meerdere keren palliatieve verzorging nodig heeft. Toch wordt deze mogelijkheid voorzien, ook al werd er reeds een eenmalig forfaitair bedrag aangerekend.

In dat geval moet de MBE die het eenmalig forfaitair bedrag heeft aangerekend, ervoor zorgen dat de betrokken palliatieve persoon alsnog de noodzakelijke palliatieve zorgen krijgt, door hetzij zelf de palliatieve verzorging op te nemen, hetzij daarover afspraken te maken met een andere MBE.

In dat laatste geval moet de MBE minstens 75% van het eenmalig forfaitair bedrag aan de MBE die de palliatieve verzorging op zich heeft genomen, overmaken.

Artikel 323

Dit artikel regelt het maximaal aantal rechthebbende waarvoor de MBEE een eenmalig forfaitair bedrag kan aanrekenen per kalenderjaar. Dit aantal wordt in de overeenkomst vermeld.

Tot op vandaag zijn er verschillende berekeningen die worden toegepast, naargelang de uitbreidingen die de MBE bij het RIZIV heeft verkregen. Om de continuïteit te waarborgen, houden we in dit BVR rekening met deze verschillende berekeningswijzen. We onderscheiden twee mogelijkheden.

Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich verbindt om per kalenderjaar 100 palliatieve personen per 200.000 inwoners in zijn werkgebied te begeleiden, wordt het maximaal aantal rechthebbenden waarvoor 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.

Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich verbindt om per kalenderjaar 150 palliatieve personen per 200.000 inwoners in zijn werkgebied te begeleiden, wordt het maximaal aantal rechthebbenden waarvoor 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.

Voor de berekening van het aantal eenmalige forfaitaire bedragen wordt rekening gehouden met de datum waarop de MBE het eenmalig forfaitair bedrag aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen en niet met de datums van de effectieve tussenkomsten.

De overeenkomst met de MBE is normaliter van kracht voor een heel kalenderjaar. Een uitzondering wordt voorzien door in dit artikel te bepalen dat, wanneer een overeenkomst maar voor een gedeelte van een bepaald kalenderjaar van kracht is, het vastgestelde aantal rechthebbenden waarvoor het eenmalig forfaitair bedrag kan worden aangerekend

evenredig te verminderen, rekening houdende met de toepassingstermijn van deze overeenkomst in het betrokken kalenderjaar.

Artikel 324

Dit artikel regelt het verminderd forfaitair bedrag.

De MBE kan een verminderd forfait aanrekenen wanneer de MBE voor meer rechthebbenden een wezenlijke bijdrage heeft geleverd dan het aantal rechthebbenden waarvoor het eenmalig forfaitair bedrag kan worden aangerekend. Dit verminderd forfait kan maar voor maximaal de helft van het aantal rechthebbenden waarvoor het eenmalig forfaitair bedrag, worden aangerekend.

Het verminderd forfait kan maar eenmaal per rechthebbende worden aangerekend en kan niet worden aangerekend voor een rechthebbende waarvoor al het eenmalig forfaitair bedrag werd aangerekend.

Het verminderd forfait dekt de bijkomende werkingskosten van de MBE voor iedere bijkomende palliatieve persoon waaraan een wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging werd verleend.

Dit verminderd forfait mag worden aangewend om een financiële reserve op te bouwen waarmee onverwachte uitgaven en eventuele financiële verliezen kunnen worden gedekt.

Artikel 325

Dit artikel bepaalt dat de MBE voor zijn tussenkomsten in de palliatieve verzorging geen enkele vergoeding aan de palliatieve persoon, zijn omgeving of aan gelijk wie mag aanrekenen, ongeacht of de palliatieve persoon rechthebbende is of niet.

De MBE mag ook geen vergoeding aanrekenen aan de zorgaanbieders en de mantelzorgers aan wie het advies heeft gegeven.

Artikel 326

Dit artikel bepaalt hoe het bedrag van het eenmalig forfaitair bedrag wordt bekomen.

Dit is de som van de personeelskosten, berekend aan de hand van het personeelskostendossier, en de werkingskosten, te delen door het maximaal aantal rechthebbenden waarvoor de multidisciplinaire begeleidingsequipe het eenmalig forfaitair bedrag kan aanrekenen.

