

Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming

Rechtsgronden

Dit besluit is gebaseerd op:

- de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, artikel 20, gewijzigd bij de bijzondere wet van 16 juli 1993;
- de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 92, eerste lid, artikel 95, tweede lid, artikel 98, eerste lid, artikel 99, artikel 100, tweede lid, artikel 105, 108 en 114, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018, artikel 115, eerste lid, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 115, tweede lid, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018 en gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 115, vijfde lid, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018, artikel 116, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018 en gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 152, §3, gewijzigd bij de wet van 18 december 2016;
- het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap, artikel 4, derde lid, en artikel 5, §2;
- het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 22, tweede lid, artikel 26, derde lid, artikel 37, §1, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 41, §2, tweede lid, toegevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 45, §1, tweede lid, artikel 45, §1, vierde lid, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 45, §1, zesde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 45, §2, eerste lid, artikel 49, §3, derde en vierde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 49, §3/1, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 49, §7, artikel 49, §5 en §8, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 50 en 51, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 54, tweede lid, artikel 60, eerste en vierde lid, artikel 60, tweede en derde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 73, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 76, §1, §2 en §4, artikel 76, §5, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 76/1 en 76/2, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 78, tweede lid, artikel 80, §3 en §5, artikel 84, §1, tweede lid, artikel 86, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 88, §3, artikel 92, §5, artikel 105, §2, eerste lid, artikel 107, 3°, artikel 109, tweede lid, artikel 123, artikel 126, §1, §2 en §4, artikel 129, tweede en derde lid, artikel 145, §2, derde lid, artikel 148, §2, derde lid, artikel 150, §2, derde lid, artikel 152, §2, derde lid, artikel 154/17, artikel 154/18, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, en artikel 188, eerste lid;
- het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, artikel 13, §2, tweede lid, §4 en

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

Vormvereisten

De volgende vormvereisten zijn vervuld:

- De Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, zijn akkoord werd aangevraagd op 4 juni 2021;
- De Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens heeft advies nr. ... gegeven op
- De Raad van State heeft advies ... gegeven op ..., met toepassing van artikel 84, §1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

Initiatiefnemer

Dit besluit wordt voorgesteld door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding.

Na beraadslaging,

DE VLAAMSE REGERING BESLUIT:

Hoofdstuk 1. Wijziging van 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

Artikel 1. In 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, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019, wordt de zinsnede "- 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" opgeheven.

Hoofdstuk 2. Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Art. 2. In artikel 1 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, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 7 december 2018, 15 maart 2019, 28 juni 2019 en 4 december 2020, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o er wordt een punt 2^o/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

"2°/1 agentschap Zorg en Gezondheid: het agentschap Zorg en Gezondheid, opgericht bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid";";

2° er wordt een punt 5°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

"5°/1 besluit van 7 december 2018: 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;";

3° er wordt een punt 37°/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

"37/1° niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning: een van de volgende ondersteuningsvormen:

- a) een persoonlijkeassistentiebudget als vermeld in hoofdstuk IV/1 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;
- b) ondersteuning door een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap met toepassing van artikel 7 of 9, §2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap;
- c) persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 over persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden;
- d) een budget voor niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;".

Art. 3. In artikel 43 van hetzelfde besluit wordt tussen het eerste en het tweede lid een lid ingevoegd, dat luidt als volgt:

"De minister bepaalt welke persoonsgegevens van de leden van de Zorgkassencommissie het agentschap verwerkt voor de aansturing van de leden van de Zorgkassencommissie bij de uitvoering van de taken van de Zorgkassencommissie, als vermeld in het decreet van 18 mei 2018 en dit besluit. Het gaat om identificatiegegevens en contactgegevens van de personen in kwestie. Deze persoonsgegevens worden door het agentschap bewaard tot maximaal één jaar na het eindigen van het lidmaatschap van de betrokkene bij de Zorgkassencommissie."

Art. 4. Aan artikel 52 van hetzelfde besluit wordt een paragraaf 3 toegevoegd, die luidt als volgt:

"§3. De minister bepaalt welke persoonsgegevens van de leden van de Expertencommissie het agentschap verwerkt voor de uitbetaling van de presentiegelden en de vergoedingen, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2. Het gaat om contactgegevens, identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en het rekeningnummer van de personen in kwestie. Deze persoonsgegevens worden door het agentschap bewaard tot maximaal één jaar

na het eindigen van het lidmaatschap van de betrokkene bij de Expertencommissie.”.

Art. 5. In artikel 60 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het woord “of” wordt vervangen door een komma;

2° tussen het woord “mobiliteitshulpmiddelen” en het woord “tot” worden de woorden “of door de overlegorganisator” ingevoegd.

Art. 6. In artikel 68 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het tweede lid wordt het getal “50” vervangen door het getal “54”;

2° het derde lid wordt vervangen door wat volgt:

“In afwijking van het tweede lid bedraagt de jaarlijkse premie voor de Vlaamse sociale bescherming 27 euro voor de gebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering als vermeld in artikel 37, §19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, als ze voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 45, §1, vijfde lid, van het decreet van 18 mei 2018, en aan al de volgende voorwaarden:

- 1° de gebruikers hebben recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 37, §19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, op 1 januari van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop de premie betrekking heeft;
- 2° voor de vervulling van de voorwaarde, vermeld in artikel 45, §1, vijfde lid, 1°, van het decreet van 18 mei 2018, worden de volgende kalenderjaren als een jaar beschouwd:
 - a) een kalenderjaar waarvan de gebruiker minstens een dag in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont;
 - b) een kalenderjaar waarin de gebruiker op 1 januari sociaal verzekerd is in een lidstaat van de Europese Unie, in een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte, of in Zwitserland;
- 3° de vijf opeenvolgende jaren, vermeld in artikel 45, §1, vijfde lid, 1°, van het decreet van 18 mei 2018, gaan vooraf aan het jaar waarop de premie betrekking heeft;
- 4° de gebruikers voldoen aan de inburgeringsplicht, vermeld in artikel 45, §1, vijfde lid, 2°, van het decreet van 18 mei 2018, op 1 januari van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop de premie betrekking heeft.”;

3° in het vierde lid wordt het jaartal “2017” vervangen door het jaartal “2023” en wordt het jaartal “2014” vervangen door het jaartal “2020”.

Art. 7. Artikel 70 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 70. 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 zijn betaald en waarvoor de achterstallen nog aanleiding kunnen geven tot een administratieve geldboete, krijgen daarbij voorrang."

Art. 8. In artikel 88 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid wordt het woord "worden" vervangen door het woord "kunnen" en wordt tussen het woord "gegevens" en het woord "overgemaakt" het woord "worden" ingevoegd;

2° aan het eerste lid, 2°, wordt de zinsnede ", revalidatie en multidisciplinair overleg" toegevoegd;

3° aan het eerste lid wordt een punt 3° toegevoegd, dat luidt als volgt:

"3° opnames en verblijfsgegevens in het kader van de revalidatieziekenhuizen.";

4° aan het tweede lid worden een punt 5° tot en met 7° toegevoegd, die luiden als volgt:

"5° opnames en verblijfsgegevens, op voorwaarde dat de zorgkas een opname in een revalidatieziekenhuis heeft gemeld;

6° aanvaarde, gefactureerde prestaties, op voorwaarde dat de zorgkas een opname in een revalidatieziekenhuis heeft gemeld;

7° gegevens over de hoedanigheid van de gebruikers of hun recht op de verhoogde tegemoetkoming, noodzakelijk voor de berekening van het persoonlijke aandeel in de revalidatieziekenhuizen, vermeld in artikel 534/53."

Art. 9. In artikel 89 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de woorden "en residentiële ouderenzorg" vervangen door de zinsnede ", residentiële ouderenzorg, revalidatie en multidisciplinair overleg";

2° in het tweede lid worden de woorden "principiële machtiging gevraagd van het bevoegde sectorale comité" vervangen door de woorden "machtiging gevraagd aan de minister van Binnenlandse Zaken".

