

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, GEZIN EN ARMOEDEBESTRIJDING

QUATERNOTA AAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: - Voorontwerp besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van
regelgeving met betrekking tot de Vlaamse sociale bescherming
- Principiële goedkeuring

Samenvatting

Met dit voorontwerp van besluit worden de revalidatieziekenhuizen en het multidisciplinair overleg vanaf 1 januari 2022 geïntegreerd in de Vlaamse sociale bescherming.

Tevens wordt uitvoering gegeven aan het engagement uit het Vlaams regeerakkoord 2019-2024 met betrekking tot de verblijfsvoorwaarden.

Ten slotte worden ook enkele punctuele en juridisch-technische aanpassingen doorgevoerd.

1. SITUERING

A. BELEIDSVELD/BELEIDSDOELSTELLING

Dit dossier heeft betrekking op het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, beleidsveld sociale bescherming. Het voorliggende voorontwerp van decreet geeft uitvoering aan de strategische doelstelling toegankelijkheid ('SD Toegankelijkheid').

B. VORIGE BESLISSINGEN EN ADVIEZEN

Het bijgaande ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering werd aangepast aan het wetgevingsadvies nr. 2021-107.

Het advies Inspectie van Financiën dateert van 20 mei 2021. Het begrotingsakkoord werd aangevraagd op 4 juni 2021.

2. INHOUD

A. ALGEMENE TOELICHTING

2.1 INTEGRATIE VAN NIEUWE SECTOREN IN DE VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING (VSB)

2.1.1. Revalidatieziekenhuizen

Niet alle pijlers konden van bij de start geïntegreerd worden in de Vlaamse sociale bescherming (VSB). De integratie in een Vlaams verzekeringsmodel vergt immers ook een digitalisering van bepaalde gegevensstromen. Dit gelijktijdig realiseren voor alle sectoren tegen 1 januari 2019 was niet haalbaar. Er is daarom geopteerd voor een gefaseerde inkanteling, waarbij in een eerste fase naast het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden enkel het zorgbudget ouderen, het basisondersteuningsbudget, de residentiële ouderenzorg en de mobiliteitshulpmiddelen een onderdeel werden van de VSB.

Via het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het besluit van de Vlaamse regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging werd daarom gezorgd dat er, vanaf 1 januari 2019, een continuïteit mogelijk was voor sommige sectoren: de revalidatieziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), de initiatieven voor beschut wonen (IBW), de revalidatieovereenkomsten (m.i.v. de rolstoeladviesteams) en de multidisciplinaire begeleidingsequipes (voor palliatieve zorg).

Voor deze pijlers startte vanaf 1 januari 2019 een 'intervalfase', waarbij de Vlaamse Gemeenschap de dienstverlening overnam van het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) en de FOD Volksgezondheid. In die fase bleven deze onderdelen nog gekoppeld aan het recht op prestaties in het kader van de (federale) ziekteverzekering en lag de uitvoeringsorganisatie nog bij de ziekenfondsen.

Eind december 2021 vervalt het akkoord van de Interministeriële Conferentie, waarbij de verzekeringsinstellingen voor deze sectoren tijdelijk verder konden instaan voor de dossierbehandeling en voor de uitbetaling. Voor deze sectoren dient dus vanaf 2022 een alternatief beschikbaar te zijn ofwel dient het akkoord voor bepaalde sectoren nog tijdelijk verlengd te worden. Met het decreet tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming werd een dergelijke gespreide inkanteling mogelijk gemaakt.

Voorliggend ontwerp van besluit voorziet in de integratie van de revalidatieziekenhuizen in de VSB vanaf 1 januari 2022. Via de 6de staats hervorming werd Vlaanderen enkel bevoegd wat betreft de werkingsmiddelen van de revalidatieziekenhuizen, die gefinancierd worden via het Budget Revalidatieziekenhuizen (BRZ). De regelgeving en financiering van de medische prestaties en de medicatie, werd door de 6de staats hervorming niet overgedragen naar Vlaanderen en blijft exclusieve bevoegdheid van de federale overheid, bij monde van het RIZIV.

De revalidatieziekenhuizen worden in belangrijke mate “as is” geïntegreerd in de VSB. De integratie impliceert dat – voor wat de tegemoetkomingen onder Vlaamse bevoegdheid betreft – het verzekeringsprincipe van de Vlaamse sociale bescherming van kracht wordt en dat de zorgkassen zullen instaan voor de behandeling van de dossiers.

Het BRZ wordt in de Vlaamse sociale bescherming overgenomen met behoud van budget, inhoud, betalingsprincipes met een vast en een variabel deel. Er zijn hierdoor weinig tot geen inhoudelijke aanpassingen aan de bepalingen voor de berekening en vereffening van het BRZ, zoals bepaald in het overnamebesluit.

De voorwaarden wanneer en hoe de verpleegdagen kunnen worden gefactureerd aan de zorgkassen worden via voorliggend besluit bepaald. Er wordt maximaal aangeleund bij de bestaande principes zoals die gekend zijn door de revalidatieziekenhuizen op basis van de federale reglementering.

Voorliggend besluit voorziet in de bepalingen voor de eigen bijdrage van de patiënt in de verblijfskosten in een revalidatieziekenhuis. Daar waar tijdens de intervalfase dit gestoeld was op federale regelgeving, is dit vanaf de inkanteling van de revalidatieziekenhuizen in VSB gebaseerd op Vlaamse regelgeving. De voorwaarden en de bedragen van het persoonlijk aandeel worden niet gewijzigd ten opzichte van de bestaande situatie, zodat de bepalingen voor de financiering via federaal en via Vlaanderen, gelijk blijven lopen.

Voorliggend besluit behoudt de voorwaarde dat verpleegdagen enkel binnen goedgekeurde periodes van opname in het revalidatieziekenhuis kunnen worden gefactureerd. Het revalidatieziekenhuis moet daartoe de opname en het ontslag van een patiënt via de in besluit vastgelegde procedure melden aan de zorgkas.

Daar waar in de intervalfase gefactureerd werd aan de mutualiteiten (voor rekening van Vlaanderen), moeten de verpleegdagen vanaf 1 januari 2022 door het revalidatieziekenhuis aan de zorgkassen worden gefactureerd. Via voorliggend besluit worden de modaliteiten daartoe bepaald.

De communicatie tussen het revalidatieziekenhuis en de zorgkassen moet, voor wat betreft de meldingen rond de opname en het ontslag van de patiënt en voor wat betreft de facturatie, uitsluitend via digitale weg gebeuren. Via voorliggend besluit wordt bepaald dat de revalidatieziekenhuizen over daartoe geattesteerde software moeten beschikken.

2.1.2. Multidisciplinair overleg

De tegemoetkomingen voor een multidisciplinair overleg worden ingeschreven als nieuwe pijler in het decreet van 18 mei 2018 m.b.t. de Vlaamse Sociale Bescherming. Met de uitvoering van dit decreet krijgt dit vergoedingssysteem een regelgevende basis met heldere voorwaarden en een duidelijke procedure. De voorwaarden voor een vergoedbaar overleg worden vastgelegd, de taken van de verschillende vergoedbare rollen omschreven en de procedures tot het verkrijgen van een vergoeding structureel verankerd.

2.2. INBURGERING EN WOONVOORWAARDEN

In het decreet van 18 juni 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming wordt de toegang tot de Vlaamse sociale bescherming beperkt tot wie effectief heeft bijgedragen. Nieuwkomers moeten aldus eerst bijdragen aan het systeem voor ze de voordelen van de Vlaamse sociale bescherming kunnen genieten. Binnen deze context worden twee maatregelen genomen:

- Wie aanspraak wil maken op een zorgbudget moet tien jaar – waarvan vijf jaar ononderbroken - wettelijk en legaal in Vlaanderen of Brussel verblijven (voorheen volstond een verblijf gedurende de laatste vijf jaar). Periodes waarin men sociaal verzekerd was in een EU-lidstaat, worden ook nu gelijkgesteld. Voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar geldt deze verplichting niet. Bijkomend moet men nu ook voldoen aan de inburgeringsplicht.
- Enkel wie hier 5 jaar ononderbroken verblijft en voldoet aan de inburgeringsplicht, kan aanspraak maken op de verminderde zorgpremie (in 2021 bedraagt de verminderde premie 27 euro i.p.v. 54 euro).

Impact voor zorgbudget

Om in aanmerking te komen voor een zorgbudget worden de jaren van wettig verblijf gelijkgesteld met de jaren waarvoor een persoon bijdrageplichtig voor de Vlaamse sociale bescherming is. Elk kalenderjaar waar de aansluitbaarheid van de persoon verplicht of vrijwillig is (Brussel), geldt bijgevolg als een wettig verblijfsjaar. Dit houdt in dat de persoon voor dat kalenderjaar minstens 1 dag in Vlaanderen of Brussel gewoond heeft, met inschrijving in het bevolkings- of het vreemdelingenregister. Was de persoon nog minderjarig, dan geldt het wettig verblijfsjaar ook bij inschrijving in het wachtregister.

Periodes van ononderbroken verblijf worden dan beschouwd als de opeenvolgende kalenderjaren met verplichte of vrijwillige aansluitbaarheid. Daarnaast moet de persoon op de datum van de opening van het recht op de tegemoetkoming ook aan de inburgeringsplicht voldoen.

Per dossier zal de zorgkasmedewerker daarom nagaan of de persoon op de datum van de opening van het recht op de tegemoetkoming aan de woonvoorwaarde en de inburgeringsplicht voldoet. De dossierbehandelaar checkt deze voorwaarden naast de andere voorwaarden voor het zorgbudget. Is aan de woonvoorwaarde of inburgeringsvoorwaarde niet voldaan, dan weigert de zorgkas het dossier. De zorgbehoevende kan opnieuw een aanvraag indienen op het moment dat hij aan de woon- en inburgeringsvoorwaarden voldoet. Het proces herhaalt zich dan.

De criteria waaraan een gebruiker moet beantwoorden om te voldoen aan de inburgeringsplicht zijn opgenomen in het decreet van 7 juni 2013 betreffende het Vlaamse integratie- en inburgeringsbeleid en in de uitvoeringsbesluiten van dat decreet.

Verminderde premie

Ook voor het recht tot het betalen van een verminderde premie wordt gecontroleerd of aan de woonvoorwaarden en de inburgeringsplicht is voldaan.

Periodes van ononderbroken verblijf worden beschouwd als de opeenvolgende kalenderjaren met verplichte of vrijwillige aansluitbaarheid. Men moet voor de verminderde premie 5 jaar ononderbroken verblijf bewijzen die voorafgaan aan het jaar waarvoor de premie wordt opgevraagd.

Jaarlijks moeten de zorgkassen voor ongeveer 4,7 miljoen leden nagaan of ze recht hebben op de verlaagde premie. Om dit werkbaar te houden, dient de zorgkas de voorwaarden voor de verlaagde premie dus vast te stellen op een bepaalde datum. Naar analogie met de toepassing van het VT – criterium geldt als referentiedatum voor de inburgeringsplicht 1 januari van het jaar voorafgaand aan het jaar waarvoor de premie opgevraagd wordt.

2.3. PUNCTUELE WIJZIGINGEN

Betaling van de zorgpremie toewijzen aan het oudste jaar

De huidige regelgeving bepaalt dat bij achterstallige premies een betaling voor de zorgpremie wordt toegewezen aan het meest recente jaar. Dat is een afwijking van de gangbare boekhoudkundige regels. Normaliter worden dergelijke betalingen immers toegewezen aan de oudste openstaande vorderingen. Met de voorliggende bepaling worden de klassieke boekhoudkundige regels opnieuw gerespecteerd.

Door de indexering van de zorgpremie heeft deze bepaling ondertussen een ongewenst neveneffect. In 2017 bedroeg de premie 50 euro. In 2018 was dat 51 euro. In 2019 52 euro en in 2020 53 euro. Bij een onvolledige betaling van de achterstallige zorgpremies wordt het betaalde bedrag telkens toegewezen aan het meest recente jaar, wat leidt tot meer onvolledige betalingen en dus tot meer boetes. De onvolledige betalingen hebben echter betrekking op 1 tot 2 euro.

Door de correcte toewijzing van de zorgpremie wordt in dergelijke gevallen niet langer een boete opgelegd.

Zorgbudget zorgbehoevenden met palliatief attest

Bij besluit van de Vlaamse regering van 30 november 2018 werd de carenperiode voor personen met een palliatief forfait geschrapt.

Er werd immers vastgesteld dat een groep personen met palliatieve zorgen nooit het zorgbudget zorgbehoevenden ontving, omdat zij overleden tijdens de carenperiode van 4 maanden. Om dit te verhelpen is toen beslist dat aan personen met palliatief forfait niet langer een carenperiode wordt opgelegd. Om in aanmerking te komen voor het zorgbudget zorgbehoevenden diende de gebruiker wel nog altijd de zorgbehoevendheid aan te tonen. In de praktijk betekende dit dat er vaak nog altijd een indicatiestelling vereist was. Deze maatregel is ingegaan op 1 december 2019.

Er wordt nu vastgesteld dat de verplichte indicatiestelling ertoe leidt, dat een aantal palliatieve patiënten alsnog geen toegang hebben tot het zorgbudget zorgbehoevenden. Een aantal gebruikers overlijdt immers in de periode tussen de aanvraag en het moment van indicatiestelling. Een tweede groep scoort onvoldoende hoog op de schaal. Met de voorliggende bepaling wordt het zorgbudget zorgbehoevenden toegekend aan iedereen met een palliatief forfait. Een indicatiestelling is dan niet meer nodig.

B. TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Algemeen deel

Artikel 1 wijzigt de bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen. De vermelding van de administratieve beroepscommissie, vermeld in artikel 144 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, wordt verwijderd aangezien het aspect van de presentiegelden nu geregeld wordt in het artikel 144/1 van het VSB-besluit.

Artikel 2 tot en met 51 wijzigen het besluit van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming (hierna 'het VSB-besluit').