Artikel 327

Dit artikel regelt de berekening van het aantal voltijds equivalenten waarvan de MBE de kosten als personeel in rekening mag brengen voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag

Ook dit artikel houdt rekening met de twee verschillende types van overeenkomsten die momenteel mogelijk zijn bij de MBE's.

De berekening is afhankelijk van de keuze die de MBE heeft gemaakt met betrekking tot het aantal palliatieve personen die zij zullen behandelen.

Als de MBE zich verbindt om elk kalenderjaar per 200.000 inwoners in het werkgebied van de MBE 100 palliatieve personen te begeleiden, kan de MBE 2,6 voltijds equivalenten in rekening brengen per 200.000 inwoners in het werkgebied van MBE.

In afwijking hiervan, kan de MBE, wanneer de berekening tot minder dan 3,7 voltijds equivalenten zou leiden, toch 3,7 voltijds equivalenten in rekening brengen.

Als de MBE zich verbindt om elk kalenderjaar per 200.000 inwoners in het werkgebied van de MBE minstens 150 palliatieve personen te begeleiden, kan de MBE 2,85 voltijds

equivalenten in rekening brengen per 200.000 inwoners in het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

In afwijking hiervan, kan de MBE, wanneer de berekening, tot minder dan 3,9 voltijds equivalenten zou leiden, toch 3,9 voltijds equivalenten in rekening brengen.

De MBE is verplicht om het aantal voltijds equivalenten waarvoor ze de personeelskosten in rekening brengt volledig op te vullen.

Artikel 328

Dit artikel regelt de aanpassing van het aandeel van de personeelskosten in het eenmalig forfaitair bedrag.

Dit wordt aan de realiteit aangepast wanneer de werkelijke personeelsuitgaven op jaarbasis 2% hoger komen te liggen dan de personeelskosten die als basis hebben gediend voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag. De verhoging kan ten gevolge van de evolutie van de anciënniteit van het personeel of ten gevolge van wijzigingen in de samenstelling.

Voor deze aanpassingen wordt het advies van de expertencommissie niet gevraagd aangezien dit een logisch gevolg is van de overeenkomst.

Met het oog op de aanpassing van het eenmalig forfaitair bedrag, bezorgt de MBE of, in voorkomend geval, het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van een multidisciplinaire begeleidingsequipe, een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier aan het agentschap.

Dit personeelskostendossier moet beantwoorden aan de bepalingen van dit besluit.

Indien een personeelskostendossier niet beantwoordt aan deze voorwaarden, wordt het personeelskostendossier door het agentschap als onontvankelijk beschouwd. De onontvankelijkheid wordt binnen de dertig dagen na ontvangst aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe of, in voorkomend geval, het palliatief samenwerkingsverband, meegedeeld.

De minister neemt een beslissing tot vaststelling van de aanpassing van het eenmalig forfaitair bedrag. De beslissing van de minister wordt door het agentschap gecommuniceerd aan de MBE en, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe. Het aangepaste eenmalig forfaitair bedrag wordt van kracht de eerste dag van de maand volgend op de datum van de beslissing van de minister en ten laatste op de eerste dag van de vierde maand volgend op de datum van ontvangst van een onontvankelijk personeelskostendossier, door het agentschap.

In geval de termijn door het agentschap niet wordt nageleefd, ontvangt de MBE een financiële vergoeding ter compensatie van de financiële schade die het heeft geleden ingevolge de laattijdige toekenning.

Om te vermijden dat er te snel en frequent een aanpassing van de overeenkomsten wordt gevraagd, wordt bepaald dat de aanpassing van de eenmalige forfaits niet kan gevraagd worden gedurende het eerste loopjaar van de overeenkomst of binnen het jaar nadat een nieuw berekend forfaitair bedrag van toepassing is geworden.

Artikel 329

Wanneer het aandeel van de personeelskosten in het eenmalig forfaitair bedrag door een wijziging in de samenstelling van het personeel op jaarbasis 2% lager komt te liggen dan de

Personeleelskosten, die als basis hebben gediend voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag, wordt het eenmalig forfaitair bedrag herberekend.

Het agentschap brengt de MBE of, in voorkomend geval, het palliatief samenwerkingsverband dat optreedt in naam van zijn MBE op de hoogte van de

herberekening en vraagt de nodige gegevens met betrekking tot het tewerkgestelde personeel op.