Art. 10. In artikel 90, tweede lid, van hetzelfde besluit worden de woorden "of een principiële machtiging gevraagd van het bevoegde sectorale comité" opgeheven.

Art. 11. Artikel 92 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

"Art. 92. Van de verplichting, vermeld in artikel 54, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, kan worden afgeweken in al de volgende gevallen:

1° bij de personen, vermeld in artikel 44 van het voormelde decreet, bij wie gebruikgemaakt kan worden van een contactadres van de persoon in kwestie;

2° op schriftelijk verzoek van de betrokkene.”.

Art. 12. In boek 1, deel 5, van hetzelfde besluit wordt een titel 1/1, die bestaat uit artikel 92/1, ingevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 1/1. Zorgbudgetten

Art. 92/1. Voor de uitvoering van de indicatiestellingen, vermeld in artikel 146, eerste en tweede lid, van dit besluit, moet de Zorgkassencommissie, conform artikel 37, §1, van het decreet van 18 mei 2018, toegang krijgen tot contactgegevens en identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, van de gebruiker in kwestie.

De minister specificeert de persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid.”.

Art. 13. In artikel 94, tweede lid, van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° tussen de zinsnede “artikel 52,” en de woorden “eerste lid” wordt de zinsnede “§1,” ingevoegd;

2° tussen de zinsnede “artikel 53,” en de woorden “eerste lid” wordt de zinsnede “§1,” ingevoegd.

Art. 14. In artikel 104, §2, van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° tussen de zinsnede “artikel 52,” en de woorden “eerste lid” wordt de zinsnede “§1,” ingevoegd;

2° tussen de zinsnede “artikel 53,” en de woorden “eerste lid” wordt de zinsnede “§1,” ingevoegd.

Art. 15. Aan boek 1, deel 5, van hetzelfde besluit wordt een titel 4, die bestaat uit artikel 111/1 tot en met 111/8, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 4. Revalidatieziekenhuizen

Art. 111/1. Met het oog op de meldingen, vermeld in artikel 534/59, over de gebruiker bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan het revalidatieziekenhuis. Het revalidatieziekenhuis moet zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang kunnen verschaffen tot informatie over:

1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;

2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;

3° de voor- en achternaam van de gebruiker;

4° de geboortedatum van de gebruiker;

5° het geslacht van de gebruiker;

6° de hoofdverblijfplaats van de gebruiker;

7° in voorkomend geval, de datum van overlijden van de gebruiker.

Art. 111/2. §1. Met het oog op de meldingen, vermeld in artikel 534/59, van de gebruiker bezorgt het revalidatieziekenhuis de volgende gegevens aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten:

1° de melding of het gaat om een nieuwe opname, een ontslag, een wijziging of een verlenging van de opname, een tijdelijke afwezigheid, een annulatie of een correctie;

2° opname- en verblijfsgegevens van de gebruiker. Hieronder zijn eveneens gegevens over de gezondheid inbegrepen, met name de hoofd- en bijkomende diagnose, de uitgevoerde tussenkomsten, de gegevens over het tijdstip van de opname van de gebruiker in het revalidatieziekenhuis en het ontslag van de gebruiker uit revalidatieziekenhuis en de dienst waarin de gebruiker is opgenomen.

De minister kan nader bepalen wat onder opnamegegevens moet worden verstaan.

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

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

Art. 111/4. De revalidatieziekenhuizen moeten de documenten en gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van dit besluit, bewaren gedurende een termijn van minimaal en maximaal tien jaar, tenzij dit besluit of een andere wetgeving die van toepassing is, een specifieke bewaartermijn bepaalt.

Art.111/5. Het agentschap bewaart de gegevens, vermeld in artikel 111/4, tot dertig jaar na het einde van de opname in kwestie of vijf jaar na het overlijden van de gebruiker.

Art. 111/6. De documenten, vermeld in artikel 111/4 en artikel 111/5, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.

Art. 111/7. Conform artikel 37, §1, van het decreet van 18 mei 2018 moet de Zorgkassencommissie voor de taken die aan haar zijn opgelegd, toegang krijgen tot de gegevens, vermeld in artikel 111/1 en artikel 111/2, §1, eerste lid, met uitzondering van gegevens over de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Art. 111/8. De gegevens, vermeld in artikel 50, vierde en vijfde lid, van het decreet van 18 mei 2018, waartoe de diensten voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de sociale dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de sociale dienst van de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding en de openbare centra voor maatschappelijk welzijn zich toegang moeten kunnen verschaffen, zijn de gegevens, vermeld in artikel 111/2, §1, eerste lid, 2°."

Art. 16. Aan boek 1, deel 5, van hetzelfde besluit wordt een titel 5, die bestaat uit artikel 111/9 tot en met 111/15, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 5. Multidisciplinair overleg

Art. 111/9. §1. Met het oog op de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg, conform de bepalingen van dit besluit, bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan de overlegorganisator.

De overlegorganisator moet zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang kunnen verschaffen tot informatie over:

- 1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;
- 2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;
- 3° de voor- en achternaam van de gebruiker;
- 4° historiek van de vergoedingen die de betrokken overlegorganisator voor de gebruiker heeft ingegeven.

§2. Met het oog op de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg, conform de bepalingen van dit besluit, wordt de overlegorganisator, in voorkomend geval geïnformeerd over de reden van het negatieve resultaat van de controle van de vergoedingsvoorwaarden die de zorgkas uitgevoerd heeft.

Art. 111/10. Met het oog op de indiening van een aanvraag van een tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg, conform de bepalingen van dit besluit, verwerkt de overlegorganisator de volgende gegevens van de zorgaanbieders en, in voorkomend geval, van de zorgbemiddelaar:

- 1° voor- en achternaam;
- 2° in voorkomend geval, naam, adres en KBO-nummer van de organisatie waarbij de zorgaanbieder of zorgbemiddelaar werkt;
- 3° als de zorgaanbieder of zorgbemiddelaar niet bij een organisatie werkt, het adres en, in voorkomend geval, het RIZIV-nummer;
- 4° rekeningnummer van de financiële instelling;
- 5° datum van het multidisciplinair overleg waaraan ze hebben deelgenomen.

Art. 111/11. Aanvragen van een tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg worden ingediend bij de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Naast de raadpleging van de informatiegegevens, vermeld in artikel 52, §1, eerste lid, en artikel 53, §1, eerste lid, van het decreet van 18 mei 2018, moeten enerzijds de zorgkassen conform artikel 22, tweede lid, van het voormelde decreet en anderzijds het agentschap in het kader van zijn toezichtfunctie conform artikel 109, tweede lid, van het voormelde decreet zich op basis van het INSZ-nummer van de gebruiker toegang kunnen verschaffen tot de volgende informatie:

- 1° de verzekeringsstatus van de gebruiker;
- 2° historiek van de multidisciplinaire overleggen die vergoed zijn voor de gebruiker;
- 3° in voorkomend geval, de opname van de gebruiker in een instelling en de duur van de opname in die instelling;
- 4° in voorkomend geval, lopende aanvragen voor multidisciplinair overleg.

De zorgkassen en het agentschap, in het kader van zijn toezichtfunctie, moeten ook toegang hebben tot de persoonsgegevens van de zorgaanbieders en, in voorkomend geval, van de zorgbemiddelaar, vermeld in artikel 111/10.

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

Art. 111/13. De overlegorganisatoren bewaren aanvraagdocumenten en het zorg- en begeleidingsplan voor een termijn van minimaal en maximaal tien jaar na het laatste vergoedbare multidisciplinair overleg over de gebruiker.

Art. 111/14. Het agentschap bewaart de aanvraagdocumenten, vermeld in artikel 111/13, tot dertig jaar na het laatste vergoedbare multidisciplinair overleg over de gebruiker of vijf jaar na het overlijden van de gebruiker.

Art. 111/15. De documenten, vermeld in artikel 111/13 en artikel 111/14, kunnen op elektronische wijze worden bewaard.”.