Artikel 2 brengt in artikel 1 van het VSB besluit drie nieuwe definities aan:

- agentschap Zorg en Gezondheid (in tegenstelling tot de term 'agentschap', die in het kader van het VSB-besluit naar het agentschap sociale bescherming verwijst;
- besluit van 7 december 2018 (het huidige besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, dat middels het voorliggend besluit gedeeltelijk wordt ingekanteld in de Vlaamse sociale bescherming;
- niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning (dit werd eerst apart gedefinieerd in artikel 233, §1, van het VSB-besluit en is nu in de opsomming van definities in artikel 1 van het VSB-besluit geïntegreerd)

Artikel 3 voegt in artikel 43 van het VSB-besluit een lid in en geeft een delegatie aan de minister om te bepalen welke persoonsgegevens van de leden van de Zorgkassencommissie door het agentschap worden verwerkt, met een duiding over welke categorieën persoonsgegevens het hierbij gaat. Dit artikel vormt een verdere uitwerking van de basis voor de verwerking van de persoonsgegevens van de leden van de Zorgkassencommissie door het agentschap.

Artikel 4 voegt aan artikel 52 van het VSB-besluit een lid toe en geeft een delegatie aan de minister om te bepalen welke persoonsgegevens van de leden van de Expertencommissie door het agentschap worden verwerkt met het oog op de uitbetaling van de presentiegelden en de vergoedingen, met een duiding over welke categorieën persoonsgegevens het hierbij gaat. Dit artikel vormt een verdere uitwerking van de basis voor de verwerking van de persoonsgegevens van de leden van de Expertencommissie door het agentschap.

Artikel 5 wijzigt artikel 60 van het VSB-besluit, zodat ook de overlegorganisator, waartoe een persoon zich wendt, deze persoon informeert over zijn aansluitingsplicht en de vrije keuze van zorgkas voor aansluiting indien deze zich conform artikel 59 van het VSB-besluit administratief moet aansluiten bij een zorgkas.

Artikel 6 wijzigt artikel 68 van het VSB-besluit. De bedragen van de jaarlijkse premie voor de Vlaamse sociale bescherming worden aangepast aan de bedragen in 2022, na indexering. Vervolgens worden vier specifieke modaliteiten vermeld om voor de verlaagde premie in aanmerking te komen:

- er wordt vastgesteld dat de gebruiker recht dient te hebben op de verhoogde tegemoetkoming op 1 januari van het kalenderjaar dat het kalenderjaar waarop de premie betrekking heeft, voorafgaat
- er wordt verduidelijkt wat er in het kader van personen met een verhoogde tegemoetkoming conform artikel 45, §1, vijfde lid, 1^o, van het decreet van 18 mei 2018 als een jaar wordt beschouwd
- er wordt verduidelijkt wanneer de vijf opeenvolgende jaren, vermeld in artikel 45, §1, vijfde lid, 1^o, ten opzichte van de premie vervuld dienen te zijn
- er wordt aangegeven wanneer de gebruiker dient te voldoen aan de inburgeringsplicht, vermeld in 45, §1, vijfde lid, 2^o. Er wordt hier geopteerd voor de scharnierdatum van 1 januari aangezien de zorgkassen jaarlijks voor ongeveer 4,7 miljoen leden nagaan of ze recht hebben op de verlaagde premie. Om dit werkbaar te houden, dient de zorgkas de voorwaarden voor de verlaagde premie dus vast te stellen op een bepaalde datum. In het voorstel is dit 1 januari van het jaar voorafgaand aan het jaar waarvoor de premie opgevraagd wordt.

In het vierde lid van artikel 68 wordt de indexclausule geactualiseerd.

Artikel 7 vervangt het huidige artikel 70 van het VSB-besluit. Er wordt bepaald dat het geïnde bedrag aan premies wordt toegekend aan het minst recente jaar waarvoor de verschuldigde premie voor de Vlaamse sociale bescherming niet of niet volledig is betaald. Jaren waarin premies niet volledig werden betaald en waarvoor de achterstallen nog aanleiding kunnen geven tot een administratieve geldboete, krijgen daarbij voorrang.

Het huidige artikel 70 bepaalt dat bij achterstallige premies een betaling voor de zorgpremie wordt toegewezen aan het meest recente jaar. Dat is een afwijking van de gangbare boekhoudkundige regels. Normaliter worden dergelijke betalingen toegewezen aan de oudste openstaande vorderingen. Met deze specifieke maatregel wilde de regelgever vermijden, dat wie slechts één premie betaalde in plaats van alle achterstallige premies telkens de sanctie van opschorting met verlies van rechten zou oplopen¹. Deze sanctie werd echter sinds 1 januari 2018 afgeschaft.

Door de afschaffing van de opschorting met verlies van rechten is het toewijzen van een zorgpremie aan het meest recente jaar achterhaald. En door de indexering van de zorgpremie heeft deze bepaling ondertussen een ongewenst neveneffect.

In 2017 bedroeg de premie 50 euro. In 2018 was dat 51 euro. In 2019 52 euro en in 2020 53 euro. Bij een onvolledige betaling van de achterstallige zorgpremies wordt het betaalde bedrag telkens toegewezen aan het meest recente jaar, wat leidt tot meer onvolledige betalingen en dus tot meer boetes.

Om deze reden wordt het huidig artikel 70 aangepast.

Artikel 8 wijzigt artikel 88 van het VSB-besluit. Zo worden de gegevens die kunnen worden aangereikt door de zorgkassen aan de verzekeringsinstellingen onder meer uitgebreid met de aanvaarde, gefactureerde prestaties in het kader van de pijlers revalidatie en multidisciplinair overleg en de opnames en verblijfsgegevens in het kader van de revalidatieziekenhuizen.

En ook de gegevens die conform het tweede lid van artikel 88 worden aangereikt door de verzekeringsinstellingen aan de zorgkassen worden uitgebreid met:

- opnames en verblijfsgegevens, op voorwaarde dat er een opname in een revalidatieziekenhuis werd gemeld door de zorgkas;
- aanvaarde, gefactureerde prestaties, op voorwaarde dat er een opname in een revalidatieziekenhuis werd gemeld door de zorgkas;
- gegevens betreffende de hoedanigheid van de gebruiker of het rechthebbend zijn op de verhoogde tegemoetkoming, voor zover deze noodzakelijk zijn voor de berekening van het persoonlijk aandeel van de gebruiker in de revalidatieziekenhuizen.

Artikel 9 wijzigt artikel 89 van het VSB-besluit, dat handelt over de gegevensuitwisseling tussen de zorgkassen en het Intermutualistisch Agentschap. De gegevens die de zorgkassen aan het Intermutualistisch Agentschap bezorgen, worden uitgebreid met de prestaties, gefactureerd in het kader van de pijlers revalidatie en multidisciplinair overleg. Daarnaast wordt, wat de nadere modaliteiten van de gegevensbezorging van de zorgkassen aan het intermutualistisch Agentschap betreft, de principiële machtiging van het bevoegde sectorale comité vervangen door een machtiging gevraagd aan de minister voor Binnenlandse Zaken. De 'sectorale comités' (waaronder het Sectoraal Comité voor het Rijksregister), ingesteld bij de vroegere Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer (CBPL) zijn immers opgeheven. Zoals vermeld in artikel 90, tweede lid, wordt de vraag naar dergelijke machtiging dan wel een voorafgaande beraadslaging van de bevoegde kamer van het Informatieveiligheidscomité gesteld voor zover nodig en naar gelang het geval.

Artikel 10 wijzigt artikel 90, tweede lid, en heft de verwijzing naar 'het bevoegde sectorale comité' op, gezien de sectorale comités ingesteld bij de vroegere Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer (CBPL) zijn opgeheven.

Artikel 11 vervangt artikel 92, dat een afwijking bevat op artikel 54 van het VSB-decreet. Artikel 54 van het VSB-decreet voorziet dat in alle gevallen waarin het decreet of de uitvoeringsbesluiten ervan voorzien in het toezenden van stukken of het doen van betalingen op de hoofdverblijfplaats, gebruik moet worden gemaakt van het informatiegegeven betreffende de hoofdverblijfplaats, vermeld in artikel 3, eerste lid, 5°, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen. Artikel 54, tweede lid, van het VSB-decreet voorziet in een delegatie voor de Vlaamse Regering om van dit principe af te wijken. Dit besluit voorziet dat van de verplichting, vermeld in artikel 54, eerste lid, van het VSB-decreet kan worden afgeweken in elk van de volgende gevallen:

1° voor de personen, vermeld in artikel 44 van het VSB-decreet (personen die geschrapt zijn uit het bevolkingsregister, staatlozen en personen die jonger zijn dan achttien jaar), waarbij gebruik gemaakt kan worden van een contactadres van de persoon in kwestie;

2° op schriftelijk verzoek van de betrokkene.

Deze wijziging van artikel 92 is nodig om de mogelijkheid toe te voegen om op schriftelijk verzoek van de betrokkene af te wijken van het gebruik van de hoofdverblijfplaats. Die mogelijkheid was voorzien in het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en wordt nu mee ingekanteld in de VSB-reglementering. Het behoud van deze mogelijkheid is belangrijk. Er zijn immers (regelmatig) dossiers waar de factuur naar bv. een bewindvoerder moet kunnen worden gestuurd.

Artikel 12 voegt een titel met artikel toe over de gegevens waartoe de Zorgkassencommissie toegang moet hebben in het kader van de uitvoering van indicatiestellingen in situaties waarin gebruikers administratief beroep aantekenen tegen een beslissing van de zorgkas over een aanvraag van een zorgbudget.

Artikel 13 wijzigt artikel 94, tweede lid van het VSB-besluit. De verwijzing naar artikel 52, eerste lid en artikel 53, eerste lid, van het VSB-decreet worden gecorrigeerd door te verwijzen naar de correcte paragraaf. Opgemerkt moet worden dat de tweede paragraaf van beide artikelen werd opgeheven bij decreet van 18 juni 2021 tot wijziging van de regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, waardoor beide artikelen nog maar uit een paragraaf bestaan.

Artikel 14 wijzigt artikel 104, §2, van het VSB-besluit in dezelfde zin.

Artikel 15 voegt aan boek 1, deel 5 van het VSB-besluit een titel 4 toe, bestaande uit de artikelen 111/1 tot en met 111/8 in verband met de registratie, verwerking en uitwisseling van gegevens met betrekking tot de revalidatieziekenhuizen.

Het nieuwe artikel 111/1 bepaalt dat de gebruiker aan het revalidatieziekenhuis zijn INSZ-nummer bezorgt en tot welke gegevens de revalidatieziekenhuizen zich op basis van dit nummer toegang moeten kunnen verschaffen met het oog op de meldingen, vermeld in het nieuwe artikel 534/59 (een kennisgeving van opname van een patiënt in een revalidatieziekenhuis en een aanvraag tot verlenging van de opname door het revalidatieziekenhuis).

Het nieuwe artikel 111/2 stelt in paragraaf 1 vast welke gegevens door de revalidatieziekenhuizen aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten worden bezorgd met het oog op de meldingen, vermeld in het nieuwe artikel 534/59 (een kennisgeving van opname van een patiënt in een revalidatieziekenhuis en een aanvraag tot verlenging van de opname door het revalidatieziekenhuis). Vervolgens wordt er een delegatie aan de minister voorzien om te bepalen wat onder 'opnamegegevens', zoals vermeld in artikel 111/2, paragraaf 1, 2°, wordt vermeld.

De tweede paragraaf van artikel 111/2 bevat een rechtsbasis voor de enerzijds de zorgkassen conform artikel 22, tweede lid van het VSB-decreet en anderzijds het agentschap conform artikel 11, 2°, en artikel 36, eerste lid, van het VSB-decreet om zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang te verschaffen tot de gegevens, zoals vermeld in paragraaf 1, eerste lid van dit artikel.

Het nieuwe artikel 111/3 voorziet dat het INSZ-nummer wordt gebruikt in het kader van de facturatie door de revalidatieziekenhuizen conform artikel 534/68.

Het nieuwe artikel 111/4 stelt een algemene bewaartermijn van minimaal en maximaal 10 jaar voorop gedurende dewelke de revalidatieziekenhuizen de documenten en gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van het VSB-besluit dienen te bewaren. Het VSB-besluit of andere regelgeving die van toepassing is kan mits het bepalen van een specifieke bewaartermijn van deze algemene bewaartermijn afwijken.

Het nieuwe artikel 111/5 bepaalt dat het agentschap de gegevens, vermeld in het voornoemde artikel 111/4, gedurende een termijn van 30 jaar na het einde van de betrokken opname of gedurende een termijn van 5 jaar na het overlijden van de gebruiker bewaart.

Het nieuwe artikel 111/6 stelt dat de documenten, vermeld in de voornoemde artikelen 111/4 en 111/5 op elektronische wijze bewaard kunnen worden.

Het nieuwe artikel 111/7 stelt dat de Zorgkassencommissie conform artikel 37, §1, van het VSB-decreet in functie van de haar opgelegde taken toegang krijgt tot de gegevens, vermeld in de voornoemde artikelen 111/1 en 111/2, §1, eerste lid, met uitzondering van de gegevens betreffende de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten. Artikel 37, §1, van het VSB-decreet stelt voorop dat de Zorgkassencommissie beschikt over de gegevens van de gebruikers die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van haar taken.

Het nieuwe artikel 111/8 bepaalt dat de gegevens, vermeld in artikel 50, vierde en vijfde lid, van het VSB-decreet, waartoe de diensten voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de sociale dienst van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, de sociale dienst van de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS Holding en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn zich toegang moeten kunnen verschaffen, de gegevens zijn die vermeld worden in het voornoemde artikel 112, §1, eerste lid, 2°. Artikel 50, vierde lid van het VSB-decreet bepaalt dat de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, vermeld in artikel 19 van het Woonzorgdecreet, toegang hebben tot de gegevens van gebruikers die verwerkt worden in het kader van dit decreet en die dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten, vermeld in artikel 20 van het Woonzorgdecreet. Artikel 50, vijfde lid van het VSB-decreet bepaalt dat de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, vermeld in artikel 1 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, toegang hebben tot de gegevens van gebruikers die verwerkt worden in het kader van dit decreet en die dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten, vermeld in hoofdstuk IV van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Artikel 16 van het voorliggend besluit voegt aan boek 1, deel 5 van het VSB-besluit een titel 5 toe, die bestaat uit de artikelen 111/9 tot en met 111/15 in verband met de registratie, verwerking en uitwisseling van gegevens met betrekking tot het multidisciplinair overleg.