De minister neemt een beslissing tot vaststelling van de aanpassing van het eenmalig forfaitair bedrag. De beslissing van de minister wordt door het agentschap gecommuniceerd aan de MBE en, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van de MBE. Het aangepaste eenmalig forfaitair bedrag wordt van kracht vanaf de eerste dag van de maand volgend op de datum van de beslissing van de minister.

Artikel 330

Dit artikel regelt dat het verminderd forfait, dat de MBE per rechthebbende kan aanrekenen, wordt berekend aan de hand van de bijkomende werkingskosten van de MBE. Dit wordt ook geconcretiseerd in de overeenkomst.

Artikel 331

Dit artikel bepaalt de voorwaarden voor de samenstelling van de voltijds equivalenten die de MBE in rekening kan brengen voor het eenmalig forfaitair bedrag. Hier wordt ook rekening gehouden met de 2 type overeenkomsten die er momenteel bij de MBE's zijn.

De MBE moet samengesteld zijn uit een huisarts, verpleegkundigen en administratief personeel.

Afhankelijk van het type overeenkomst dat de MBE heeft (100 of 150 patiënten per 200.000 inwoners), verschilt het percentage/aantal uren van tewerkstelling van het personeel.

Naast een huisarts, verpleegkundigen en administratief personeel kunnen ook psychologen, kinesitherapeuten, maatschappelijk assistenten en assistenten in de psychologie deel uitmaken van het maximaal aantal voltijds equivalenten die de MBE in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag.

Ook personeel met een andere hoger-onderwijsopleiding kan hier eventueel deel van uitmaken, na de expliciete goedkeuring van de Expertencommissie.

De samenstelling van het personeelskader wordt opgenomen in de overeenkomst.

Artikel 332 en 333

Deze artikels regelen de aard en het aantal uren opleiding en stage die de huisarts en de verpleegkundigen van de MBE moeten hebben gevolgd.

Ook de jaarlijkse verplichte bijscholing worden in deze artikelen beschreven.

De specifieke opleidingen omtrent palliatieve verzorging en de daarbij horende sociale en psychologische vaardigheden zijn onontbeerlijk aangezien de MBE een expertenrol vervult in palliatieve zorg in de eerste lijn.

Artikel 334

Het éénmalig forfaitair bedrag en het verminderd forfait zijn maar verschuldigd voor zover de MBE een wezenlijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage in de palliatieve verzorging van de rechthebbende heeft geleverd.

De indicatie of de MBE een wezenlijke bijdrage kan leveren in de palliatieve verzorging van de palliatieve persoon, moet in overleg met de huisarts van de palliatieve persoon worden vastgesteld. De huisarts van de palliatieve persoon stelt hiervoor een attest op. Dit minimale inhoudelijke elementen van dit attest worden in het artikel bepaald.

Tot voor de overdracht van de bevoegdheid zijn er verschillende type attesten in gebruik. Door de inhoud ervan te bepalen, wordt verzekerd dat de attesten volledig en correct zijn

opgesteld. Aan de MBE wordt de verdere vrijheid gegeven om het attest op te stellen volgens bijvoorbeeld een eigen sjabloon.

Om van een wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging van een rechthebbende in zijn thuismilieu of in zijn thuisvervangend milieu te kunnen spreken, moet minstens voldaan zijn aan de voorwaarden die die bepaald worden in dit artikel.

g. Deel 7: Wijzigingsbepalingen

Artikel 335 tem 357

De artikelen 335 tot en met 357 bevatten wijzigingsbepalingen. Het betreft veelal juridisch-technische wijzigingen die noodzakelijk zijn. Denk bijvoorbeeld aan wijzigingen van de terminologie, zoals de vervanging van de term "categoriaal ziekenhuis" door de term "revalidatieziekenhuis", of het opheffen van bepalingen in bestaande besluiten die door het voorliggend ontwerp van besluit zonder voorwerp geworden zijn.

Het is nutteloos in detail in te gaan op al deze wijzigingsbepalingen, met uitzondering van de volgende:

- Het Besluit van de Vlaamse Regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van procedure voor het verkrijgen een planningsvergunning en een exploitatievergunning voor intramurale en transmurale voorzieningen in de gezondheidszorg, wordt aangepast zodat de aanvraag van een voorafgaande vergunning (voorheen planningsvergunning genoemd) voor initiatieven van beschut wonen en psychiatrische verzorgingsvoorzorgingstehuizen volgens dezelfde procedure verloopt als de huidige planningsvergunning.
- Het Besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzorgingen wordt onder meer aangepast opdat de capaciteit van initiatieven van beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen in aantal zorggebruikers (i.p.v. bedden) kan uitgedrukt worden.

h. Deel 8: Slotbepalingen

Hoofdstuk 1: opheffingsbepalingen

Artikel 358

Artikel 358 bevat de regelingen die worden opgeheven.