Art. 17. In hetzelfde besluit wordt een artikel 113/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 113/1. Voor de vervulling van de voorwaarde, vermeld in artikel 41, §1, eerste lid, 4^o, van het decreet van 18 mei 2018, worden de volgende kalenderjaren als een jaar beschouwd:

- 1^o een kalenderjaar waarvan de gebruiker minstens een dag in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont;
- 2^o een kalenderjaar waarin de gebruiker op 1 januari sociaal verzekerd is in een lidstaat van de Europese Unie, in een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte, of in Zwitserland.

Voor de vervulling van de voorwaarde, vermeld in artikel 41, §1, eerste lid, 5^o, van het decreet van 18 mei 2018, moet de gebruiker aan de inburgeringsplicht voldoen op de datum van de opening van het recht op de tegemoetkoming.”.

Art. 18. In boek 1, deel 6, titel 4, van hetzelfde besluit wordt het opschrift van hoofdstuk 2 vervangen door wat volgt:

“Hoofdstuk 2. Terugvordering van tegemoetkomingen die ten onrechte uitbetaald zijn aan zorgvoorzieningen, verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen of deelnemers aan het multidisciplinair overleg”.

Art. 19. Artikel 132 van hetzelfde besluit wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 132. 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, wordt de tegemoetkoming teruggevorderd van of in

minderings gebracht bij de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg in kwestie.

Als 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, is die samen met de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling.”.

Art. 20. In artikel 133 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1 wordt het woord “of” vervangen door een komma;

2° in paragraaf 1 worden tussen het woord “mobiliteitshulpmiddelen” en het woord “in” de woorden “of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg” ingevoegd;

3° in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden “of tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen” vervangen door de zinsnede “, tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen of tegemoetkomingen aan deelnemers aan het multidisciplinair overleg”;

4° in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden “of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen” vervangen door de zinsnede “, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg”;

5° in paragraaf 3 wordt het woord “of” telkens vervangen door een komma;

6° in paragraaf 3 worden tussen de woorden “naar de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen” en het woord “sturen” de woorden “of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg” ingevoegd;

7° in paragraaf 3 worden tussen de woorden “als de zorgvoorziening of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen” en het woord “niet” de woorden “of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg” ingevoegd.

Art. 21. In hetzelfde besluit wordt een artikel 133/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 133/1. De zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg kan voor de terugbetaling van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen een afbetalingsplan aanvragen bij de zorgkas. De zorgkas beslist over dat afbetalingsplan. De zorgkas bezorgt een al of niet aangepast afbetalingsplan aan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg of deelt aan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg mee dat het afbetalingsplan niet aanvaard kan worden.”.

Art. 22. In artikel 134 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in het eerste lid worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) in punt 1°:

- 1) wordt het woord "of" telkens vervangen door een komma;
- 2) wordt tussen het woord "mobiliteitshulpmiddelen" en het woord "het" de zinsnede "of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg, als er geen afbetalingsplan van de zorgkas is," ingevoegd;
- 3) worden tussen het woord "mobiliteitshulpmiddelen" en het woord "niet" de woorden "of tegemoetkomingen voor deelnemers aan het multidisciplinair overleg" ingevoegd.

b) er wordt een punt 3° toegevoegd, dat luidt als volgt:

"3° de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg het afbetalingsplan van de zorgkas niet strikt opvolgt.";

2° in het tweede lid worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) het woord "of" wordt vervangen door een komma;

b) tussen het woord "mobiliteitshulpmiddelen" en het woord "bij" worden de woorden "of de deelnemers aan het multidisciplinair overleg" ingevoegd.

Art. 23. In hetzelfde besluit wordt een artikel 134/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

"Art. 134/1. §1. Van de terugvordering van tegemoetkomingen die ten onrechte uitbetaald zijn aan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg wordt afgezien als de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming louter 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 twee maanden.

§2. De zorgkas kan op eigen initiatief afzien van de terugvordering van tegemoetkomingen als het totaalbedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen lager dan 50 euro is.

§3. De zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg kan tegen de beslissing tot terugvordering of het in mindering brengen conform artikel 132 van dit besluit een administratief beroep als vermeld in artikel 76, §5, van het decreet van 18 mei 2018, aantekenen bij het agentschap.

Als de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg voor het verstrijken van de termijn van drie maanden een administratief beroep als vermeld in het eerste lid, heeft aangetekend, wordt de terugvordering opgeschort tot de leidend ambtenaar over het administratief beroep uitspraak heeft gedaan.

Als het administratief beroep wordt aangetekend na de termijn van drie maanden, wordt het administratief beroep onontvankelijk verklaard. De termijn van drie maanden begint te lopen vanaf de dag van de melding, vermeld in artikel 133, §1, of vanaf de dag van de verzending van de aangetekende brief, vermeld in artikel 133, §2, eerste lid.

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

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

Art. 24. In artikel 135 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het eerste lid wordt opgeheven;

2° in het tweede lid wordt de zinsnede “of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen voor het verstrijken van de termijn van drie maanden beroep als vermeld in het eerste lid,” vervangen door de zinsnede “, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg voor het verstrijken van de termijn van drie maanden, vermeld in artikel 76, §5, tweede lid, van het decreet van 18 mei 2018, bij de arbeidsrechtbank beroep”.

Art. 25. In artikel 136 van hetzelfde besluit worden de woorden “of de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen” telkens vervangen door de zinsnede “, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg”.

Art. 26. Aan boek 1, deel 6, van hetzelfde besluit wordt een titel 5, die bestaat uit artikel 137/1 en 137/2, toegevoegd, die luidt als volgt:

“Titel 5. Sancties ten laste van de zorgvoorzieningen, de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemers aan het multidisciplinair overleg

Hoofdstuk 1. Algemeen

Art. 137/1. De documenten die de betaling van de tegemoetkomingen toestaan, vermeld in artikel 76/1, §1, 1°, laatste lid, van het decreet van 18 mei 2018, zijn:

1° de betalingsverbintenissen van de zorgkassen;

2° de facturen van de zorgvoorzieningen, de verstrekkers van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemers aan het multidisciplinair overleg;

3° de goedkeuring van de tegemoetkomingsaanvraag.

Hoofdstuk 2. Bedrog

Art. 137/2. De zorgkas of de gebruiker kan de ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog bij de zorgvoorziening, de

verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg melden aan het agentschap.

De leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, kan 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.

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

De zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg wordt met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van de beslissing, vermeld in het derde lid. De beslissing heeft uitwerking 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.

Een niet-schorsend beroep kan ingesteld worden bij de arbeidsrechtbank.

De schorsing, vermeld in het derde lid, vervalt van rechtswege als binnen het jaar na de beslissing geen proces-verbaal van vaststelling is opgesteld.”.

Art. 27. In hetzelfde besluit wordt een artikel 144/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 144/1. §1. De leden van de administratieve beroepscommissie en hun plaatsvervangers ontvangen voor hun werkzaamheden een presentiegeld per vergadering van de administratieve beroepscommissie waaraan ze deelnemen.

Het presentiegeld per vergadering wordt door de minister vastgesteld. De minister kan een maximumaantal 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 één vergadering.

§2. 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.

§3. De minister bepaalt welke persoonsgegevens van de leden van de administratieve beroepscommissie het agentschap verwerkt voor de uitbetaling van de presentiegelden en de vergoedingen, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2. Het gaat om contactgegevens, identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en het rekeningnummer van de personen in kwestie. Deze persoonsgegevens worden door het agentschap bewaard tot maximaal één jaar na het eindigen van het lidmaatschap van de betrokkene bij de administratieve beroepscommissie.”.

Art. 28. In artikel 151, §1, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 28 juni 2019 en 28 mei 2021 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in punt 5° worden voor het woord “bijkomende” de woorden “zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte of” ingevoegd;
- 2° er wordt een punt 8° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“8° de gebruiker heeft vóór de eerste dag van de vierde maand die volgt op de datum waarop het recht op een tegemoetkoming geopend wordt, recht op de forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”.