Het nieuwe artikel 111/9 eerste lid bepaalt dat de gebruiker met het oog op de indiening van een tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg zijn INSZ-nummer aan de overlegorganisator dient te bezorgen. In het tweede lid van de eerste paragraaf wordt vermeld tot welke informatie de overlegorganisator zich op basis van het INSZ-nummer toegang moet kunnen verschaffen.

Het nieuwe artikel 111/10 bepaalt welke gegevens de overlegorganisator, met het oog op de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg, conform de bepalingen van dit besluit, verwerkt van de zorgaanbieders en, in voorkomend geval, de zorgbemiddelaar.

Het eerste lid van het nieuwe artikel 111/11 stelt dat aanvragen voor een tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg worden ingediend bij de zorgkas waar de gebruiker is aangesloten.

Het tweede lid van artikel 111/11 bevat een rechtsbasis voor de enerzijds de zorgkassen conform artikel 22, tweede lid van het VSB-decreet en anderzijds het agentschap in het kader van zijn toezichtfunctie conform artikel 109, tweede lid van het VSB-decreet om zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang te verschaffen tot de in dit lid opgesomde informatie.

Daarnaast vermeld het derde lid van artikel 111/11 dat de zorgkassen en het agentschap, in het kader van zijn toezichtfunctie, eveneens toegang moeten hebben tot de persoonsgegevens van de zorgaanbieders en, in voorkomend geval, de zorgbemiddelaar, vermeld in het nieuwe artikel 111/10.

Het nieuwe artikel 111/12 stelt dat het INSZ-nummer van de gebruiker wordt gebruikt in het kader van de aanvraag voor een tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg door de overlegorganisator, vermeld in artikel 534/86, §3.

Het nieuwe artikel 111/13 bepaalt dat de overlegorganisatoren aanvraagdocumenten en het zorg- en begeleidingsplan bewaren voor een termijn van minimaal en maximaal tien jaar, na het laatste vergoedbaar multidisciplinair overleg rond de gebruiker.

Het nieuwe artikel 111/14 bepaalt dat de aanvraagdocumenten, vermeld in artikel 111/13, door het agentschap bewaard worden tot 30 jaar na het laatste vergoedbaar multidisciplinair overleg rond de gebruiker.

In het nieuwe artikel 111/15 wordt voorzien dat de documenten, vermeld in artikel 111/13 en artikel 111/14, op elektronische wijze kunnen worden bewaard.

Artikel 17 van het voorliggend besluit introduceert een nieuw artikel 113/1 in het VSB-besluit. Artikel 41, §1, eerste lid, 4° van het VSB-decreet stelt dat de gebruiker, om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming in het kader van dit decreet, wat het recht op een zorgbudget betreft, gedurende ten minste tien jaar, waarvan gedurende ten minste vijf opeenvolgende jaren, die voorafgaan aan de opening van het recht op tegemoetkoming conform dit decreet, in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wonen of sociaal verzekerd zijn in de lidstaten van de Europese Unie, in de andere staten die partij zijn bij de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland. Voor kinderen tot de leeftijd van achttien jaar geldt die voorwaarde niet, voor de hele duur van de uitvoering van de tegemoetkomingen en voor de duur van de eventuele verlenging ervan. Artikel 113/1, eerste lid bepaalt de kalenderjaren die voor de vervulling van de voorwaarde, vermeld in artikel 41, §1, eerste lid, 4°, van het decreet van 18 mei 2018, als een jaar worden beschouwd. Artikel 113/1, eerste lid, 1° stelt dat een kalenderjaar waarvan de gebruiker minstens een dag in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont als een jaar moet worden beschouwd. De grens werd hier gelegd op minstens een dag aangezien Vanaf dat moment is ook de premie in het kader van de Vlaamse sociale bescherming verschuldigd.

Artikel 41, §1, eerste lid, 5°, van het VSB-decreet stelt dat de gebruiker, om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming in het kader van dit decreet, wat het recht op een zorgbudget betreft, moet voldoen aan de inburgeringsplicht als vermeld in artikel 2, eerste lid, 11°, het decreet van 7 juni 2013 betreffende het Vlaamse integratie- en inburgeringsbeleid of in artikel 4 van de ordonnantie van 11 mei 2017 betreffende het inburgeringstraject voor de nieuwkomers. Artikel 113/1, tweede lid van het voorliggend besluit bepaalt dat voor de vervulling van de voorwaarde, vermeld in artikel 41, §1, eerste lid, 5°, van het decreet van 18 mei 2018, de gebruiker aan de inburgeringsplicht moet voldoen op de datum van de opening van het recht op de tegemoetkoming. Per dossier kan men individueel bij de behandeling nagaan of de persoon op de datum van de opening van het recht op de tegemoetkoming aan de inburgeringsplicht voldoet. De dossierbehandelaar checkt deze voorwaarde naast de andere voorwaarden voor het zorgbudget. Is de inburgeringsvoorwaarde niet voldaan, dan weigert de zorgkas het dossier. De zorgbehovende kan opnieuw een aanvraag indienen op het moment dat hij aan de inburgeringsvoorwaarden voldoet. Het proces herhaalt zich dan.

Artikel 18 van het voorliggende besluit past de titel van hoofdstuk 2 van Boek 1, Deel 6, titel 4 aan zodat naast de terugvordering van tegemoetkomingen ten onrechte uitbetaald aan zorgvoorzieningen of verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen ook de terugvordering van tegemoetkomingen ten onrechte uitbetaald aan de deelnemers aan het multidisciplinair overleg mogelijk wordt.

Artikel 19 van het voorliggende besluit introduceert een nieuw artikel 132. Het eerste lid van dit nieuw artikel 132 bepaalt dat als zorgtickets, tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen of tegemoetkomingen aan deelnemers aan het multidisciplinair overleg ten onrechte uitbetaald zijn aan een zorgvoorziening, aan een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen via een trekkingsrecht, of aan een deelnemer aan het multidisciplinair overleg, de tegemoetkoming teruggevorderd wordt van of in mindering gebracht bij de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg in kwestie.

Het tweede lid van het nieuw artikel 132 wat er gebeurt indien een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de zorgtickets, de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen of de tegemoetkomingen aan deelnemers aan het multidisciplinair overleg voor eigen rekening heeft geïnd en er sprake is van een terugvordering. In dat geval is de natuurlijke persoon of de rechtspersoon, die de zorgtickets, de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen of de tegemoetkomingen aan deelnemers aan het multidisciplinair overleg voor eigen rekening heeft

geïnd, samen met de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling.

Artikel 20 van het voorliggend besluit zorgt ervoor dat het artikel 133, in verband met de administratieve afhandelingen van de terugvordering van tegemoetkomingen door de zorgkas, ten onrechte uitbetaald aan zorgvoorzieningen of verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen, ook van toepassing wordt op de deelnemer aan het multidisciplinair overleg.

Artikel 21 voegt een nieuw artikel 133/1 in het VSB-besluit in, dat bepaalt hoe de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg met het oog op de terugbetaling van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen, een afbetalingsplan kan aanvragen en, in voorkomend geval, verkrijgen bij de zorgkas.

Artikel 22 past artikel 134 van het VSB-besluit aan. Punt 1°, a) zorgt ervoor dat de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen ook bij dwangbevel kunnen worden ingevorderd als de deelnemer aan het multidisciplinair overleg de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen heeft verkregen. Daarnaast voegt punt 1° de nuance toe dat er slechts sprake kan zijn van een dwangbevel in de zin van artikel 134 van het VSB-besluit als de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde zorgtickets of tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen niet heeft terugbetaald binnen de drie maanden na de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 133, §2; en als er geen afbetalingsplan van de zorgkas is.

Punt 1°, b) voegt de mogelijkheid in artikel 134 van het VSB-besluit in om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen bij dwangbevel in te vorderen als de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg het afbetalingsplan van de zorgkas niet strikt opvolgt

Punt 2° zorgt ervoor dat de zorgkas niet enkel de gegevens van de zorgvoorzieningen of de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen bij wie de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen bij dwangbevel moeten worden ingevorderd, via het agentschap, aan de Vlaamse Belastingdienst bezorgt, maar ook de gegevens van de deelnemers aan het multidisciplinair overleg.

Artikel 23 van het voorliggende besluit voegt een nieuw artikel 134/1 in het VSB-besluit in. Artikel 134/1, §1, stelt dat aan de terugvordering van tegemoetkomingen, ten onrechte uitbetaald aan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg, wordt verzaakt als de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming enkel het gevolg is van een vergissing van de zorgkas of van een administratieve dienst of instelling, waarvan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg zich normaal geen rekenschap kan geven en waarvan de zorgkas geen melding aan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg heeft gemaakt binnen de twee maanden.

Artikel 134/1, §2, geeft de mogelijkheid aan de zorgkas om op eigen initiatief te verzaken aan de terugvordering van tegemoetkomingen als het gaat om een totaalbedrag van minder dan 30 euro.

Artikel 134/1, §3, voorziet de mogelijkheid voor de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg aan wie een beslissing tot terugvordering van een tegemoetkoming is meegedeeld om administratief beroep aan te tekenen bij het agentschap en beschrijft de administratieve beroepsprocedure.

Artikel 24 van het voorliggend besluit wijzigt artikel 135 van het VSB-besluit. Het eerste lid wordt opgeheven omdat de mogelijkheid om beroep aan te tekenen bij de arbeidsrechtbank reeds is opgenomen op het niveau van het VSB-decreet.

Aan het tweede lid van artikel 135 wordt de deelnemer aan het multidisciplinair overleg toegevoegd.

Artikel 25 past het artikel 136 van het VSB-besluit aan zodat ook hier de deelnemer aan het multidisciplinair overleg is toegevoegd.

Artikel 26 van het voorliggende besluit voegt aan boek 1, deel 6 een titel 5 toe inzake de sancties ten laste van de zorgvoorzieningen, de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemers aan het multidisciplinair overleg. Deze titel bestaat uit de artikelen 137/1 en 137/2.

Artikel 137/1 verduidelijkt welke documenten bedoeld worden wanneer men spreekt over de documenten die de betaling van de tegemoetkomingen toestaan, vermeld in artikel 76/1, 1°, laatste lid, van het VSB-decreet. Artikel 76/1, §1, 1° legt de zorgvoorzieningen, de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen en de deelnemers aan het multidisciplinair overleg een verbod op om de documenten die de betaling van de tegemoetkomingen toestaan, op te stellen of te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren als de zorg niet werd verleend of als de zorg werd verleend tijdens een periode waarvoor de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg geen goedkeuring heeft ontvangen.

Artikel 137/2 handelt over bedrog bij de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg. Het bepaalt de procedure die wordt doorlopen indien de zorgkas of de gebruiker ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog bij de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg meldt aan het agentschap.

Conform artikel 137/2, tweede lid, kan de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg met een aangetekende zending op de hoogte brengen van de feiten waarop de aanwijzingen berusten. De aangetekende zending wordt geacht ontvangen te zijn op de derde werkdag nadat de brief aan de postdiensten is overhandigd. Hij nodigt de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg uit hem zijn verweermiddelen mee te delen met een aangetekende zending binnen vijftien werkdagen.

Artikel 137/2, derde lid bepaalt dat na het onderzoek van de verweermiddelen, of als hij geen verweermiddelen ontvangen heeft binnen de termijn, vermeld in het vorige lid, de leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, het dossier aan de zorginspectie bezorgt. De zorginspectie onderzoekt alle nodige elementen, evalueert de verweermiddelen en rapporteert aan het agentschap. Het agentschap neemt de beslissing op basis van het rapport van de zorginspectie. Als het agentschap beslist de uitbetalingen te schorsen, bepaalt het de duur van de periode van de schorsing. Het agentschap bepaalt ook of de schorsing geheel of gedeeltelijk is.

Het vierde lid van artikel 137/2 stelt dat de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg met een aangetekende zending op de hoogte wordt gebracht van de beslissing, vermeld in het derde lid. De beslissing heeft uitwerking, niettegenstaande beroep, vanaf de kennisgeving, die wordt geacht ontvangen te zijn de derde werkdag nadat de brief aan de postdiensten is overhandigd, tenzij de geadresseerde kan bewijzen dat de kennisgeving hem pas later heeft bereikt. Een afschrift van de beslissing wordt gelijktijdig ter kennisgeving meegedeeld aan de zorgkassen.

Het vijfde lid van artikel 137/2 bepaalt dat een niet schorsend beroep kan ingesteld worden bij de arbeidsrechtbank.

Ten slotte bepaald het zesde lid van artikel 137/2 dat de opschorting van rechtswege vervalt als binnen het jaar na de beslissing geen proces-verbaal van vaststelling is opgesteld.

Artikel 27 voegt een nieuw artikel 144/1 in het VSB-besluit in. Dit artikel vormt de basis voor de presentiegelden aan de leden van de administratieve beroepscommissie.

Het nieuwe artikel 144/1, §1, eerste lid, stelt vast dat de leden van de administratieve beroepscommissie en hun plaatsvervangers voor hun werkzaamheden een presentiegeld ontvangen per vergadering van de administratieve beroepscommissie waaraan ze deelnemen.

Het tweede lid bepaalt dat het presentiegeld per vergadering door de minister wordt vastgesteld. De minister kan een maximum aantal vergaderingen per jaar bepalen waarvoor een presentiegeld wordt toegekend en kan bepalen dat twee of meer vergaderingen van de administratieve beroepscommissie op dezelfde dag gelden als een vergadering.

Het nieuwe artikel 144/1, §2, handelt over de vergoeding voor de reiskosten van de leden en hun plaatsvervangers. De minister kan bepalen dat de leden van de administratieve beroepscommissie en hun plaatsvervangers een vergoeding ontvangen voor de reiskosten die zijn verbonden aan de deelname aan de vergaderingen en legt de vergoeding in voorkomend geval vast.