Hoofdstuk 2: Overgangsbepalingen

Artikel 359

Artikel 359 bepaalt dat de vaststelling van het budget voor de revalidatieziekenhuizen voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 januari 2019 gebeurt 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.

Artikel 360

Dit artikel bepaalt dat de lopende overeenkomsten tussen het initiatief van beschut wonen en haar zorggebruikers, geldig blijven voor hun resterende duur.

Artikel 361

Dit artikel bepaalt dat de lopende overeenkomsten tussen het psychiatrisch verzorgingstehuis en haar zorggebruikers, geldig blijven voor hun resterende duur.

Artikel 362

Artikel 362 bepaalt dat zolang de minister, conform artikel 211, niet heeft bepaald in welke gevallen de vereenvoudigde procedure, vermeld in artikel 211, van toepassing is, de tabel in dit artikel bepaalt in welke gevallen de standaardprocedure, vermeld in artikel 210, en in welke gevallen de vereenvoudigde procedure, vermeld in artikel 211, van toepassing is.

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, verlopen altijd conform de standaard aanvraagprocedure, vermeld in artikel 210.

Artikel 363

In artikel 363 bepaalt de Vlaamse Regering met welke voorzieningen de minister een revalidatieovereenkomst sluit ter uitvoering van artikel 110 van het Overnamedecreet. Het gaat om voorzieningen, die voor de datum van inwerkingtreding van het Overnamedecreet al een 'long-term care'-revalidatieovereenkomsten hadden gesloten ter uitvoering van artikel 22, 6°, en 23, §3, van de wet gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze nieuwe revalidatieovereenkomsten bevatten geen inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van de bestaande overeenkomsten. De Vlaamse Gemeenschap (het Agentschap Zorg en Gezondheid) neemt de rol van het RIZIV over en de bepalingen van de overeenkomsten worden in overeenstemming gebracht met Overnamedecreet en dit besluit. Het bestaande erkenningsnummer van de voorzieningen in kwestie blijft ongewijzigd van toepassing.

Artikel 364

In artikel 364 bepaalt de Vlaamse Regering met welke voorzieningen de minister een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe sluit ter uitvoering van het artikel 111 van het Overnamedecreet. Het gaat om voorzieningen waarmee voor de datum van inwerkingtreding van het Overnamedecreet al een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe was gesloten in uitvoering van artikel 22, 6°ter en 23, §3bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze nieuwe overeenkomsten met de multidisciplinaire begeleidingsequipes bevatten geen inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van de bestaande overeenkomsten. De Vlaamse Gemeenschap (het Agentschap Zorg en Gezondheid) neemt de rol van het RIZIV over en de bepalingen van de overeenkomsten worden in overeenstemming gebracht met het Overnamedecreet en dit besluit.

Artikel 365

Krachtens artikel 47/9, §4, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten "[verzekert] de federale overheid [...], voor rekening van de gemeenschappen, de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen als bedoeld in artikel 5, § 1, I, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, voor zover deze investeringen:

1° uiterlijk op 31 december 2015 het voorwerp hebben uitgemaakt van een eerste aflossing;

2° of, de nieuwbouw of de prioritaire verbeteringswerken betreffen die door de gemeenschappen worden gesubsidieerd en die werden voorzien op de bouwkalender die in het protocolakkoord afgesloten op de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 19 juni 2006 is voorzien;

3° of, niet prioritaire verbeteringswerken betreffen, voor zover de investeringen conform zijn aan de van kracht zijnde federale regels en voor 31 december 2015 werden aangevangen.”.

Artikel 365 bepaalt dat 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, de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, van toepassing blijven.

Artikel 366

Artikel 366 bepaalt dat voor de uitvoering van de taken, vermeld in artikel 15, 16, 18, 22, 62, 210, 214 en 215, de functie van de Zorgkassencommissie in de periode van 1 januari 2019 tot en met 30 juni 2019 nog wordt uitgeoefend door de adviserend-arts van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven.