Art. 29. In artikel 167, §2, tweede lid, 3°, van hetzelfde besluit worden tussen het woord “kinderbijslag” en het woord “loopt” de woorden “of zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte” ingevoegd.

Art. 30. Aan artikel 173, derde lid, van hetzelfde besluit worden de woorden “of zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte” toegevoegd.

Art. 31. In artikel 193 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in paragraaf 2 wordt het tweede lid vervangen door wat volgt:

“De toegekende punten worden samengeteld en naargelang van dat totaal behoort de persoon met een verminderde zelfredzaamheid tot een van de volgende categorieën als vermeld in artikel 86 van het decreet van 18 mei 2018:

- 1° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 7 of 8 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 1;
- 2° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 9 tot 11 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 2;
- 3° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 12 tot 14 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 3;
- 4° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 15 of 16 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 4;

5° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op ten minste 17 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 5.”;

2° er wordt een paragraaf 3 toegevoegd, die luidt als volgt:

“§3. In afwijking van paragraaf 1 en paragraaf 2, eerste lid, worden gebruikers bij wie de verminderde zelfredzaamheid al 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, ingedeeld in een van de categorieën, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, op basis van het resultaat van de evaluatie die al uitgevoerd is, op voorwaarde dat die evaluatie nog geldig is.”.

Art. 32. In artikel 233 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 23 december 2020, wordt paragraaf 1 opgeheven.

Art. 33. In artikel 247 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de zinsnede „aangevuld door de gebruiker” wordt vervangen door de zinsnede “ en een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker”;

2° er wordt een tweede lid toegevoegd, dat luidt als volgt:
“De gebruiker wendt zich met het medisch voorschrift, vermeld in het eerste lid, 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.”.

Art. 34. In artikel 252, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “, aangevuld door de gebruiker” vervangen door de zinsnede “en van een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker”.

Art. 35. In artikel 258, tweede lid, van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “, aangevuld door de gebruiker” opgeheven.

Art. 36. Aan artikel 281, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “, en een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker” toegevoegd.

Art. 37. Aan artikel 292 van hetzelfde besluit wordt een punt 4° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“4° een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker.”.

Art. 38. In artikel 294, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt tussen het woord “daarbij” en het woord “het” de zinsnede “een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker,” ingevoegd.

Art. 39. In artikel 301 van hetzelfde besluit wordt tussen het woord "daarbij" en het woord "het" de zinsnede "een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker," ingevoegd.

Art. 40. In artikel 316, §1, eerste lid, van hetzelfde besluit, worden de woorden "aangevuld door de gebruiker" vervangen door de zinsnede ", en een aanvraagformulier, ondertekend door de verstrekker en de gebruiker".

Art. 41. Aan artikel 326 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 maart 2019, wordt een vierde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

"Dit artikel is niet van toepassing op de tegemoetkomingen voor loophulpmiddelen."

Art. 42. Aan artikel 337 van hetzelfde besluit wordt een vierde lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

"Als het afleveringsdocument of de huurovereenkomst, vermeld in het derde lid, niet wordt ingediend binnen zes maanden die volgen op de dag waarop de aanvraag van de tegemoetkoming van het mobiliteitshulpmiddel volledig of gedeeltelijk is goedgekeurd conform artikel 248, §2, tweede lid, artikel 253, §4, eerste lid, artikel 256, eerste lid, artikel 258, eerste lid, of artikel 298, §1, wordt het dossier afgesloten en kan er in het kader van de voorliggende aanvraag geen tegemoetkoming meer worden verleend voor de aflevering van het mobiliteitshulpmiddel conform het eerste lid."

Art. 43. In artikel 349 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, derde lid, worden de woorden "en door de gebruiker" opgeheven;

2° in paragraaf 2, derde lid, worden de woorden "en door de gebruiker" opgeheven.

Art. 44. Aan artikel 383 van hetzelfde besluit wordt een paragraaf 3 toegevoegd, die luidt als volgt:

"§3. De minister bepaalt welke persoonsgegevens van de leden van de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen het agentschap verwerkt voor de uitbetaling van de presentiegelden en de vergoedingen, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2. Het gaat om contactgegevens, identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en het rekeningnummer van de personen in kwestie. Deze persoonsgegevens worden door het agentschap bewaard tot maximaal één jaar na het eindigen van het lidmaatschap van de betrokkene bij de Adviescommissie Mobiliteitshulpmiddelen."

Art. 45. Aan artikel 389 van hetzelfde besluit wordt een paragraaf 3 toegevoegd, die luidt als volgt:

"§3. De minister bepaalt welke persoonsgegevens van de leden van de Bijzondere Technische Commissie het agentschap verwerkt voor de uitbetaling

van de presentiegelden en de vergoedingen, vermeld in paragraaf 1 en paragraaf 2. Het gaat om contactgegevens, identificatiegegevens, met inbegrip van het INSZ-nummer, en het rekeningnummer van de personen in kwestie. Deze persoonsgegevens worden door het agentschap bewaard tot maximaal één jaar na het eindigen van het lidmaatschap van de betrokkene bij de Bijzondere Technische Commissie.”.

Art. 46. In hetzelfde besluit wordt een boek 3/4, dat bestaat uit artikel 534/13 tot en met 534/78, ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Boek 3/4. Revalidatieziekenhuizen

Deel 1. Definities

Art. 534/13. In dit boek wordt verstaan onder:

- 1° BMUC: Belgian Meaningful Use Criteria;
- 2° budget: het budget, vermeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, dat voor ieder revalidatieziekenhuis afzonderlijk wordt vastgesteld en vereffend;
- 3° dienstjaar: de periode die begint op 1 januari van een jaar en die op 31 december van hetzelfde jaar eindigt voor de revalidatieziekenhuizen;
- 4° gecoördineerde wet van 10 juli 2008: de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;
- 5° kostenplaats: een kostenplaats als vermeld in bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen;
- 6° 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;
- 7° patiënt: een gebruiker aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt of zal worden verstrekt in een revalidatieziekenhuis;
- 8° vzw IF.IC: het Instituut voor Functieclassificatie vzw - l'Institut de Classification de Fonctions asbl;
- 9° tijdelijke afwezigheid: de periode waarin de patiënt die in een revalidatieziekenhuis opgenomen is, het revalidatieziekenhuis verlaat zonder dat een einde wordt gesteld aan de zorg door een kennisgeving aan de zorgkas als vermeld in artikel 534/65, en zonder dat hij naar een ander revalidatieziekenhuis of ziekenhuis wordt overgebracht.

Deel 2. Vaststelling van het budget

Titel 1. Algemene bepalingen

Art. 534/14. De minister bepaalt jaarlijks het budget voor elk revalidatieziekenhuis voor een dienstjaar. Met behoud van de toepassing van andersluidende bepalingen in dit besluit wordt dat budget op 1 januari van elk jaar vastgesteld.

In afwijking van het eerste lid wordt het budget verhoogd vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de spilindex is overschreden, conform artikel 534/34.

Art. 534/15. Het budget is samengesteld uit de volgende delen:

- 1° het basisbudget;
- 2° het voorwaardelijke budget;
- 3° het jaarlijks herrekende budget;
- 4° het corrigerende budget.

Titel 2. Het basisbudget, vermeld in artikel 534/15, 1°

Art. 534/16. Het basisbudget dekt de kosten van de bestanddelen, vermeld in bijlage 6, die bij dit besluit is gevoegd, die niet worden gedekt door het voorwaardelijke, jaarlijks herrekende of corrigerende budget, vermeld in artikel 534/18, 534/24 en 534/28.

Art. 534/17. Het basisbudget voor het dienstjaar dat op 1 januari 2022 begint, bestaat uit het bedrag van het basisbudget voor het dienstjaar dat begint op 1 januari 2021, berekend conform artikel 242 van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, en toegekend op 1 juli 2021.

Het basisbudget voor het dienstjaar dat op 1 januari 2023 begint, en voor elk van de daaropvolgende dienstjaren bestaat uit het basisbudget voor het dienstjaar dat begint op 1 januari 2022, zoals geïndexeerd conform artikel 534/34.