Het nieuwe artikel 144/1, §3, handelt over de persoonsgegevens van de leden van de administratieve beroepscommissie die door het agentschap worden verwerkt met het oog op de uitbetaling van de presentiegelden en de vergoedingen, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2. De minister bepaalt deze persoonsgegevens. Het gaat daarbij om contactgegevens, identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en het rekeningnummer van de personen in kwestie.

Artikel 28 van het voorliggende besluit wijzigt artikel 151, §1, eerste lid, van het VSB-besluit. Artikel 151, §1, eerste lid van het VSB-besluit bepaalt dat een gebruiker met een attest in aanmerking genomen kan worden voor een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg als aan een van de vooropgestelde criteria is voldaan.

Een van deze criteria in artikel 151, §1, eerste lid, 5°, betreft momenteel:

“5° bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3”

Rekening houdend met de implementatie van het Groeipakket in Vlaanderen, waarbij gesproken wordt over de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte, maakt punt 1° hiervan het volgende:

“5° zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte of bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit pijler P1, P2 en P3”

Punt 2° voegt een punt 8° toe aan artikel 151, §1, eerste lid van het VSB-besluit. Door deze invoeging van 8° in artikel 151, §1, eerste lid kan een attest van palliatief forfait in de thuiszorg, dat gebruikt wordt om de carenztijd te laten wegvallen voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, tegelijk ook gebruikt worden om de gebruiker als voldoende zorgbehoevend te beschouwen om aanspraak te maken het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Een ander attest of andere indicatiestelling is niet meer vereist om de zorgbehoevendheid te bewijzen met het oog op het nemen van een positieve beslissing over het zorgbudget.

Artikel 29 van het voorliggende besluit wijzigt artikel 167, §2, tweede lid, 3°, van het VSB-besluit. Artikel 167, §2, eerste lid, stelt dat voor mantel- en thuiszorg de geldigheidsduur van een positieve beslissing ten minste zes maanden en ten hoogste drie jaar bedraagt.

Artikel 167, §2, tweede lid, voorziet een afwijking op het eerste lid en voorziet een berekeningswijze voor de geldigheidsduur bij een positieve beslissing voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in het kader van mantel- en thuiszorg.

De huidige versie van het VSB-besluit voorziet in artikel 167, §2, tweede lid, 3°:

“3° in geval van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag loopt de geldigheidsduur van de beslissing tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden en loopt maximaal tot het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt. De tegemoetkomingen worden verder uitgevoerd na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft, als aangetoond wordt dat voor de gebruiker een aanvraag van een integratietegemoetkoming ingediend is. Het bewijs daarvan is een kopie van de aanvraag van een integratietegemoetkoming. Als de aanvraag voor een integratietegemoetkoming niet leidt tot een attest dat de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen bewijst met het oog op een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg, vordert de zorgkas de onterecht uitbetaalde tegemoetkomingen terug, als die uitgevoerd zijn na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft;”

Rekening houdend met de implementatie van het Groeipakket in Vlaanderen, waarbij gesproken wordt over de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte past het voorliggende besluit artikel 167, §2, tweede lid, 3°, van het VSB-besluit aan als volgt:

“3° in geval van een attest op basis van bijkomende kinderbijslag of zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte loopt de geldigheidsduur van de beslissing tot het einde van de maand waarin het attest vervalt. De geldigheidsduur bedraagt minstens zes maanden en loopt maximaal tot het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt. De tegemoetkomingen worden verder uitgevoerd na het einde van de maand waarin een gebruiker de

leeftijd van 21 jaar bereikt heeft, als aangetoond wordt dat voor de gebruiker een aanvraag van een integratietegemoetkoming ingediend is. Het bewijs daarvan is een kopie van de aanvraag van een integratietegemoetkoming. Als de aanvraag voor een integratietegemoetkoming niet leidt tot een attest dat de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen bewijst met het oog op een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg, vordert de zorgkas de onterecht uitbetaalde tegemoetkomingen terug, als die uitgevoerd zijn na het einde van de maand waarin een gebruiker de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft;"

Artikel 30 van het voorliggend besluit past artikel 173, derde lid, van het VSB-besluit eveneens aan zodat de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte wordt geïntegreerd. Zo wordt expliciet rekening gehouden met de implementatie van het Groeipakket in Vlaanderen, waarbij gesproken wordt over de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte.

Artikel 31 van het voorliggend besluit wijzigt artikel 193 van het VSB-besluit.

Punt 2° voegt een paragraaf 3 toe aan artikel 193 van het VSB-besluit. Gebruikers bij wie de verminderde zelfredzaamheid reeds geëvalueerd is conform artikel 10/20 van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid of conform artikel 2 of 55 van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 28 januari 2021 tot uitvoering van de ordonnantie van 10 december 2020 betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, worden ingedeeld in een van de categorieën, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, op basis van het resultaat van de reeds uitgevoerde evaluatie op voorwaarde dat die evaluatie nog geldig is.

Als gebruikers reeds ingeschaald zijn in het Franse taalgebied/Brussel, wordt die score op deze manier hergebruikt bij verhuis naar Vlaanderen.

Artikel 32 van het voorliggend besluit wijzigt artikel 233 van het VSB-besluit. De eerste paragraaf van dit artikel, die het begrip "niet rechtsreeks toegankelijke zorg en ondersteuning" definieert, wordt opgeheven, aangezien deze definitie nu 2 is opgenomen.

Artikel 33 van het voorliggend besluit wijzigt artikel 247 van het VSB-besluit. Ingevolge punt 1° wordt in artikel 247 vastgesteld dat in het kader van de vereenvoudigde aanvraagprocedure de tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel wordt toegekend op basis van een indicatiestelling, die de invulling betreft van een medisch voorschrift door een arts en een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker. Enige mogelijkheid tot aanvulling door de gebruiker van het medisch voorschrift wordt dus verwijderd en de noodzaak tot het eveneens bijbrengen van een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker, wordt dus toegevoegd.

Daarnaast voorziet punt 2° de uitdrukkelijke inschrijving dat de gebruiker zich met het medisch voorschrift, vermeld in het eerste lid, wendt tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van zijn keuze, die, in overeenstemming met het medisch voorschrift, een evaluatie maakt van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt

Artikel 34 van het voorliggend besluit wijzigt artikel 252, eerste lid, van het VSB-besluit. In artikel 252, eerste lid, wordt dat in het kader van de basisprocedure de tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel toegekend op basis van een indicatiestelling, die de invulling betreft van een medisch voorschrift door een arts en een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker. In parallel met de wijziging aan artikel 247 wordt dus enige mogelijkheid tot aanvulling door de gebruiker van het medisch voorschrift verwijderd en de noodzaak tot het eveneens bijbrengen van een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker, wordt dus toegevoegd.

Artikel 35 wijzigt artikel 258, tweede lid, van het VSB-besluit. Bij de aanvraag van een tegemoetkoming in het kader van de uitgebreide plus-procedure voor de aankoop van een scooter, wordt de opmaak van een rolstoeladviesrapport, voorafgegaan door de invulling van een medisch voorschrift door een arts. Enige mogelijkheid tot aanvulling door de gebruiker van het medisch voorschrift werd aldus verwijderd. Er is in parallel met de wijzigingen aan artikel 247 en artikel 252, eerste lid geen noodzaak om toe te voegen dat er een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker, wordt bijgebracht aangezien die noodzaak er al is ingevolge artikel 258, eerste lid, dat de bepalingen van hoofdstuk 3 van overeenkomstige toepassing verklaart in het kader van de uitgebreide plus-procedure, inclusief artikel 256, eerste lid, dat stelt dat de bepalingen van hoofdstuk 2 van overeenkomstige toepassing zijn in het kader van de uitgebreide procedure, inclusief artikel 252, eerste lid van het VSB-besluit, dat reeds de noodzaak oplegt om een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker, bij te brengen.

Artikel 36 wijzigt artikel 281, eerste lid, van het VSB-besluit. In artikel 281, eerste lid, wordt in het kader van de huur bij gebruikers met snel degeneratieve aandoeningen de aanvraag van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel ingediend bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten en voegt daarbij het medisch voorschrift of het rolstoeladviesrapport en een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker. Dit ontwerp van besluit voegt dus in artikel 281, eerste lid de noodzaak toe tot het eveneens bijbrengen van een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker.

Artikel 37 wijzigt artikel 292 van het VSB-besluit. In het kader van de aanvraag tot tegemoetkoming op basis van bijzondere noden voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel dat niet is opgenomen op de productlijst. In het kader van zo'n aanvraag dient naast een indicatiestelling, een motiveringsrapport en een testrapport, zoals reeds vermeld in artikel 292, eerste lid, 1° tot en met 3°, nu ook een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker te worden gevoegd bij deze aanvraag.

Artikel 38 wijzigt artikel 294, eerste lid, van het VSB-besluit. Artikel 294, eerste lid herhaalt de documenten die in artikel 292, eerste lid, worden opgesomd en dient dus eveneens te worden aangevuld met het nieuwe noodzakelijke document dat eveneens bij de aanvraag tot tegemoetkoming op basis van bijzondere noden voor de aankoop van een mobiliteitshulpmiddel dat niet is opgenomen op de productlijst hoort te zitten, namelijk een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker.

Artikel 39 wijzigt artikel 301 van het VSB-besluit. Dit artikel handelt over de situatie waarin de gebruiker belast is met de betaling van een supplement op het mobiliteitshulpmiddel waarvoor hij een tegemoetkoming aanvraagt en als op basis van de specificiteit van de noden van de gebruiker een bijkomende tegemoetkoming voor dat supplement verantwoord is. Artikel 300 van het VSB-besluit verklaart artikel 292 van het VSB-besluit van overeenkomstige toepassing op de bepalingen inzake deze bijkomende tegemoetkoming. Artikel 301 van het VSB-besluit geeft aan wat de gebruiker, in navolging van artikel 300 juncto 292 VSB-besluit bij zijn aanvraag dient te voegen. Aangezien artikel 292 conform artikel 37 aangevuld werd met een nieuw stuk, m.n. een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker, dient dit stuk ook in artikel 301 van het VSB-besluit te worden hernomen.

Artikel 40 wijzigt artikel 316, §1, eerste lid, van het VSB-besluit. Dit artikel handelt over de tijdelijke huur, voorafgaand aan de aankoop. Artikel 316, §1, eerste lid, geeft aan welke documenten bij een aanvraag voor een tegemoetkoming voor de tijdelijke huur van een mobiliteitshulpmiddel dienen te zitten. Ingevolge de aanpassing door dit artikel en in parallel met de aanpassingen aan artikel 247 en artikel 252, eerste lid, van het VSB-besluit wordt enige mogelijkheid tot aanvulling door de gebruiker van het medisch voorschrift verwijderd en de noodzaak tot het eveneens bijbrengen van een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker, wordt dus toegevoegd.

Artikel 41 voegt een vierde lid toe aan artikel 326 van het VSB-besluit. Door de invoeging van dit lid wordt de voortijdige hernieuwing uitgesloten voor tegemoetkomingen met betrekking tot loophulpmiddelen.

Artikel 42 voegt een vierde lid toe aan artikel 337 van het VSB-besluit. Dit lid bepaalt dat indien het afleveringsdocument of de huurovereenkomst, vermeld in het derde lid, niet wordt ingediend binnen de zes maanden volgend op de dag waarop de aanvraag van de tegemoetkoming van het mobiliteitshulpmiddel werd goedgekeurd of deels goedgekeurd conform artikel 248, §2, tweede lid, artikel 253, §4, eerste lid, artikel 256, eerste lid, artikel 258, eerste lid, of artikel 298, §1, het dossier wordt afgesloten en er in het kader van de voorliggende aanvraag geen tegemoetkoming meer kan worden verleend voor de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel conform artikel 337, eerste lid. Dit lid voegt dus een termijn toe waarbinnen een afleveringsdocument of een huurovereenkomst moet worden ingediend.

Artikel 43 wijzigt artikel 349 van het VSB-besluit. In beide paragrafen wordt bepaald dat het medisch voorschrift niet meer ondertekend moet worden door de gebruiker, maar enkel door de arts (§1, derde lid) of door de neuroloog of het gespecialiseerd rolstoeladviesteam (§2, derde lid).

Artikel 44 voegt een derde paragraaf toe aan artikel 383 van het VSB-besluit. Artikel 383 gaat over de vergoeding van de leden van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen en hun plaatsvervangers. In deze derde paragraaf wordt een delegatie aan de minister ingeschreven om de persoonsgegevens te bepalen van de leden van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen die door het agentschap worden verwerkt met het oog op de uitbetaling van de presentiegelden en de vergoedingen, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2. Vervolgens worden de categorieën van persoonsgegevens opgesomd waar het in casu over gaat.

Artikel 45 voegt een derde paragraaf toe aan artikel 389 van het VSB-besluit. Artikel 389 gaat over de vergoeding van de leden van de Bijzondere Technische Commissie en hun plaatsvervangers. In deze derde paragraaf wordt een delegatie aan de minister ingeschreven om de persoonsgegevens te bepalen van de leden van de Bijzondere Technische Commissie die door het agentschap worden verwerkt met het oog op de uitbetaling van de presentiegelden en de vergoedingen, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2. Vervolgens worden de categorieën van persoonsgegevens opgenomen waar het in casu over gaat.

Artikel 46 voegt een boek 3/3 toe aan het VSB-besluit. Dit boek bestaat uit de artikelen 534/13 tot en met 534/78. Dit boek handelt over de revalidatieziekenhuizen. Dit boek bestaat uit 7 delen.

Deel 1. Definities

Artikel 534/13

Deel 1 bevat de definities die nodig zijn om een vlotte leesbaarheid van het onderdeel van het besluit betreffende de revalidatieziekenhuizen mogelijk te maken. Het gaat om de definities van begrippen die doorheen de volledige tekst van dit onderdeel 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.