Hoofdstuk 3. Inwerkingtredingsbepaling

Artikel 367

Artikel 367 regelt de inwerkingtreding van het besluit. De vereiste dat een initiatief van beschut wonen ten minste 64 zorggebruikers moet kunnen begeleiden, gaat pas in vanaf 1 januari 2022. Dit geeft kleinere initiatieven van beschut wonen nog drie jaar om zich aan te passen.

Hoofdstuk 4. Uitvoeringsbepaling

Artikel 368

Artikel 368 bepaalt dat de minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, belast is met de uitvoering van het besluit

3. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE BEGROTING VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Revalidatievoorzieningen

Bij begrotingsaanpassing 2018 is 156.074 d euro voorzien voor de revalidatieovereenkomsten.

Het budget voor deze sector is door de bijzondere financieringswet reeds in 2015 overgedragen naar de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid voorziet het budget voor deze sector dus reeds verschillende jaren op zijn begroting (GE0-1GHD2AD-WT – werking en toelagen revalidatie). Er zijn geen implicaties op de begroting door dit BVR.

Revalidatieziekenhuizen

Bij begrotingsaanpassing 2018 is 84.027 d Euro voorzien.

Met ingang van 2019 wordt het Budget Revalidatieziekenhuizen (BRZ), voorheen het Budget Financiële Middelen (BFM), opgesteld conform de bepalingen in het overname BVR. De principes en de daaraan gekoppelde budgetten blijven aangehouden. Er is dus geen budgettaire weerslag gecreëerd door deze nieuwe methodiek. Enkel de groepering van de budgetten wordt sterk vereenvoudigd.

Het BRZ kent vier delen:

- 1) Het basisbudget, omvat alle bedragen van het BFM die constant in de tijd zijn gebleven en dus niet afzonderlijk vermeld worden in één van de andere delen van het BRZ. Structurele aanpassingen aan het budget worden aan dit deel toegevoegd.
- 2) Het voorwaardelijk budget, omvat de financiering voor de kwaliteitsbewaking en de implementatie van het Elektronisch Patiëntendossier.
- 3) Het jaarlijks herrekende budget, omvat de financiering van de eindeloopbaanmaatregelen en de attractiviteitspremie.

Het corrigerende budget, bevat inhaalbedragen uit het verleden en correcties in geval van wijziging van de bedcapaciteit van het ziekenhuis.

Het budget voor deze sector is door de bijzondere financieringswet reeds in 2015 overgedragen naar de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid voorziet het budget voor deze sector dus reeds verschillende jaren op zijn begroting (GE0-1GHD2AD-WT – werking en toelagen revalidatie). Er zijn geen implicaties op de begroting door dit BVR.

Psychiatrische verzorgingstehuizen

Bij begrotingsaanpassing 2018 is 75.218 d Euro voorzien voor de PVT-sector.

Dit budget dient voor het financieren van de ligdagprijs van de 1.913 erkende PVT bedden in Vlaanderen. Naast de ligdagprijs ontvangt de sector ook middelen voor eerste deel van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, eindeloopbaan, tweede deel van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, sociale maribel en 2^{de} pensioenpijler.

Het budget voor deze sector is door de bijzondere financieringswet reeds in 2015 overgedragen naar de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid voorziet het budget voor deze sector dus reeds verschillende jaren op zijn begroting (GE0-1GHD2AE-WT – geestelijke gezondheidszorg).

De verzekeringsinstellingen (V.I.) en de PVT-sector zijn vragende partij om over te stappen van papieren naar elektronische facturatie.

Hiermee zou ook een overstap van driemaandelijkse naar maandelijkse facturatie gepaard gaan. Deze overstap houdt een éénmalige versnelling in de uitgaven in. Er wordt rekening gehouden met 1 maand vertraging in de maandelijkse facturatie. Hierdoor zullen in het eerste jaar van de overschakeling 2 prestatie maanden versnel uitbetaald worden en dus ook kasmatig voorzien dienen te worden. Vanaf het 2e jaar is er geen meerkost meer.

Het RIZIV raamde dat de overstap van een driemaandelijkse naar een maandelijkse facturatie een meerkost van 15.853 duizend EUR zou betekenen voor de PVT en BW sector samen.

Het RIZIV maakte geen afzonderlijke berekening voor PVT.

Gezien het PVT budget 64% uitmaakt van het totale budget voor PVT en BW samen kunnen we veronderstellen dat 64% van deze eenmalige kostprijs van toepassing is op PVT, met name 10.146 deuro.