Titel 3. Het voorwaardelijke budget, vermeld in artikel 534/15, 2°

Hoofdstuk 1. Onderdelen

Art. 534/18. Het voorwaardelijke budget bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1° het bedrag om de kwaliteitsbewaking te bevorderen;
- 2° het bedrag om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier te bevorderen.

Hoofdstuk 2. Bedrag om de kwaliteitsbewaking te bevorderen

Art. 534/19. In dit artikel wordt verstaan onder VIP²: het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals, dat wordt gecoördineerd door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, waarin ziekenhuizen worden aangespoord om de manier waarop ze zorg verlenen en de resultaten van hun zorgverlening aan de hand van kwaliteitsindicatoren te meten en te evalueren.

Om de kwaliteitsbewaking te bevorderen, wordt een bedrag van 124.377,49 euro verdeeld over de revalidatieziekenhuizen die een overeenkomst hebben gesloten met het agentschap Zorg en Gezondheid over de deelname aan het project VIP².

Dit onderdeel van het voorwaardelijke budget bestaat uit een forfaitair bedrag (X), dat wordt berekend op basis van de volgende formule: $X = A \times B/C$, waarbij:

- 1° A: het beschikbare bedrag, vermeld in het tweede lid;
- 2° B: het aantal erkende bedden van het revalidatieziekenhuis in kwestie;
- 3° C: het totale aantal erkende bedden van de revalidatieziekenhuizen in kwestie.

Als het bedrag (X), berekend conform het derde lid, lager dan 10.200 euro is, wordt het bedrag (X) geacht 10.200 euro te zijn.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dat bij het agentschap Zorg en Gezondheid bekend is op 31 augustus van het jaar dat voorafgaat aan het dienstjaar waarop het budget betrekking heeft.

Om dit onderdeel van het voorwaardelijke budget te behouden, bezorgen de revalidatieziekenhuizen de registratiegegevens tijdig conform de afgesproken data, bepaald in de protocollen van de indicatoren van het project VIP², aan het agentschap Zorg en Gezondheid, conform de regels, bepaald in de overeenkomst die gesloten is met het agentschap Zorg en Gezondheid over de deelname aan het project VIP².

Hoofdstuk 3. Bedrag om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier te bevorderen

Art. 534/20. Met het oog op de realisatie van het elektronisch patiëntendossier, bepaald in actiepunt 2 van de Roadmap 2.0 van het e-gezondheidsplan, waarvan de inhoud is gedefinieerd in de BMUC, die zijn opgenomen in bijlage 7, die bij dit besluit is gevoegd, wordt in een forfaitaire financiering voorzien onder de voorwaarden, vermeld in artikel 534/21 tot en met 534/23 van dit besluit.

Dit onderdeel van het voorwaardelijke budget bestaat uit een bedrag van 680.638,83 euro, dat als volgt wordt verdeeld in de vorm van forfaits:

- 1° een sokkel per revalidatieziekenhuis;
- 2° een sokkel per erkend bed;
- 3° een acceleratorbudget;
- 4° een 'early adopter'-budget.

Art. 534/21. De sokkel per revalidatieziekenhuis, vermeld in artikel 534/20, tweede lid, 1°, wordt elk jaar berekend en is identiek voor alle revalidatieziekenhuizen. Die sokkel bedraagt 5% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 534/20, tweede lid, per dienstjaar.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis jaarlijks voldoen aan de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in deel 6.

Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in deel 6, niet respecteert, wordt het toegekende bedrag voor het jaar in kwestie gerecupereerd in het volgende budget. Het gerecupereerde bedrag wordt conform dezelfde modaliteiten herverdeeld onder de andere revalidatieziekenhuizen op het moment dat het volgende budget wordt toegekend.

De sokkel per erkend bed, vermeld in artikel 534/20, tweede lid, 2°, wordt elk jaar berekend. Voor de vastlegging van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met de erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op het ogenblik van de berekening van het budget. Die

sokkel bedraagt 10% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 534/20, tweede lid, per dienstjaar.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis jaarlijks voldoen aan de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in deel 6.

Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in deel 6, niet respecteert, wordt het toegekende bedrag voor het jaar in kwestie gerecupereerd in het volgende budget. Het gerecupereerde bedrag wordt conform dezelfde modaliteiten herverdeeld onder de andere revalidatieziekenhuizen op het moment dat het volgende budget wordt toegekend.

Art. 534/22. §1. Het acceleratorbudget, vermeld in artikel 534/20, tweede lid, 3°, is een bijkomend bedrag dat wordt toegekend aan de revalidatieziekenhuizen als stimulans om het proces te accelereren. Het acceleratorbudget wordt elk jaar berekend per revalidatieziekenhuis. Het acceleratorbudget bedraagt:

- 1° voor de dienstjaren 2022 en 2023: 70% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 534/20, tweede lid;
- 2° voor elk dienstjaar vanaf het dienstjaar 2024: 85% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid.

§2. Om voor het dienstjaar 2022 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 1°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis conform artikel 248, §5, van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, stap 2 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4 die bij dat besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2021. Het revalidatieziekenhuis meldt via een verklaring op erewoord uiterlijk op 31 augustus 2021 voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op het ogenblik van de berekening van het budget.

§3. Om voor het dienstjaar 2023 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 1°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 3 van de BMUC, opgenomen in bijlage 7, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2022. Het revalidatieziekenhuis meldt via een verklaring op erewoord uiterlijk op 31 augustus 2022 voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op het ogenblik van de berekening van het budget.

§4. Om vanaf het dienstjaar 2024 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 4 van de BMUC, opgenomen in bijlage 7, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2023. Het revalidatieziekenhuis meldt via een verklaring op erewoord uiterlijk op 31 augustus 2023 voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het

agentschap Zorg en Gezondheid op het ogenblik van de berekening van het budget.

Art. 534/23. §1. Het 'early adopter'-budget, vermeld in artikel 534/20, tweede lid, 4°, is een bijkomend bedrag dat wordt toegekend aan de revalidatieziekenhuizen als stimulans om de functionaliteiten van de BMUC sneller dan de timing, vermeld in artikel 534/22, te implementeren. Het 'early adopter'-budget wordt jaarlijks voor elk revalidatieziekenhuis berekend. Het 'early adopter'-budget bedraagt 15% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 534/20, tweede lid.

Het 'early adopter'-budget wordt verdeeld onder de revalidatieziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 2 en 3, naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het moment van de berekening van het budget.

De voorwaarden, vermeld in paragraaf 2 en 3, zijn gebaseerd op een puntensysteem. Voor elke behaalde stap, vermeld in bijlage 1 van de BMUC, opgenomen in bijlage 7, die bij dit besluit is gevoegd, wordt per functionaliteit van de BMUC één punt toegekend.

§2. Om voor het dienstjaar 2022 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis conform artikel 249, §5, van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, minstens eenentwintig punten hebben behaald op 31 juli 2021. Het revalidatieziekenhuis meldt via een verklaring op erewoord uiterlijk op 31 augustus 2021 hoeveel punten het heeft behaald.

§3. Om voor het dienstjaar 2023 voor de financiering, vermeld paragraaf 1, eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis achtentwintig punten hebben behaald op 31 juli 2022. Het revalidatieziekenhuis meldt via een verklaring op erewoord uiterlijk op 31 augustus 2022 hoeveel punten het heeft behaald.

Titel 4. Het jaarlijks herrekende budget, vermeld in artikel 534/15, 3°

Hoofdstuk 1. Onderdelen

Art. 534/24. Het jaarlijks herrekende budget bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1° het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen;
- 2° het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie;
- 3° het bedrag ter compensatie van de functieclassificatie ter uitvoering van het Vijfde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 8 juni 2018 en het Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non-profitsectoren voor het dienstjaar 2022.