Deel 2. Vaststelling van het budget

In dit deel worden de regels voor de vaststelling van het budget voor de revalidatieziekenhuizen bepaald. Via het overnamebesluit werd de manier waarop het budget voor de revalidatieziekenhuizen wordt bepaald, sterk vereenvoudigd. Via voorliggend besluit worden geen inhoudelijke wijzigingen meer gedaan aan de bepalingen voor de vaststelling van het BRZ.

Artikel 534/14

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.

Artikel 534/15

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 wordt verleend door het VIPA op basis van andere regelgeving.

Artikel 534/16 en 534/17

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 de nieuwe bijlage 6 bij het VSB-besluit.

Het basisbudget werd via voorliggend besluit niet gewijzigd en is een vast bedrag dat, met uitzondering van aanpassingen in functie van evolutie van de index of in functie van structurele integratie van herzieningen uit het verleden, niet evolueert in de tijd.

Artikel 534/18 t.e.m. 534/23

Het voorwaardelijk budget is het budget dat een revalidatieziekenhuis kan bekomen, mits voldaan wordt aan bepaalde voorwaarden. Het voorwaardelijk budget bevat twee onderdelen:

- Een bedrag om de kwaliteitsbewaking te bevorderen en
- Een bedrag om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier te bevorderen.

De bedragen voor elk onderdeel en de voorwaarden voor het bekomen van het budget, werden via voorliggend besluit niet gewijzigd.

Artikel 534/24 t.e.m. 534/27

Voor volgende zaken wordt het bedrag jaarlijks berekend, in functie van de gegevens van het laatst gekende dienstjaar:

- Het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen,
- Het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie en
- Het bedrag ter compensatie van de functiekwificatie (IFIC) ter uitvoering van het vijfde en zesde Vlaams Intersectoraal akkoord voor de social/nonprofitsectoren.

De modaliteiten voor de berekening van de eindeloopbaanmaatregelen en de attractiviteitspremie werden inhoudelijk niet gewijzigd via voorliggend besluit.

Het vijfde Vlaams Intersectoraal akkoord van 8 juni 2018 voorziet in een eerste fase van een loonsverhoging ingevolge de nieuwe sectorale functieclassificatie (IFIC). De eerste fase (delta 18,25 %) ging van start op 1 november 2019 en werd een eerste keer betaald via het BRZ van 01.01.2019. In het zesde Vlaams Intersectoraal akkoord van 26 maart 2021 wordt de 100 % uitrol van IFIC voorzien, zodat de organisaties binnen de geregionaliseerde sectoren aantrekkelijke werkgevers blijven. Er wordt een budget van maximaal 6 % van de loonmassa voorzien.

De uitrol van IFIC wordt (versneld) ingevoerd vanaf 1 januari 2021. Daarom werd, via een aanpassing van het overnamebesluit, een bijkomend budget van 4.016.190,49 euro toegevoegd aan het BRZ van 01.01.2021 voor de private revalidatieziekenhuizen. Het koopkrachtbudget binnen VIA 6 voor de private revalidatieziekenhuizen werd berekend op 4.424.115,49 euro. Binnen VIA 6 is afgesproken dat de effectieve loonsverhoging betaald wordt aan de personeelsleden met ingang van 1 april 2021. Voor de compensatie van de eerste drie maanden van 2021, werd een consumptiecheque van 300 euro per voltijdsequivalent personeelslid toegekend. De kost van deze consumptiecheque werd berekend op 407.925,00 euro ($[300 \text{ euro} + 5 \% \text{ administratiekost}] * 1.295 \text{ VTE}$), wat in mindering werd gebracht van het koopkrachtbudget voor de private revalidatieziekenhuizen ($4.424.115,49 \text{ euro} - 407.925,00 \text{ euro} = 4.016.190,49 \text{ euro}$).

Artikel 534/27 voorziet in de verdere uitvoering van het vijfde en zesde Vlaams intersectoraal akkoord, voor het jaar 2022. De som van de bedragen voor de uitvoering van VIA 5 (1.003.426 euro) en van VIA 6 (4.424.115,49 euro), 5.427.541,49 euro, desgevallend vermeerderd ingevolge overschrijding van de

spilindex, anciënniteit of toename van het aantal voltijds equivalente personeelsleden en verminderd met de voorafname van de tweede pensioenpijler, wordt toegevoegd aan onderdeel jaarlijks herrekenende budget van het BRZ van 01.01.2022.

Het budget wordt provisioneel verdeeld over de private revalidatieziekenhuizen, op basis van het aantal personeelsleden. Jaarlijks in maart bezorgt de vzw IFIC een berekening van de reële meerkost van de loonsverhoging van het voorbije jaar ingevolge IFIC voor elk betrokken revalidatieziekenhuis, op basis waarvan een afrekening kan gebeuren in het BRZ van het volgend dienstjaar. De afrekening blijft begrensd op het totaal beschikbare budget.

Er wordt onderzocht op welke manier het budget voor de loonsverhoging ingevolge IFIC op structurele wijze kan verdeeld worden over de private revalidatieziekenhuizen. We voorzien dat vanaf het dienstjaar 2023 daardoor niet meer gewerkt zal worden met het mechanisme van de voorschotten en de afrekening. Daarom is bovenstaande regeling enkel uitgewerkt voor het dienstjaar 2022. Een meer eenvoudige structurele vereffening van het budget ter compensatie van de loonsverhoging ingevolge IFIC vanaf het dienstjaar 2023, zal via een aanpassing van voorliggend besluit bepaald worden.

Artikel 534/28 t.e.m. 534/33

Via het corrigerend budget van het BRZ worden correcties verrekend uit het verleden.

Tot 31 december 2018 stond de federale overheid, in uitvoering van een transitieprotocol, in voor de berekening van het Budget Financiële Middelen (BFM) van de revalidatieziekenhuizen. De federale overheid werkt volgens een methodiek van provisionele bedragen, onder meer in functie van indexprognoses, waarvoor op het moment dat een dienstjaar wordt herzien, tekorten of een teveel aan ontvangsten wordt herzien. Ook voor de financiering van de eindloopbaanmaatregelen en de attractiviteitspremie wordt met provisionele bedragen gewerkt. De herziening van de dienstjaren 2015, 2016, 2017 en 2018 zijn nog niet gebeurd. Op het moment dat de federale overheid de herzieningen heeft berekend en gecommuniceerd, zullen deze bedragen via het corrigerend budget worden vereffend.

De verrekening van de provisionele bedragen voor de loonsverhoging ingevolge IFIC gebeurt via het onderdeel corrigerende budget van het BRZ. Nadat de vzw IFIC de berekening van de reële meerkost van de loonsverhoging ingevolge IFIC heeft aangeleverd, wordt het verschil met het provisioneel toegekende budget voor dat dienstjaar vereffend via het BRZ van het volgende dienstjaar. Via het BRZ van 01.01.2021 (gebaseerd op het overnamebesluit) werd de herziening voor het dienstjaar 2019 gedaan. De herziening voor de dienstjaren vanaf 2020, zullen in het BRZ vanaf 01.01.2022 gebeuren.

Artikel	VIA	Dienstjaar	Vereffening BRZ	Berekening vzw IFIC	Afrekening BRZ
overnamebesluit	5	2019	01.01.2019	2020	01.01.2021
534/30, §3	5	2020	01.01.2020	2021	01.01.2022
534/30, §3	5	2021	01.01.2021	2022	01.01.2023
534/30, §4	6	2021	30.06.2021	2022	01.01.2023
534/30, §5	5 + 6	2022	01.01.2022	2023	01.01.2024
	5 + 6	2023	01.01.2023	Structureel ?	

Conform de bepalingen van artikel 534/36, 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 de Vlaamse sociale bescherming 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 hierboven 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. Via het corrigerend budget wordt het teveel of tekort aan ontvangsten voor het vast gedeelte van de vereffening ten opzichte van het initieel berekende bedrag vereffend.

Ook de bepalingen met betrekking tot aanpassing van het BRZ ingevolge een wijziging in bedcapaciteit van een revalidatieziekenhuis, via het corrigerend budget, blijven ongewijzigd ten opzichte van de bepalingen in het overnamebesluit.

In het BRZ van 1 januari 2021 werd een provisioneel bedrag voorzien ter compensatie van de kosten voor het ziekenvervoer van COVID-19 patiënten. In het BRZ van 1 januari 2022 wordt, via het corrigerend budget, een afrekening voorzien, in functie van de reëel gemaakte kosten.

Artikel 534/34

De bepalingen voor de indexering van het BRZ blijven ongewijzigd ten opzichte van de bepalingen in het overnamebesluit.

Deel 3. Kennisgeving van de beslissing

Artikel 534/35

De procedure voor de jaarlijkse kennisgeving van het BRZ aan de revalidatieziekenhuizen door de minister, werd niet gewijzigd via voorliggend besluit.

Deel 4. Vereffening van het budget

Artikel 534/36

De bepalingen over de uitsplitsing van het BRZ in een vast en een variabel gedeelte, blijven ongewijzigd ten opzichte van de bepalingen in het overnamebesluit.

Artikel 534/37

De zorgkassen betalen, voor wat betreft de patiënten die aangesloten zijn bij de VSB, het vast gedeelte van het BRZ via maandelijkse twaalfden en het variabel gedeelte van het BRZ via gefactureerde verpleegdagen. Deze bepalingen zijn inhoudelijk ongewijzigd gebleven ten opzichte van het overnamedecreet.

Artikel 534/38

Aan patiënten die niet aangesloten zijn bij de VSB, kunnen de revalidatieziekenhuizen een prijs per verpleegdag aanrekenen. De bepaling is inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van het overnamedecreet.

Artikel 534/39 en 534/40

Deze artikels bepalen de procedure van aanmaning en de eventuele gevolgen in het geval het revalidatieziekenhuis niet voldoet aan de verplichtingen inzake het tijdig aanleveren van gegevens, vermeld in deel 6, of in het geval niet langer voldaan wordt aan de normatieve verplichtingen. Deze bepalingen werden inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van het overnamedecreet.

Deel 5. Verklaring bij opname

Artikel 534/41 t.e.m. 534/44

De bestaande bepalingen over de verplichting om iedere patiënt uiterlijk op het moment van de opname op een correcte manier te informeren over de financiële implicaties van de opname, via de ondertekening van een verklaring bij opname, blijven ongewijzigd behouden.

Aan het opgelegde model voor de opnameverklaring en voor de toelichting bij de opnameverklaring werden inhoudelijk geen aanpassingen gedaan. Enkele beperkte aanpassingen aan de toelichting bij de opnameverklaring waren nodig, om de VSB en de rol van de zorgkassen in beeld te brengen.

Ook de verplichting om als revalidatieziekenhuis te beschikken over een overzichtslijst met de actuele prijzen van de goederen en diensten die aangeboden worden, is ongewijzigd behouden.

Deel 6. Melding van gegevens

Artikel 534/45 t.e.m. 534/48 en artikel 534/50

De bepalingen over de door de revalidatieziekenhuizen jaarlijks aan te leveren data aan het agentschap Zorg en Gezondheid, blijven ongewijzigd behouden. Jaarlijks moet, uiterlijk op 31 augustus, een financiële rapportering gebeuren en moet de informatie die nodig is voor de berekening van het BRZ, worden aangeleverd.

Artikel 534/49

De coördinaten van de directieleden en van de personen die in het revalidatieziekenhuis verantwoordelijk zijn voor de dataverwerking, moeten niet meer bezorgd worden aan het agentschap Zorg en Gezondheid. Deze informatie moet beschikbaar zijn in het revalidatieziekenhuis.

Deel 7. Tegemoetkomingen voor de verpleegdagen

Artikel 534/51 en 534/52

De bepalingen wanneer een verpleegdag in aanmerking komt voor een tegemoetkoming vanuit VSB en over de tegemoetkomingen voor verpleegdagen in een revalidatieziekenhuis die niet gecumuleerd mogen worden met andere tegemoetkomingen, zijn ongewijzigd gebleven.

Artikel 534/53 t.e.m. 534/58

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 voorziet in een behoud van de bestaande situatie. Daartoe werden de bepalingen van het Koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opname in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum, overgenomen in dit besluit. Daar waar er tijdens de interalfase een persoonlijk aandeel aan de patiënt werd gerekend op basis van federale regelgeving, zal dit vanaf het moment van de inkanteling van de revalidatieziekenhuizen in VSB gebeuren op basis van Vlaamse regelgeving.

De voorwaarden en ook de bedragen van het persoonlijk aandeel in functie van het sociaal statuut van de patiënt, werden inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van de bestaande situatie.

De informatie betreffende het sociaal statuut van de patiënt die wordt opgenomen in een revalidatieziekenhuis, op basis waarvan de hoogte van het persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs wordt bepaald, wordt aangeleverd door de mutualiteiten. De mutualiteit is de enige die over alle noodzakelijke informatie beschikt om dit sociaal statuut te kunnen bepalen. In de uitzonderlijke situaties waar vanuit de mutualiteit geen sociaal statuut kan worden aangeleverd, wordt de regeling voor de "normaal verzekerde" toegepast voor de bepaling van de hoogte van het persoonlijk aandeel.

Het revalidatieziekenhuis kan extra vergoedingen aan de patiënt aanrekenen voor diensten en goederen die niet worden gedekt door het BRZ. Deze extra vergoedingen kunnen alleen worden aangerekend voor zaken die limitatief worden vermeld in de toelichting bij de opnameverklaring. Een klassieke indeling voor deze extra vergoedingen is: kamercomfort, eten en drinken, hygiënische producten, was, begeleider en andere diverse goederen en diensten.

Artikel 534/59 t.e.m. 534/66

De bepalingen over de verplichte melding van de opname van een patiënt, de periodieke vraag tot aanvaarding van een verlenging van de opname, het melden van interne bewegingen van de patiënt binnen het ziekenhuis of tijdelijke afwezigheden en het melden van het ontslag van de patiënt, als voorwaarden voor het bekomen van een tegemoetkoming voor de verpleegdagen, blijven ongewijzigd behouden.