Deze eenmalige meerkost is in functie van de vooruitgang van de overgang naar elektronische facturatie en het moment dat de overstap wordt gemaakt.

Gelet op het gegeven dat er enkel een versnelling is van de aanrekening voor dezelfde prestatie wordt deze extra uitgave op de esr-rekening gecorrigeerd, zodat deze operatie geen effect heeft op het esr-vorderingensaldo.

Initiatieven van beschut wonen

Bij begrotingsaanpassing 2018 is 42.467 d euro voorzien voor de 45 IBW erkend door de Vlaamse Overheid.

Dit budget dient voor het financieren van de ligdagprijs van de 2.921 plaatsen BW in Vlaanderen.

Het budget voor deze sector is door de bijzondere financieringswet reeds in 2015 overgedragen naar de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid voorziet het budget voor deze sector dus reeds verschillende jaren op zijn begroting (GE0-1GHD2AE-WT – geestelijke gezondheidszorg).

Er is geen budgettaire weerslag gekoppeld aan deze aangepaste regelgeving.

Maximumfactuur

Het budget bij begrotingsaanpassing 2018 bedraagt 4.264 d euro.

Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve zorg

Het totale budget voorzien voor de MBE bedraagt 10.153 deuro (BA2018).

Daarvan is 1.553 deuro voor de subsidiëring van de palliatieve samenwerkingsverbanden (PSV).

Het resterende bedrag (8.600 deuro) is beschikbaar voor de MBE.

Conclusie

Er wordt uitgegaan van een constant beleid, waardoor er globaal gezien geen meerkosten ontstaan.

De verzekeringsinstellingen zullen voor hun opdrachten in het kader van de uitbetaling van de tegemoetkomingen en het beheer hieromtrent een werkingssubsidie ontvangen.

Het advies van de Inspectie van Financiën werd verleend 26 juni 2018.

Het begrotingsakkoord werd verleend op 16 juli 2018 onder voorwaarde dat:

- voor de overeenkomsten met de verzekeringsinstellingen het advies van IF en het begrotingsakkoord bekomen wordt;
- elke budgettaire impact opgevangen wordt binnen de beschikbare kredieten en geen aanleiding geeft tot een toekomstige meervraag;
- voor de bijkomende impact op het personeel een personeelsplan voorgelegd wordt aan Bestuurszaken;
- ter voorbereiding van de inkanteling in de Vlaamse Sociale Bescherming het behalen van mogelijke efficiëntiewinsten omwille van digitalisering nader bekeken wordt;
- bij overstap naar de maandelijkse facturatie van de psychiatrische verzorgingstehuizen tijdig contact opgenomen wordt met Financiën en Begroting en het INR.

4. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE LOKALE BESTUREN

Het voorstel van beslissing heeft geen weerslag op het gebied van personeelsinzet;
noch op de werkingsuitgaven;
noch op de investeringen en schulden;
noch op de ontvangsten.

Er is dus geen weerslag op de werking van de lokale besturen.

5. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP HET PERSONEELSBESTAND EN DE PERSONEELSBUDGETTEN

Deze bijkomende taken hebben een impact op de werkbelasting van het personeel binnen het Agentschap, hoofdzakelijk op de afdeling Gespecialiseerde Zorg. De vertaling van deze impact op het personeelsbestand zal op kwantitatieve wijze terug te vinden zijn in het personeelsplan (PEP 2018-2020) dat u eerstdaags wordt overgemaakt voor advies.

6. KWALITEIT VAN DE REGELGEVING

Het bijgaande voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering werd waar nodig aangepast aan het wetgevingstechnisch en taalkundig advies nr. 2018/223 van 6 en 8 juni 2018.

Er is geen RIA vereist aangezien het om een continuering gaat van de bestaande regeling.

7. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

1. haar principiële goedkeuring te hechten aan het bovengenoemd voorontwerp van besluit;
2. de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, te gelasten over voornoemd voorontwerp van besluit het advies in te winnen van:
 - 1.1. de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG), met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen;
 - 1.2. de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV), met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van één maand;
 - 1.3. de Commissie voor de Gegevensbeschermingsautoriteit, met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van vijftien dagen;
 - 1.4. de Vlaamse toezichtcommissie voor het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer, met verzoek het advies mee te delen.

Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin,
Jo VANDEURZEN