Hoofdstuk 2. Het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen

Art. 534/25. §1. In dit artikel wordt verstaan onder:

- 1° eindeloopbaanmaatregelen: de maatregelen, genomen in het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren, gesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;
- 2° personeelsleden:
- a) het verplegend en verzorgend personeel, vermeld in artikel 8, 5° en 8°, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008. Onder verzorgend personeel worden ook de werknemers verstaan die vallen onder een loonschaal die ermee overeenstemt;
 - b) de sociaal verpleegkundigen;
 - c) de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten en de diëtisten;
 - d) de opvoeders-begeleiders die in de zorgteams geïntegreerd zijn;
 - e) de maatschappelijke assistenten en de psychologische assistenten in de zorgunits of die in het therapeutische programma geïntegreerd zijn;
 - f) de psychologen, de orthopedagogen en de pedagogen in de zorgunits of die in het therapeutische programma geïntegreerd zijn;
 - g) de laboratoriumtechnologen;
 - h) de technologen van de medische beeldvorming;
 - i) de technici van medisch materiaal, in het bijzonder in de sterilisatiediensten;
 - j) het patiëntenvervoer;
 - k) de logistieke assistenten;
 - l) de assistenten in de ziekenhuisverzorging;
 - m) de personen, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;
- 3° verantwoorde afwezigheidsperiode: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden met werkdagen of werkuren, als ze aanleiding gegeven hebben tot het betalen van een vergoeding door de instelling. Daarin zitten ook de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op beschikbaarheid is gesteld.

De omschrijving van de beroepen, vermeld in het eerste lid, verwijst naar de reëel uitgeoefende functie.

§2. Om de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt in het jaarlijks herrekenende budget een bedrag vastgelegd.

De revalidatieziekenhuizen hebben recht op een jaarlijks bedrag ter compensatie van de maatregelen voor de vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek, op voorwaarde dat ze onderworpen zijn aan de toepassing van het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren, gesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten.

Het bedrag dekt alleen de voordelen, vermeld in dit besluit, en is alleen mogelijk als de voormelde collectieve arbeidsovereenkomst of het voormelde protocolakkoord voorziet in de volgende voordelen en als de betrokken personeelsleden die voordelen ook daadwerkelijk krijgen:

- 1° de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uur, 192 uur of 288 uur per jaar. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de bovenvermelde respectieve leeftijdsgrenzen bereikt worden. De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen ook opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26%, 10,52% of 15,78%, berekend op hun voltijdse wedde. Bij combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur. De personeelsleden werken binnen het revalidatieziekenhuis. Het personeel dat werkt in de diensten die beschouwd worden als niet-ziekenhuisactiviteiten, valt buiten beschouwing als vermeld in punt 3.3 van bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, met uitzondering van de personen die onder kostenplaats 900 tot en met 909 vallen;
- 2° het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een gelijk aantal uren van vrijstelling van prestaties of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie die gelijk is aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie. Aan de werknemers van de privésector die deeltijds tewerkgesteld zijn, zal, rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid, voorgesteld worden om binnen de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van de bovenvermelde collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35, de wekelijkse arbeidsduur die ingeschreven is in hun arbeidsovereenkomst, automatisch te verhogen. Ze krijgen eventueel een vrijstelling van de prestaties op basis van hun nieuwe contract. Bij de werknemers van de publieke sector die deeltijds tewerkgesteld zijn en voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden, is de werkgever ertoe gehouden hen drie maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in het kader voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur, ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst, verhoogd wordt naar rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties dat bepaald is voor de leeftijdscategorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede in het stelsel of zijn hoger recht in het kader van de eindeloopbaan aan de werkgever ofwel zijn akkoord met die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur te betekenen ofwel zijn weigering mee te delen. In dat laatste geval geldt voor de werknemer de vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties die is bepaald voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort, in verhouding tot zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer;
- 3° de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever verricht hebben in een of meer functies, waardoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties, namelijk prestaties op zaterdag, zondag,

feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten, of elke andere vergoeding die valt onder een collectieve arbeidsovereenkomst of een protocolakkoord, ontvangen hebben, of die een compensatierust door die prestaties gekregen hebben, worden gelijkgesteld met personeelsleden. De verantwoorde afwezigheidsperioden komen in aanmerking op basis van het gemiddelde van de rest van de referentieperiode. De werknemer die niet meer aan die voorwaarde van 200 uur onregelmatige prestaties over een referentieperiode van maximaal 24 maanden voldoet, behoudt de verkregen vrijstelling van prestatie, maar kan bij de overgang naar een hogere leeftijdscategorie een bijkomende vrijstelling van arbeidsprestaties krijgen. De deeltijdse werknemers bewijzen een aantal uren van onregelmatige prestaties dat overeenstemt met 200 uur, berekend naar verhouding van de arbeidsduur over een referentieperiode van maximaal 24 maanden. De werknemer die, op het moment dat hij de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt, geen 200 uur onregelmatige prestaties bij dezelfde werkgever gewerkt heeft of die vanaf 50 jaar niet meer aan die voorwaarde voldoet, treedt toe tot het statuut van geassimileerd personeel, en dus tot het recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op het moment dat hij die 200 uur in de loop van een periode van maximaal 24 achtereenvolgende maanden heeft uitgevoerd. De vrijstelling van arbeidsprestaties gaat dan in op de dag die in de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord dat van toepassing is, wordt bepaald;

- 4° voor de begunstigde personen van de eindeloopbaanmaatregelen vóór 1 oktober 2005 blijven die eindeloopbaanmaatregelen gelden. De begunstigde personen van de eindeloopbaanmaatregelen die vóór 1 oktober 2005 worden ingesteld, die de keuze van loonpremie hebben gemaakt, blijven de loopbaanpremie krijgen;
- 5° de werknemers die vrijgesteld zijn van prestaties, worden nog altijd beschouwd als werknemers die hun contractuele of statutaire arbeidsduur behouden;
- 6° de optie van vrijstelling is altijd definitief. Het behoud van de prestaties met premie kan daarentegen op elk ogenblik in een vrijstelling van arbeidsprestaties worden omgezet.

§3. Het bedrag, vermeld in paragraaf 2, wordt vastgesteld voor de personeelscategorieën, vermeld in het tweede lid, conform de regels, vermeld in het derde lid.

De volgende personeelscategorieën gelden:

- 1° personeelscategorie a: de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in de ziekenhuisverzorging;
- 2° personeelscategorie b: de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten, de diëtisten, de opvoeders-begeleiders, geïntegreerd in zorgteams, de maatschappelijke assistenten en de psychologische assistenten in zorgteams of geïntegreerd in het therapeutische programma, de psychologen, de orthopedagogen en de pedagogen in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutische programma, de laboratoriumtechnologen en de technologen van de medische beeldvorming;
- 3° personeelscategorie c: de verzorgenden en de werknemers, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

- 4° personeelscategorie d: het gelijkgestelde personeel, de technici van medisch materiaal, inzonderheid in sterilisatiediensten, de medewerkers patiëntenvervoer en de logistiek assistenten.