De inkanteling van de revalidatieziekenhuizen in VSB impliceert dat de taken die tijdens de interalfase nog door de mutualiteiten werden gedaan (voor rekening van Vlaanderen), door de zorgkassen zullen gebeuren. Het revalidatieziekenhuis moet de hierboven vermelde meldingen daarom, via elektronische weg, aan de zorgkas richten.

De zorgkas controleert of de patiënt die in het revalidatieziekenhuis wordt opgenomen verzekerd is binnen VSB en of er niet cumuleerbare situaties zijn. In functie van dit onderzoek stuurt de zorgkas een "aanvaarding van de opname" of een "weigering van de opname" aan het revalidatieziekenhuis. Een "aanvaarding van de opname" is nodig voor de facturatie van verpleegdagen voor deze patiënt door het revalidatieziekenhuis aan de zorgkas.

Als het revalidatieziekenhuis herhaaldelijk de opgelegde termijnen voor de verplichte meldingen aan de zorgkas niet respecteert en er op expliciete vraag tot remediëring van de zorgkas geen maatregelen door het revalidatieziekenhuis werden genomen, kunnen tegemoetkomingen voor de betrokken verpleegdagen geweigerd worden.

De verplichting om bij vragen tot verlenging van een opname en bij melding van een ontslag van een patiënt medische informatie over de patiënt aan te leveren, blijft behouden. Deze medische informatie wordt enkel ter beschikking gesteld van de zorgkassencommissie, om a priori en a posteriori controles te kunnen uitvoeren. Vlaanderen wil de revalidatieziekenhuizen responsabiliseren in hun verantwoordelijkheid om de gepaste, veilige en kwalitatieve zorg te verlenen op basis van de zorgnood van de patiënt. Er is daarom geopteerd om geen systematische a priori medische controles te doen bij aanvraag tot verlenging van een opname. De mogelijkheid om dit alsnog te doen, als uit de a posteriori controles zou blijken dat dit (voor sommige revalidatieziekenhuizen) nodig is, wordt voorzien via een delegatie aan de minister. We opteren voor een meer gerichte controle via de a posteriori controles, waarbij op basis van bepaalde vaststellingen of vragen, door de zorgkassencommissie controles kunnen worden uitgevoerd. Er wordt delegatie aan de minister gegeven voor het vastleggen van de modaliteiten van de a posteriori controles.

Artikel 534/67 t.e.m. 534/71

Door de inkanteling van de revalidatieziekenhuizen in VSB verloopt de facturatie van de verpleegdagen vanaf 1 januari 2022 via de zorgkassen (en dus niet meer via de mutualiteiten). De methodologie voor de facturatie van de verpleegdagen door de revalidatieziekenhuizen is gebaseerd op de bestaande bepalingen voor de facturatie van de verblijfsdagen in de woonzorgcentra, die al eerder in VSB zijn ingekanteld.

Verpleegdagen kunnen enkel binnen goedgekeurde periodes van opname in het revalidatieziekenhuis worden gefactureerd.

Verpleegdagen worden één keer per maand, op digitale wijze, aan de zorgkas waarbij de patiënt is aangesloten gefactureerd. Hiertoe wordt per patiënt een digitale kostennota aangemaakt, die gebundeld voor alle patiënten die aangesloten zijn bij een zelfde zorgkas, in één bestand aan de desbetreffende zorgkas wordt verstuurd. De kostennota's en facturatiebestanden worden opgemaakt volgens de daartoe door het agentschap opgemaakte facturatie-instructies.

De digitale onkostennota's moeten correct en volledig worden ingevuld. Foutieve zaken in de onkostennota's worden geweigerd. Het bestaande principe waarbij, als een door te minister te bepalen foutenpercentage in het volledige bestand wordt vastgesteld, het volledige facturatiebestand wordt geweigerd, blijft behouden.

Binnen de zes weken na ontvangst van een correct facturatiebestand, betaalt de zorgkas het bedrag van de aanvaarde verpleegdagen. In geval in een bestand een aantal fouten werden vastgesteld, wordt dit gecommuniceerd aan het revalidatieziekenhuis. Laattijdige betalingen kunnen aanleiding geven tot een verwijlinterest. Als het revalidatieziekenhuis herhaaldelijk de wettelijke bepalingen voor de opmaak van de facturatiebestanden of de timing voor de verzending ervan niet respecteert en er op expliciete vraag tot remediëring van de zorgkas geen maatregelen door het revalidatieziekenhuis werden genomen, zal de zorgkas dit melden aan het agentschap Zorg en Gezondheid, dat maatregelen kan nemen.

De bepaling waar het revalidatieziekenhuis tot maximaal twee jaar na de dag waarop de tegemoetkoming voor de verpleegdag betrekking heeft, blijft behouden.

Artikel 534/72 t.e.m. 534/74

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 22 mei 2019 inzake de praktische afspraken bij het einde van het overgangsprotocol en vanaf 1/1/2019 – tweede verticaal protocol, werd afgesproken dat voor de revalidatieziekenhuizen gestreefd wordt naar één patiëntenfactuur, waarbij het model wordt vastgelegd op federaal niveau, waarop de deeltentiteiten aanvullingen kunnen doen.

Er is daarom gekozen voor het behoud van één patiëntenfactuur, ondanks het gegeven dat er verschillende entiteiten instaan voor de tegemoetkoming voor de verschillende onderdelen die op de patiëntenfactuur moeten worden vermeld. Conform de afspraak op de IMC, werd het bestaande model zoals door het RIZIV vastgelegd als bijlage 37 bij de verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003, in beperkte mate aangevuld. De aanvulling betreft de specificatie van de betaling van de verpleegdagen door de zorgkas waarbij de patiënt is aangesloten. Het te gebruiken aangepast model wordt als bijlage bij het VSB-besluit toegevoegd.

Artikel 534/75 t.e.m. 534/78

Alle communicatie tussen het revalidatieziekenhuis en de zorgkas, voor wat betreft de opname en het ontslag en de facturatie van de verpleegdagen, moet op digitale wijze gebeuren. Daartoe moet het revalidatieziekenhuis beschikken over de vereiste software. Die software, die ontwikkeld wordt door softwareleveranciers van de revalidatieziekenhuizen moet naast de functionele vereisten, voldoen aan vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid. Er wordt delegatie aan de minister gegeven

om deze vereisten te bepalen, op advies van onafhankelijke experts, voorgedragen door de koepelorganisatie van de revalidatieziekenhuizen.

De softwareleveranciers moeten een aanvraag tot attestering van de ontwikkelde software doen bij het agentschap VSB. Het agentschap VSB test of de software voldoet aan de voorwaarden en, na advies van de groep van onafhankelijk experts, in functie van de bevindingen de test een attestering of een weigering tot attestering aan de softwareleverancier bezorgen. Een attestering is drie jaar geldig. De verleende attesten worden gepubliceerd op de website van het agentschap VSB, met vermelding van de geldigheidstermijn.

Artikel 47 voegt een boek 3/4 toe aan het VSB-besluit. Dit boek bestaat uit de artikels 534/79 tot en met 534/89. Dit boek handelt over het multidisciplinair overleg.

Artikel 534/79

Dit artikel geeft enkele definities betreffende het multidisciplinair overleg.

Een **zorgbemiddelaar** is een natuurlijke persoon, lid van het zorgteam, die verantwoordelijk is voor het beheer en de opvolging van het zorg- en ondersteuningsplan en die fungeert als het centrale aanspreekfiguur voor de uitvoering van dit zorg- en ondersteuningsplan. Bij voorkeur neemt de gebruiker zelf de rol van zorgbemiddelaar op. Indien het de wens is van de gebruiker om dit niet zelf op te nemen, of hij niet het vermogen heeft om dit op te nemen, duidt de gebruiker een ander lid van het zorgteam aan om de rol van zorgbemiddelaar op te nemen. Het is van belang dat het lid van het zorgteam die de rol opneemt, het vertrouwen geniet van de gebruiker.

Het **zorg- en ondersteuningsplan** is het werkinstrument waarin, na vraagverheldering of indicatiestelling, op aangeven van en in samenspraak met de gebruiker de zorg- en ondersteuningsdoelen en de afspraken over de geplande zorg en ondersteuning zijn opgenomen. Deze definitie is opgenomen in het artikel 2, 17°, van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders (hierna: Eerstelijnsdecreet).

Artikel 534/80

Dit artikel bepaalt de voorwaarden waaraan het multidisciplinair overleg rond een gebruiker moet voldoen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Deze voorwaarden gelden per georganiseerd multidisciplinair overleg waarvoor men een vergoeding aanvraagt.

In de eerste plaats moeten aan het multidisciplinair overleg, naast een afgevaardigde van de overlegorganisator, zorgaanbieders van minstens drie verschillende disciplines deelnemen die betrokken zijn bij het aanbieden van zorg- en ondersteuning aan de gebruiker. Deze zorgaanbieders, de afgevaardigde van de overlegorganisator en de zorgbemiddelaar worden de deelnemers aan het multidisciplinair overleg genoemd. Van dit principe dat minstens drie zorgaanbieders van verschillende disciplines moeten deelnemen aan het multidisciplinair overleg kan alleen worden afgeweken in het geval de huisarts of de psychiater die zouden deelnemen aan het multidisciplinair overleg laattijdig hun aanwezigheid annuleren. Deze afwijking wordt verantwoord vanuit het gegeven dat, in geval van een laattijdige annulatie van de huisarts of de psychiater, het multidisciplinair overleg vergoedbaar moet blijven voor de overige deelnemers die hierin tijd hebben geïnvesteerd. De afgevaardigde van de overlegorganisator maakt namens de overlegorganisator een verklaring op eer dat de huisarts of psychiater wegens laattijdige annulatie niet kon deelnemen en voegt deze toe aan het zorg- en ondersteuningsplan.

Een tweede voorwaarde is dat de deelnemers gelijktijdig en fysiek aanwezig moeten zijn op het multidisciplinair overleg om dit overleg vergoedbaar te maken. Op deze regel geldt eveneens een

uitzondering wanneer de huisarts en/of de psychiater niet fysiek aanwezig kunnen zijn op het overleg (er moet wel maximaal worden ingezet op de fysieke aanwezigheid van de huisarts/psychiater). In voorkomend geval kunnen de huisarts en de psychiater deelnemen via een videogesprek of telefonisch, indien ook deelname via videogesprek niet mogelijk is. Bij deelname van de huisarts en/of de psychiater via videogesprek of telefonisch moet een directe interactie tussen de huisarts/psychiater en de andere deelnemers aan het multidisciplinair overleg mogelijk blijven (anders kan er niet meer gesproken worden van een 'overleg'). Dit kan bijvoorbeeld door de telefoon op luidspreker te zetten wanneer de huisarts/psychiater deelneemt via telefoon.

Het multidisciplinair overleg is alleen vergoedbaar wanneer het wordt georganiseerd rond een persoon in zijn thuissituatie. Het gaat hier om elke persoon die thuis verblijft. Het verblijf in een groep van assistentiewoningen of in een serviceflatgebouw wordt als een thuissituatie beschouwd. Daarnaast wordt ook de opname van een persoon in een zorgvoorziening (= een verzorgingsinstelling of elke andere organisatie, erkend door de Vlaamse Gemeenschap, die in het kader van het gezondheids- of welzijnsbeleid instaat voor de organisatie of uitvoering van zorg – cfr. Artikel 2, 52° VSB-decreet) aanzien als een thuissituatie op voorwaarde dat een terugkeer naar de thuisomgeving is voorzien en mits het multidisciplinair overleg in de periode van veertien dagen voorafgaand aan de geplande datum van terugkeer naar de thuisomgeving wordt georganiseerd.

Voor de vergoedbaarheid van het multidisciplinair overleg moeten de huisarts en de mantelzorger van de gebruiker, indien deze er is, worden uitgenodigd om deel te nemen aan het multidisciplinair overleg. Dit wil niet zeggen dat zij effectief aanwezig moeten zijn op het multidisciplinair overleg (er moet wel worden gestreefd naar een maximale aanwezigheid van de huisarts en de mantelzorger). De verplichting houdt echter in dat zij minstens de uitnodiging moeten ontvangen om deel te nemen aan het overleg. Indien het multidisciplinair overleg wordt georganiseerd rond een gebruiker met een psychiatrische problematiek kan de begeleidende psychiater worden uitgenodigd in plaats van de huisarts. Dit sluit uiteraard niet uit dat beiden kunnen worden uitgenodigd en aanwezig zijn. De verplichting om de huisarts uit te nodigen geldt echter niet meer als in dit geval de psychiater werd uitgenodigd.

De gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger, moet zijn voorafgaande toestemming verlenen betreffende de samenstelling van het multidisciplinair overleg. Dit kadert in de principes van het Eerstelijnsdecreet dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag centraal plaatst.

De gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger, moet eveneens de mogelijkheid hebben om deel te nemen aan het multidisciplinair overleg. In het geval hij niet wenst deel te nemen bezorgt de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger, een ondertekende verklaring aan de overlegorganisator, waarin hij bevestigt dat hij niet wenst deel te nemen aan het multidisciplinair overleg.

Naar aanleiding van het multidisciplinaire overleg moet er een zorg- en ondersteuningsplan worden opgesteld voor de gebruiker. In principe wordt dit zorg- en ondersteuningsplan getekend door de deelnemers aan het multidisciplinair overleg. Voorafgaand aan het multidisciplinair overleg moet de gebruiker worden geïnformeerd over het doel van het overleg en over het feit dat er een zorg- en ondersteuningsplan zal worden opgesteld.

De aansluiting van de gebruiker bij de Vlaamse Sociale Bescherming is noodzakelijk om een vergoedbaar multidisciplinair overleg mogelijk te maken. Om vergoedbaar te zijn, moet de gebruiker rond wie het multidisciplinair overleg georganiseerd werd op de datum waarop het multidisciplinair overleg plaatsvindt de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren hebben betaald. Bij gebruikers jonger dan 18 jaar moet minstens één ouder of de wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker aangesloten zijn bij een zorgkas en de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren hebben betaald. Deze voorwaarde voor minderjarigen geldt slechts voor zover één ouder of de wettelijke

vertegenwoordiger minstens 27 jaar is en is niet van toepassing zolang geen van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger bij de Vlaamse sociale bescherming mag aansluiten.