Het bedrag (F), vermeld in paragraaf 2, wordt berekend volgens de formule $F = F1 + F2$, waarbij:

- 1° F1: het verschuldigde bedrag voor de compenserende indienstneming van personeelsleden die voor de vrijstelling van de wekelijkse arbeidsprestaties opteren. F1 wordt berekend volgens de formule $F1 = A_i * T1/S * N/Y$, waarbij:

- a) Aa: 52.601,64 euro voor categorie a;
- b) Ab: 52.601,64 euro voor categorie b;
- c) Ac: 42.867,02 euro voor categorie c;
- d) Ad: 42.826,30 euro voor categorie d;
- e) T1: het wekelijkse aantal vrijgestelde uren dat de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, of de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt, compenseert;
- f) S: de wekelijkse arbeidsregeling die toegepast wordt in het revalidatieziekenhuis;
- g) N: het jaarlijkse aantal werkuren dat de werkgever moet bezoldigen ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het jaar in kwestie in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen;
- h) Y: het theoretische aantal jaarlijkse werkuren dat de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn daad van individuele benoeming of het aanhangsel bij zijn arbeidsovereenkomst, in geval van verhoging van de werktijd, moet presteren;

- 2° F2: het bedrag voor de premie. F2 wordt berekend volgens de formule $F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$, waarbij:

- a) Aa: 72.569,30 euro voor categorie a;
- b) Ab: 72.569,30 euro voor categorie b;
- c) Ac: 54.048,80 euro voor categorie c;
- d) Ad: 48.836,69 euro voor categorie d;
- e) H: het equivalent van het wekelijkse aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer ten opzichte van zijn leeftijd;
- f) T2: het aantal per week te presteren uren dat voortvloeit uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, die in voorkomend geval uitgeoefend zijn in de functie waarvoor de maatregel geldt;
- g) S: de wekelijkse arbeidsregeling, toegepast in het revalidatieziekenhuis;
- h) N: het jaarlijkse aantal werkuren dat de werkgever bezoldigt in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het jaar in kwestie;
- i) Y: het theoretische jaarlijkse aantal werkuren dat de begunstigde moet presteren volgens zijn arbeidsovereenkomst of zijn individuele benoeming.

§4. De revalidatieziekenhuizen verstrekken de volgende gegevens voor de uitwerking van het bedrag, vermeld in paragraaf 2:

- 1° een uniek identificatienummer per personeelslid;
- 2° de geboortedatum;

- 3° de functie;
- 4° de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven;
- 5° de kostenplaats waar de lasten in rekening worden gebracht;
- 6° het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat het personeelslid kan verkrijgen ten opzichte van zijn leeftijd;
- 7° de wekelijkse uurregeling in het revalidatieziekenhuis;
- 8° het aantal uren dat het personeel moet presteren, zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte, in voorkomend geval verminderd naar verhouding van de prestaties die het personeelslid verricht heeft in de functie die het voordeel van de maatregel, vermeld in deze paragraaf, verantwoordt;
- 9° de datum van de aanwerving;
- 10° de eventuele vertrekdatum;
- 11° in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uren in 24 maanden;
- 12° de door de werkgever niet-bezoldigde periodes van afwezigheid, alsook de aard ervan. Dit zijn niet-gelijkgestelde dagen of uren.

De revalidatieziekenhuizen verstrekken de gegevens, vermeld in het eerste lid, aan het agentschap Zorg en Gezondheid conform de voorwaarden, vermeld in artikel 534/46 en 534/47, 3°.

Als de ziekenhuisbeheerder de gegevens, vermeld in het eerste lid, niet binnen de termijn, vermeld in artikel 534/46, aan het agentschap Zorg en Gezondheid verstrekt, worden de bedragen, vermeld in paragraaf 5, teruggevorderd.

§5. Het bedrag, vermeld in paragraaf 2, wordt jaarlijks berekend conform paragraaf 3. Het bedrag voor het dienstjaar n wordt berekend op basis van de verstrekte gegevens van het dienstjaar n-2.

Voor de dienstjaren tot en met 2016, waarvoor het bedrag wordt berekend conform artikel 79, §3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, wordt een inhaalbedrag vereffend conform artikel 534/30, §1.

§6. Voor de personeelsleden die hebben geopteerd voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, bewijst de ziekenhuisbeheerder dat de vrijgemaakte arbeidstijd en de toegekende financiering gecompenseerd zijn door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur door de personeelsleden. De volgende werknemers komen niet in aanmerking: de voltijdse werknemers voor wie de eindloopbaanmaatregelen gelden, en de werknemers voor wie het revalidatieziekenhuis al een financiering van een overheidsinstantie krijgt in het kader van het arbeidsbeleid.

De totale hoeveelheid per personeelscategorie, vermeld in paragraaf 3, tweede lid, te compenseren uren van het personeel wordt prioritair door dezelfde personeelscategorie van het personeel gecompenseerd.

De toegekende financiering wordt, in voorkomend geval, begrensd tot het werkelijke totale aantal vervangingen. Daarvoor bezorgt de ziekenhuisbeheerder

tegelijk met de gegevens, vermeld in paragraaf 4, eerste lid, de volgende gegevens:

- 1° een uniek identificatienummer per personeelslid;
- 2° de geboortedatum;
- 3° de datum van in- en uitdiensttreding;
- 4° de functie;
- 5° de wekelijkse compensatiewerktijd van de nieuwe werknemer of de verhoging van de uurprestaties van de werknemer in functie die zijn werktijd verhoogt;
- 6° de perioden van afwezigheid die de werkgever niet bezoldigt, en de aard ervan. Dit zijn niet-gelijkgestelde dagen of uren;
- 7° de kostenplaats voor imputatie;
- 8° de datum van de start van het bijvoegsel bij de overeenkomst van de werknemer die de werktijd verhoogt, of de overeenkomst van de nieuwe werknemer;
- 9° de einddatum van de overeenkomst.

§7. De ziekenhuisbeheerder bezorgt de ondernemingsraad of het plaatselijke overlegcomité een jaarlijkse inventaris van de eindeloopbaanmaatregelen.

Hoofdstuk 3. Het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie

Art. 534/26. In dit artikel wordt onder toegelaten voltijds equivalenten verstaan: de werknemers, vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst van 30 juni 2006, gesloten in het Paritair Comité voor de gezondheidsdiensten, tot uitvoering van punt 10 van het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren voor de privésector.

Om het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in punt 10 van het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren, gesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt 13 van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, te financieren, wordt in het jaarlijks herrekenende budget in een budget voorzien conform het derde en vierde lid.

Voor het complement van de attractiviteitspremie die aan alle werknemers van de openbare revalidatieziekenhuizen wordt toegekend, wordt aan elk revalidatieziekenhuis een bedrag toegekend dat wordt berekend door het aantal toegelaten voltijds equivalenten van het revalidatieziekenhuis te vermenigvuldigen met 836,22 euro. Die 836,22 euro omvat 620,93 euro, verhoogd met de werkgeversbijdrage.

Voor het complement van de attractiviteitspremie die aan alle werknemers van de private revalidatieziekenhuizen wordt toegekend, wordt aan elk revalidatieziekenhuis een bedrag toegekend dat wordt berekend door het aantal toegelaten voltijds equivalenten van het revalidatieziekenhuis te vermenigvuldigen met 867,60 euro. Die 867,60 euro omvat 644,21 euro, verhoogd met de werkgeversbijdrage.

De revalidatieziekenhuizen verstrekken de volgende gegevens voor de uitwerking van de bedragen, vermeld in het derde en het vierde lid:

- 1° een uniek identificatienummer per personeelslid;
- 2° de functie;
- 3° het aantal uren dat het personeel moet presteren, zoals vastgelegd in het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte.

Het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie wordt elk dienstjaar opnieuw berekend. Het bedrag voor het dienstjaar n wordt berekend op basis van de verstrekte gegevens, vermeld in het vijfde lid, van het dienstjaar n-2.

Voor de dienstjaren tot en met 2016, waarvoor het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie wordt berekend conform artikel 79bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, wordt een inhaalbedrag vereffend conform artikel 534/30, §2, van dit besluit.

Hoofdstuk 4. Het bedrag ter compensatie van de functieclassificatie ter uitvoering van het Vijfde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 8 juni 2018 en het Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non-profitsectoren voor het dienstjaar 2022.

Art. 534/27. Om de loonsverhoging ter uitvoering van het Vijfde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 8 juni 2018 en het Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non-profitsectoren voor het dienstjaar 2022 te financieren, wordt in het jaarlijks herrekende budget van de private revalidatieziekenhuizen in een budget voorzien.

Het budget, vermeld in het eerste lid, bedraagt 5.427.541,49 euro. Dat budget wordt enerzijds verhoogd met een factor die de stijging van de loonkosten uitdrukt op basis van de evolutie van de index, van de anciënniteit en van het aantal voltijds equivalenten. Anderzijds wordt dat budget verminderd met de voorafname in het kader van de versterking van de tweede pensioenpijler, zoals bepaald in het Vijfde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 8 juni 2018 en het Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021.