In de derde paragraaf wordt voorzien dat er per kalenderjaar (periode van 365 kalenderdagen of 366 dagen wanneer het een schrikkeljaar betreft) slechts één multidisciplinair overleg kan vergoed worden rond eenzelfde gebruiker. Concreet wil dit zeggen dat wanneer een vergoedbaar multidisciplinair overleg werd georganiseerd rond een gebruiker op 12 april 2020, een volgend vergoedbaar multidisciplinair overleg rond dezelfde gebruiker pas georganiseerd kan worden op 13 april 2021.

Artikel 534/81

Dit artikel bepaalt welke deelnemers aan het multidisciplinair overleg een tegemoetkoming krijgen. Naast de overlegorganisator en de zorgbemiddelaar kunnen maximaal vier zorgaanbieders een vergoeding krijgen voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg.

Individuele zorgaanbieders die deelnemen aan een multidisciplinair overleg, maar aan dit multidisciplinair overleg deelnemen in het kader van hun werkzaamheden bij een dienst of organisatie ontvangen geen vergoeding voor hun deelname. In voorkomend geval wordt de dienst of organisatie waarbij zij actief zijn beschouwd als deelnemende zorgaanbieder. Deze dienst kan maximaal één vergoeding als deelnemende zorgaanbieder ontvangen, ongeacht het aantal individuele zorgaanbieders in het kader van hun werkzaamheden bij deze dienst of organisatie worden afgevaardigd naar het multidisciplinaire overleg. Bijkomend wordt de voorwaarde opgelegd dat, naast de individuele zorgaanbieders die deelnemen in het kader van hun werkzaamheden bij de betrokken dienst of organisatie, minstens twee zorgaanbieders moeten deelnemen aan het multidisciplinaire overleg die niet werkzaam zijn bij de betrokken dienst of organisatie, vooraleer er een vergoeding kan bekomen worden. Deze bijkomende voorwaarde wordt toegevoegd om te vermijden dat de 'interne overleggen' binnen een dienst of organisatie (waarbij er dus alleen zorgaanbieders aanwezig zijn die werkzaam zijn binnen éénzelfde organisatie of dienst) vergoed zouden kunnen worden via het systeem van een vergoedbaar multidisciplinair overleg.

Indien er meer dan vier zorgaanbieders op het multidisciplinair overleg aanwezig zijn, zal de overlegorganisator op basis van een rangorde die door de minister wordt bepaald, vaststellen welke zorgaanbieders een tegemoetkoming voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg kunnen ontvangen.

De gebruiker, wettelijke vertegenwoordiger en de mantelzorgers van de gebruiker kunnen geen tegemoetkoming krijgen voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg, ook niet als ze de taak van zorgbemiddelaar opnemen.

Een zorgaanbieder die de taak van zorgbemiddelaar opneemt, zal in het kader van de tegemoetkoming uitsluitend beschouwd worden als een zorgbemiddelaar. Hij zal alleen de tegemoetkoming van zorgbemiddelaar ontvangen en zal niet worden meegenomen bij het vaststellen van de vergoedbare zorgaanbieders overeenkomstig de rangorde bepaald door de minister.

Een dienst of organisatie die verschillende individuele zorgaanbieders afvaardigt naar het multidisciplinaire overleg kan, naast de vergoeding die hij ontvangt als deelnemende zorgaanbieder, eveneens een vergoeding ontvangen als 'zorgbemiddelaar' op voorwaarde dat deze dienst of organisatie minstens twee individuele zorgaanbieders naar het multidisciplinair overleg heeft afgevaardigd én een van deze twee individuele zorgaanbieders tijdens het multidisciplinair overleg de taak van zorgbemiddelaar op zich neemt.

Artikel 534/82

Dit artikel omschrijft de taken van de overlegorganisator in het kader van het multidisciplinair overleg. Het multidisciplinair overleg start en eindigt met de uitvoering van de taken door de overlegorganisator. De uitvoering van de taken wordt geïnitieerd door een aanvraag voor multidisciplinair overleg.

Op aanvraag bespreekt de overlegorganisator de vraag naar multidisciplinair overleg en bepaalt samen met de aanvrager het doel ervan. Voorafgaand aan de organisatie van het multidisciplinair overleg gaat de overlegorganisator na of de gebruiker is aangesloten bij een zorgkas. Indien dit niet het geval is, bezorgt de overlegorganisator aan de gebruiker de nodige informatie om een aansluiting te realiseren. De noodzakelijke verklaringen worden door de overlegorganisator verzameld. Na analyse van de aanvraag organiseert de overlegorganisator de gesprekstafel, zit die voor, neemt verslag en bewaakt het realiseren van het doel van het overleg. De overlegorganisator zorgt voor de verslaggeving en een duidelijk afsprakenkader voor het zorgteam, dat op zijn beurt met deze afspraken (neergelegd in het zorg- en ondersteuningsplan) aan de slag gaat.

Na afloop van het multidisciplinair overleg zorgt de overlegorganisator voor de administratieve afhandeling om tot een tegemoetkoming van de deelnemers aan het multidisciplinair overleg te komen. Met het oogmerk op de continuïteit van de zorgverlening dient de overlegorganisator, bij wie het multidisciplinair overleg werd aangevraagd maar die het overleg zelf niet kan opnemen, te zorgen dat een andere overlegorganisator de taken, vermeld in artikel 534/82, 1° tem 8° opneemt.

Artikel 534/83

Dit artikel omschrijft de taken die de zorgbemiddelaar opneemt in het kader van het multidisciplinair overleg.

De zorgbemiddelaar wordt tijdens het multidisciplinair overleg aangeduid. Zijn taken nemen een aanvang na toekenning van zijn rol tijdens het overleg en beogen een goede en kwaliteitsvolle realisatie van het zorg- en ondersteuningsplan voor de gebruiker. De zorgbemiddelaar is dan ook de coördinator van het zorg- en ondersteuningsplan en daarom ook het aanspreekpunt voor de gebruiker en zijn zorgteam. De zorgbemiddelaar maakt deel uit van dit zorgteam en krijgt op het multidisciplinair overleg het mandaat om het zorg- en ondersteuningsplan op te volgen, te bewaken dat alle afspraken gerealiseerd worden, de tevredenheid van de gebruiker te bevragen en bij te sturen indien nodig en gewenst. Vanuit zijn rol als zorgbemiddelaar en aanspreekpunt geeft de zorgbemiddelaar ook informatie aan de gebruiker over de werking van het zorg- en ondersteuningsplan en betreft hij op die manier de gebruiker bij de uitvoering van dit plan. Ook naar de andere leden van het zorgteam zet de zorgbemiddelaar zijn expertise en kennis in over de zorg en ondersteuning, in functie van een goede uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan. De zorgbemiddelaar vraagt een nieuw of bijkomend overleg aan na bespreking binnen het zorgteam, dit in navolging van de permanente opvolging, evaluatie en nood aan bijsturing van de geplande zorg.

Artikel 534/84

Dit artikel omschrijft de taken die de zorgaanbieders opnemen in het kader van het multidisciplinair overleg.

De zorgaanbieders rond de tafel zijn de professionele zorgaanbieders. Zij zullen uitvoering geven aan de afspraken in het zorg- en ondersteuningsplan. Om tot een duidelijk en kwaliteitsvol plan te komen dat de zorg en ondersteuning voor de gebruiker vastlegt in functie van zijn noden en behoeften, brengen zij hun expertise in en werken zij mee aan de formulering van zorgdoelen en taakafspraken. Gezien de zorgaanbieders aanwezig zijn vanuit een bepaald zorgaanbod, informeren zij de gebruiker en de andere zorgaanbieders over het bestaande aanbod en over toegang tot rechten en, indien nodig, verwijzen ze door naar andere diensten of disciplines. Zo kan op basis van de noodzakelijk informatie over de zorgvraag en het beschikbare aanbod een kwaliteitsvol zorg- en ondersteuningsplan opgesteld worden met zorgdoelen en afspraken die beantwoorden aan de noden van de gebruiker.

Artikel 534/85

Dit artikel omschrijft de voorwaarden waaraan de overlegorganisator moet voldoen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Een overlegorganisator zal steeds een dienst of een organisatie zijn.

De overlegorganisator moet zijn opgenomen op een lijst bij het agentschap Zorg en Gezondheid. De dienst of de organisatie die wenst te worden opgenomen op de lijst moet hiervoor een aanvraag indienen. In de eerste paragraaf wordt verduidelijkt welke gegevens opgenomen dienen te zijn op de aanvraag. Naast de identificatiegegevens (vb. naam organisatie of dienst, KBO-nummer), contactgegevens (vb. adres, telefoonnummer, mailadres) en het werkgebied van de organisatie of dienst die zich kandidaat stelt als overlegorganisator, bevat de aanvraag identificatie- en contactgegevens van de personen die binnen de organisatie werden aangeduid om de aanvragen voor het multidisciplinair overleg te behandelen. Dit is niet noodzakelijk de persoon die als afgevaardigde van de overlegorganisator het multidisciplinair overleg zal organiseren en zal deelnemen aan het multidisciplinair overleg.

Het agentschap Zorg en Gezondheid stelt op zijn website een formulier ter beschikking waarvan de kandidaat-overlegorganisatoren gebruik kunnen maken wanneer zij een aanvraag wensen in te dienen.

Verder wordt de procedure van aanvraag tot eventuele opname op de lijst met overlegorganisatoren beschreven in de eerste paragraaf. De uiteindelijke lijst van overlegorganisatoren zal worden bekendgemaakt op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid.

In paragraaf 2 worden de voorwaarden opgesomd waaraan de overlegorganisator moet voldoen om op de lijst van overlegorganisatoren te kunnen worden opgenomen. De documenten waaruit blijkt dat de overlegorganisator aan deze voorwaarden voldoet moeten eveneens bezorgd worden bij de aanvraag aan het agentschap. Alleen organisaties of diensten die zorg en ondersteuning aanbieden aan natuurlijke personen komen in aanmerking om te worden opgenomen op de lijst van overlegorganisatoren. Te denken valt hier aan verzekeringsinstellingen, diensten voor maatschappelijk werk, diensten voor gezinszorg,... Een organisatie of dienst die wenst te worden opgenomen op de lijst van overlegorganisatoren moet wel garanderen dat zij over voldoende personen beschikt die, rekening houdende met de taken van de overlegorganisator in het kader van het multidisciplinair overleg, over voldoende competenties beschikken om te kunnen afvaardigen naar het multidisciplinair overleg.

In paragraaf 3 wordt een voorwaarde opgesomd om behouden te blijven op de lijst. Om op de lijst van overlegorganisatoren behouden te blijven moet een overlegorganisator minstens éénmaal per jaar deelnemen aan een intervisiemoment georganiseerd door het agentschap Zorg en Gezondheid. Het voorziet ook in de mogelijkheid voor een overlegorganisator om op eigen verzoek van de lijst van overlegorganisatoren verwijderd te worden.

Artikel 534/86

Dit artikel regelt de regels voor de aanvraag van de tegemoetkoming en de organisatie van het multidisciplinair overleg.

De aanvraag voor de organisatie van een vergoedbaar multidisciplinair overleg moet hetzij door de gebruiker zelf, zijn mantelzorgers of de zorgaanbieders die betrokken zijn rond de zorg van de gebruiker gedaan worden bij een overlegorganisator.

De overlegorganisator zal, alvorens het multidisciplinair overleg te organiseren nagaan via het digitaal platform VSB of de gebruiker is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming. Indien de gebruiker is aangesloten, plant de overlegorganisator een overleg in. Indien de gebruiker niet is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming informeert de overlegorganisator de gebruiker over de mogelijkheden om zich aan te sluiten bij de Vlaamse sociale bescherming en de benodigde stappen

die daarvoor moeten worden ondernomen. Na het realiseren van de aansluiting wordt de aanvraag voor een vergoedbaar multidisciplinair overleg verder behandeld door de overlegorganisator. Tijdens het multidisciplinair overleg gaat de overlegorganisator na dat voldaan is aan de voorwaarden voor een vergoedbaar multidisciplinair overleg en verzamelt hij de gegevens van de zorgaanbieders en, in voorkomend geval, de zorgbemiddelaar, die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg overeenkomstig de rangorde zoals vastgesteld door de minister.

Indien het georganiseerde multidisciplinair overleg voldeed aan de voorwaarden voor een vergoedbaar multidisciplinair overleg dient de overlegorganisator na het overleg een aanvraag in voor een tegemoetkoming via een webtoepassing bij de zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten was op de datum waarop het multidisciplinair overleg plaatsvond binnen een termijn van vijftien werkdagen.

Via de webtoepassing, onder de verantwoordelijkheid van de zorgkas, wordt de verzekeringsstatus van de gebruiker nagegaan op de datum waarop het multidisciplinair overleg heeft plaats gevonden en wordt er een controle uitgevoerd of rond de gebruiker niet reeds een vergoedbaar multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden in het afgelopen jaar. Indien alle gegevens volledig zijn en de gebruiker verzekerd is, wordt de betaalopdracht aanvaard. Indien de gebruiker niet verzekerd is, rond hem al een multidisciplinair overleg plaatsvond in het afgelopen jaar of de ingevulde gegevens onvolledig zijn, zal de overlegorganisator een foutmelding ontvangen.

Bij eventuele fouten in de aangereikte gegevens, kan de zorgkas in voorkomende geval op de hoogte worden gebracht van de foutieve aard van deze gegevens, waarna ze contact opneemt met de overlegorganisator die de aanvraag heeft ingediend om de correcte gegevens op te vragen.

Artikel 534/87

In dit artikel worden de bedragen van de tegemoetkoming geregeld. Deze bedragen zijn onderworpen aan de index (cfr. artikel 534/88). Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van de functie die door de deelnemer aan het multidisciplinaire overleg wordt vervuld.

Artikel 534/88

Dit artikel bevat een indexeringsclausule voor de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 534/87, die worden toegekend aan de deelnemers aan een vergoedbaar multidisciplinair overleg.

Artikel 534/89

Dit artikel verduidelijkt dat na de aanvaarding door de zorgkas van de betaalopdracht de zorgkas de tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg binnen de zes weken na de datum van ontvangst van de volledig ingevulde aanvraag rechtstreeks zal uitbetalen aan de overlegorganisator, de vergoedbare deelnemers en in voorkomend geval, de zorgbemiddelaar.

Artikel 48 voegt een artikel 635/1 in het VSB-besluit in. Zoals supra reeds gesteld, voert artikel 6 van het voorliggend besluit een mogelijkheid in om een lagere jaarlijkse premie in het kader van de Vlaamse sociale bescherming te betalen voor de gebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering als zij voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 45, §1, vijfde lid, van het VSB-decreet en rekening houdend bovendien met enkele modaliteiten. Een van deze modaliteiten, vertaald in artikel 68, derde lid, 4°, is de voorwaarde dat de gebruiker voldoet aan de inburgeringsplicht, vermeld in artikel 45, §1, vijfde lid, 2°, van het VSB-decreet, op 1 januari van het kalenderjaar dat het kalenderjaar waarop de premie betrekking heeft, voorafgaat. Het voorliggende besluit stelt dat, wat de toepassing betreft van artikel 68, derde lid, 4°, de inburgeringsplicht slechts geldt ten aanzien van premies vanaf het kalenderjaar 2023.

Artikel 49 heft in artikel 641 het derde lid op. De definitie van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning werd immers verplaatst naar artikel 1 van het VSB-besluit.

Artikel 50 vervangt in artikel 656 het getal "397" door het getal "96". Dit betreft de rechtzetting van een materiële vergissing.

Artikel 51 voegt volgende bijlagen toe aan het VSB-besluit:

- bijlage 6. Lijst van de bestanddelen die door het basisbudget worden gedekt;
- bijlage 7. Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) voor de revalidatieziekenhuizen;
- bijlage 8. Model van de opnameverklaring in geval van opname in een revalidatieziekenhuis;
- bijlage 9. Model van de opnameverklaring in geval van opname in een dagziekenhuis van een revalidatieziekenhuis;
- bijlage 10. Model van de toelichting bij de opnameverklaring;
- bijlage 11. Model van de patiëntenfactuur.

Artikel 52 tot en met 63 van het voorliggend besluit betreffen wijzigingen aan het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (hierna 'het overnamebesluit').

Artikel 52 heft enkele definities uit artikel 1 van het overnamebesluit op:

- 3° budget: het budget, vermeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, dat voor ieder revalidatieziekenhuis afzonderlijk wordt vastgesteld en vereffend
- 7°: dienstjaar: de periode die begint op 1 januari van een jaar en die op 31 december van hetzelfde jaar eindigt voor de revalidatieziekenhuizen
- 10°: kostenplaats: een kostenplaats als vermeld in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen
- 13°: koninklijk besluit van 25 april 2002: het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

Aangezien de financiering van de revalidatieziekenhuizen middels dit besluit in de Vlaamse sociale bescherming wordt gekanteld, hebben deze termen in het overnamebesluit geen plaats meer. Om deze reden worden ze opgeheven.

Artikel 53 wijzigt artikel 8, §1, tweede lid, van het overnamebesluit. Dit artikel stelt dat het agentschap de persoonsgegevens verwerkt van de personeelsleden vermeld in diverse artikelen in het overnamebesluit en dat deze gegevens worden bewaard tot 15 jaar na ontvangst. De verwijzingen naar de artikelen in verband met de revalidatieziekenhuizen die verband houden met de financiering ervan worden opgeheven.

Artikel 54 wijzigt artikel 11 van het overnamebesluit. Dit artikel handelt over de bewijswaarde van elektronische documenten in het kader van de verwerking, uitwisseling en bewijswaarde van gegevens. Het huidige artikel 11 stelt dat De controlelijst om de verschillende vereisten te documenteren waaraan de informaticasystemen van de zorgvoorziening of haar mandataris moeten voldoen, ingevuld wordt en beschikbaar is bij een audit van de archiveringsprocedure in de zorgvoorziening of in de verzekeringsinstelling. De verwijzing naar de verzekeringsinstelling wordt nu gewijzigd in de term 'zorgkas' om dit artikel in de context van de Vlaamse sociale bescherming te integreren.

Artikel 55 wijzigt 15, §1, vijfde lid, van het overnamebesluit. Artikel 15 handelt over de procedure voor de aanvraag van tegemoetkomingen. §1, vijfde lid, stelt vast dat elke aanvraag rechtstreeks wordt gericht aan één centraal contactpunt dat bepaald wordt door de betrokken verzekeringsinstelling. In afwijking daarvan kan de verzekeringsinstelling één uniek contactpunt per revalidatieziekenhuis of ziekenhuis aanwijzen voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor de revalidatieziekenhuizen of ziekenhuis. De afwijking voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor de revalidatieziekenhuizen of ziekenhuis wordt opgeheven.

Artikel 56 wijzigt artikel 17, §1, van het overnamebesluit. Artikel 17, §1, van het overnamebesluit handelt over de kennisgeving die het revalidatieziekenhuis bij elke opname van een zorggebruiker moest sturen, de aanvraag tot verlenging van de opname en de nieuwe aanvraag tot verlenging van de opname. De eerste paragraaf van artikel 17 wordt opgeheven, aangezien dit nu in het regelgeving inzake de Vlaamse sociale bescherming geïntegreerd is.

Artikel 57 wijzigt artikel 18, §5, van het overnamebesluit. Artikel 18 van het overnamebesluit gaat over de procedure voor toekenning van de tegemoetkomingen. Paragraaf 5 stelt dat paragraaf 1 tot en met 4, niet van toepassing zijn op de revalidatieziekenhuizen en de multidisciplinaire begeleidingsequipes. De vermelding van de revalidatieziekenhuizen wordt verwijderd, aangezien de procedure voor toekenning van de tegemoetkomingen in het kader van de revalidatieziekenhuizen in de regelgeving inzake de Vlaamse sociale bescherming is geïntegreerd.

Artikel 58 wijzigt artikel 20 van het overnamebesluit. Artikel 20 van het overnamebesluit handelt over de financiële betrekkingen tussen de Vlaamse overheid en de verzekeringsinstellingen. De vermeldingen in verband met de revalidatieziekenhuizen in dit artikel worden opgeheven, aangezien de financiering van de revalidatieziekenhuizen nu in het regelgeving inzake de Vlaamse sociale bescherming geïntegreerd is.

Artikel 59 wijzigt artikel 22 van het overnamebesluit. Artikel 22 van het overnamebesluit betreft de financiële betrekkingen tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgvoorzieningen, en handelt meer bepaald over de betalingsverbintenis en uitbetaling. De vermeldingen in verband met de revalidatieziekenhuizen in dit artikel worden verwijderd, aangezien de financiering van de revalidatieziekenhuizen nu in het regelgeving inzake de Vlaamse sociale bescherming geïntegreerd is.

Artikel 60 wijzigt artikel 24, §1, vierde lid, van het overnamebesluit. Artikel 24 handelt over de facturatie van de zorg. De vermeldingen in verband met de revalidatieziekenhuizen in artikel 24, §1, vierde lid, worden verwijderd aangezien de financiering van de revalidatieziekenhuizen nu in het regelgeving inzake de Vlaamse sociale bescherming geïntegreerd is.

Artikel 61 heft artikel 28 van het overnamebesluit op. Artikel 28 handelde over cumulatie van tegemoetkomingen binnen de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap, meer bepaald over cumulatieverboden van de tegemoetkomingen volgens plaats. Artikel 28 bepaalde met wat een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis niet gecumuleerd mag worden. Dit artikel wordt opgeheven aangezien de financiering van de revalidatieziekenhuizen nu in het regelgeving inzake de Vlaamse sociale bescherming geïntegreerd is.

Artikel 62 wijzigt artikel 37 van het overnamebesluit. Artikel 37 handelt over cumulatie van tegemoetkomingen binnen de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap en prestaties binnen de federale ziekteverzekering, meer bepaald over Cumulatieverboden van tegemoetkomingen en prestaties volgens plaats. De vermelding in verband met een revalidatieziekenhuis in artikel 37 wordt verwijderd, aangezien de financiering van de revalidatieziekenhuizen nu in het regelgeving inzake de Vlaamse sociale bescherming geïntegreerd is.

Artikel 63 heft deel 5, bestaande uit de artikelen 239 tot en met 274, van het overnamebesluit op. Deel 5 handelde over de revalidatieziekenhuizen, meer bepaald over de vaststelling van het budget, de kennisgeving van de beslissing, de vereffening van het budget, de verklaring bij opname en de melding van gegevens. Dit deel van het overnamebesluit wordt opgeheven aangezien de financiering van de revalidatieziekenhuizen nu in het regelgeving inzake de Vlaamse sociale bescherming geïntegreerd is.

Artikel 64 bevat een wijziging van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opname in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum.

Artikel 65 bevat een wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Artikel 2 van dit koninklijk besluit stelt vast welke aspecten het besluit regelt voor de ziekenhuizen en bepaalde ziekenhuisdiensten. Aangezien het hier om aspecten van de financiering van de ziekenhuizen gaat, wordt de verwijzing naar het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging gewijzigd naar een verwijzing naar het VSB-decreet.

Artikel 66 tot en met artikel 73 bevatten de slotbepalingen.

3. BESTUURLIJKE IMPACT

A. BUDGETTAIRE IMPACT VOOR DE VLAAMSE OVERHEID

3.1. Integratie nieuwe sectoren

De sectoren die worden geïntegreerd in de Vlaamse Sociale Bescherming worden geïntegreerd aan de reeds huidige bestaande financieringsmodaliteiten en subsidieregels. Er is dus geen budgettaire impact (cf. nota VR 2020.3010 DOC 1159/1BIS).

3.2. Inburgerings - en verblijfsvoorwaarden

Verblijfsvoorwaarde en inburgeringsplicht voor zorgbudget

Momenteel voldoen 1.030 personen met een zorgbudget niet aan de nieuwe criteria inzake inburgering en verblijfsvoorwaarden. Het gaat in totaal om een bedrag van 2.230.080 Gezien er ook verworven rechten ingeschreven zijn in de regelgeving, zal de minderuitgave van 2.230.080 pas op termijn gerealiseerd worden. Bij een gemiddelde duur van de tegemoetkoming van 3 jaar zou er vanaf 2022 tot 2024 jaarlijks 740.000 euro minder uitgegeven worden.

Verminderde zorgpremie

Er zijn momenteel 24.037 leden met VT – statuut die niet langer voldoen aan de nieuwe verblijfsvoorwaarde. Dit genereert een meerinkomst van 648.999 euro.

3.3. Zorgbudget ouderen

De huidige regelgeving wordt behouden. Er is dus geen meerkost.

3.4. Punctuele wijzigingen

Betaling zorgpremie aan het oude jaar

Doordat een (gedeeltelijke) betaling van de zorgpremie wordt toegewezen aan het meest recente, openstaande kalenderjaar werden in 2020 ten onrechte 1.650 boetes opgelegd voor een bedrag van 380.325 euro.

Als deze personen een bezwaar indienen tegen de opgelegde administratieve geldboete wordt omwille van billijkheidsredenen ingegaan op het bezwaar. Dit voorstel heeft bijgevolg geen budgettaire impact. Wel worden de administratieve lasten hierdoor in belangrijke mate beperkt

Palliatief attest

Op basis van de gerapporteerde gegevens tot en met december 2020 kon in 120 dossiers geen zorgbudget zorgbehoevenden worden toegekend, ondanks het feit dat betrokkene een palliatief forfait had. Als in deze dossiers op basis van de voorgestelde nieuwe regelgeving toch een zorgbudget zou toegekend worden, wordt de meeruitgave geraamd op 156.000 euro.

De meeruitgave voor deze maatregel wordt gecompenseerd door de minderuitgaven ten gevolge van de nieuwe maatregelen inzake verblijfsduur en inburgeringsplicht.

3.5. Samenvattende tabel

Inburgering en verblijfsvoorwaarden	In duizend euro
Zorgbudget	- 2.230
Zorgpremie	- 649
Zorgbudget ouderen	0
Punctuele wijzigingen	
Toewijzing premie laatste jaar	0
Palliatief attest	+ 156
Totaal	- 2.723

De minuitgaven ten gevolge van de voorgestelde maatregelen zullen in een latere fase aangewend worden om de financiële toegankelijkheid tot de woonzorgcentra te verbeteren en om de recurrente uitgaven van de vzw Consortium Vlaams Informatieplatform BelRAI (uitvoering van artikel 70/1 van

het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming) te financieren. Ook de bijkomende recurrente financiering van het kwaliteitscentrum voor diagnostiek ikv van BelRAI worden met de vrijgekomen middelen gefinancierd.

B. ESR-TOETS

De ESR-toets is niet van toepassing op voorliggend voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering.

C. IMPACT OP HET PERSONEEL VAN DE VLAAMSE OVERHEID

Voorliggend besluit van de Vlaamse Regering heeft geen impact op het personeel van de Vlaamse overheid.

D. IMPACT OP DE LOKALE EN PROVINCIALE BESTUREN

Voorliggend besluit van de Vlaamse Regering heeft geen impact op de lokale en provinciale besturen.

4. VERDER TRAJECT

Na de principiële goedkeuring door de Vlaamse Regering van het voorontwerp van decreet, wordt over het voorontwerp van decreet het advies ingewonnen van de Vlaamse Raad WVG en de Vlaamse Toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens (VTC).

5. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist:

- 1° haar principiële goedkeuring te geven aan het bijgaande voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming;
- 2° de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding:
 - te gelasten over voornoemd voorontwerp van decreet het advies in te winnen van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen;
 - te gelasten over voornoemd voorontwerp van decreet het advies in te winnen van de Vlaamse Toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens, met verzoek het advies mee te delen binnen een termijn van dertig dagen.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding

Wouter BEKE