Het budget, vermeld in het eerste lid, wordt provisioneel verdeeld over de private revalidatieziekenhuizen, rekening houdend met het aantal voltijds equivalenten van personeelsleden per revalidatieziekenhuis dat conform artikel 534/26 in aanmerking komt voor de berekening van het complement van de attractiviteitspremie.

De definitieve verdeling van het budget, vermeld in het eerste lid, wordt bepaald op basis van de berekening die de vzw IF.IC in maart 2023 aan het agentschap Zorg en Gezondheid meedeelt. Daarbij wordt er rekening mee gehouden dat het bedrag, vermeld in het tweede lid, niet mag worden overschreden. Daartoe wordt conform artikel 534/30, §5, voorzien in een corrigerend bedrag voor het dienstjaar 2024.

Titel 5. Het corrigerende budget, vermeld in artikel 534/15, 4°

Art. 534/28. Het corrigerende budget bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1° de correcties voor de voorbije dienstjaren, vastgesteld conform artikel 534/29;

- 2° de inhaalbedragen voor een tekort of een teveel aan ontvangsten ten opzichte van het budget voor het lopende dienstjaar of het budget dat vastgesteld is voor een of meer van de vorige dienstjaren, namelijk:
 - a) de bedragen, vastgesteld conform artikel 534/30;
 - b) de bedragen, vastgesteld conform artikel 534/31;
- 3° de bedragen in geval van sluiting of opening van ziekenhuisbedden, vastgesteld conform artikel 534/32;
- 4° de bedragen voor de afrekening van de provisionele bedragen die conform artikel 534/33 zijn vastgesteld.

Art. 534/29. Een tekort of een teveel aan ontvangsten voor de voorbije dienstjaren wordt verrekend in het corrigerende budget van het dienstjaar dat volgt op het jaar waarin de fout is vastgesteld. De correcties voor de dienstjaren tot en met 2018 worden berekend conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018.

Art. 534/30. §1. Om de eindeloopbaanmaatregelen, vermeld in artikel 534/25, te financieren, wordt voor de dienstjaren tot en met 2016 in een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is het verschil tussen het definitieve en het provisionele bedrag, berekend conform artikel 79, §3, 3°, van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018.

§2. Om het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in artikel 534/26, te financieren, wordt, voor de dienstjaren tot en met 2016 in een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is het verschil tussen het bedrag dat inbegrepen is in het budget van financiële middelen voor de jaren, vermeld in het eerste lid, en het bedrag dat voor die jaren wordt berekend conform artikel 79bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, en op basis van de verstrekte gegevens voor dat jaar.

§3. Om de loonsverhoging door de functieclassificatie, vermeld in artikel 252/1 van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, te financieren voor de dienstjaren 2020 en 2021, wordt een corrigerend bedrag vastgesteld in respectievelijk het corrigerende budget voor de dienstjaren 2022 en 2023.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is het verschil tussen het provisionele bedrag dat het revalidatieziekenhuis conform artikel 252/1, vierde lid, van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, ontvangt en het bedrag dat de vzw IF.IC voor dat revalidatieziekenhuis conform artikel 252/1, vijfde lid, van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, meedeelt.

§4. Om de loonsverhoging door de functieclassificatie, vermeld in artikel 252/2 van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, te financieren voor het dienstjaar 2021, wordt een corrigerend bedrag vastgesteld in het corrigerende budget voor het dienstjaar 2023.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is het verschil tussen het provisionele bedrag dat het revalidatieziekenhuis conform artikel 252/2, derde lid, van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, ontvangt, en het bedrag dat de vzw IF.IC voor dat revalidatieziekenhuis conform artikel 252/2, vierde lid, van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, meedeelt.

§5. Om de loonsverhoging door de functieclassificatie, vermeld in artikel 534/27, te financieren voor het dienstjaar 2022, wordt een corrigerend bedrag vastgesteld in het corrigerende budget voor het dienstjaar 2024.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, is het verschil tussen het provisionele bedrag dat het revalidatieziekenhuis conform artikel 534/27, derde lid, ontvangt, en het bedrag dat de vzw IF.IC voor dat revalidatieziekenhuis conform artikel 534/27, vierde lid, meedeelt.

Art. 534/31. Voor de herziening van de opsplitsing van het vaste en variabele gedeelte van het budget dat conform artikel 534/36, §2, bij de beëindiging van elk dienstjaar wordt berekend, wordt in een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

Art. 534/32. Bij een vermindering van het aantal erkende ziekenhuisbedden in een revalidatieziekenhuis wordt 80% van het basisbudget proportioneel verminderd in verhouding tot de vermindering van de bedcapaciteit.

Bij een vermeerdering van het aantal erkende ziekenhuisbedden in een revalidatieziekenhuis:

- 1° door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden in een ander revalidatieziekenhuis wordt het basisbudget vermeerderd met het bedrag waarmee het basisbudget van het andere revalidatieziekenhuis is verminderd;
- 2° door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden in een ziekenhuis, die voortvloeit uit een samenwerkingsakkoord dat gesloten is tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid conform artikel 47/9, §5, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, wordt het basisbudget vermeerderd met een bedrag dat wordt bepaald door de Vlaamse Regering;
- 3° wordt in alle andere gevallen dan de gevallen, vermeld in punt 1° en 2°, 80% van het basisbudget proportioneel vermeerderd in verhouding tot de vermeerdering van de bedcapaciteit.

Art. 534/33. Er wordt een bedrag ter beschikking gesteld in het corrigerende budget voor de afrekening van provisioneel toegekende bedragen.

Voor het dienstjaar 2022 wordt een bedrag ter beschikking gesteld dat berekend wordt als het verschil tussen het provisioneel toegekende bedrag, vermeld in artikel 249/1 van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, en de werkelijke kosten van het ziekenvervoer om de COVID-19-pandemie te beheersen. De minister bepaalt de manier waarop het revalidatieziekenhuis de werkelijke kosten moet staven in de overeenkomst, vermeld in artikel 249/1 van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021.

Titel 6. Indexering van het budget

Art. 534/34. De volgende delen van het budget, vermeld in artikel 534/15, worden geïndexeerd conform het derde lid:

- 1° 97% van het basisbudget;
- 2° 100% van het voorwaardelijke budget;
- 3° 100% van het jaarlijks herrekenende budget.

Het corrigerende budget wordt niet geïndexeerd.

De delen van het budget, vermeld in het eerste lid, en de bedragen, vermeld in dit besluit, zijn, tenzij het anders is vermeld, gekoppeld aan het spilindexcijfer 107,20 (basis=2013) en worden aangepast conform de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Deel 3. Kennisgeving van de beslissing

Art. 534/35. De beslissing van de minister over de vaststelling van het budget, vermeld in artikel 534/14 en 534/40, wordt aan de ziekenhuisbeheerder meegedeeld door het agentschap Zorg en Gezondheid.

Als de ziekenhuisbeheerder niet akkoord gaat met de berekening van het budget, kan hij binnen dertig dagen nadat hij de beslissing over de vaststelling van het budget heeft ontvangen, bezwaar aantekenen bij de minister met een aangetekende zending die gericht is aan de leidend ambtenaar.

De beslissing van de minister over het bezwaar wordt binnen dertig dagen nadat hij het bezwaar heeft ontvangen, aan de ziekenhuisbeheerder meegedeeld.

Als de ziekenhuisbeheerder geen bezwaar heeft ingediend conform het tweede lid, wordt hij van rechtswege geacht akkoord te gaan met de vaststelling van het budget.

Deel 4. Vereffening van het budget

Titel 1. Vaststelling van het vaste en het variabele gedeelte van het budget

Art. 534/36. §1. Het vaste gedeelte van het budget wordt gevormd door 80% van het basisbudget, vermeld in artikel 534/16, vermeerderd met het voorwaardelijke budget, het jaarlijks herrekende budget en het corrigerende budget, vermeld in artikel 534/18, 534/24 en 534/28.

Het variabele gedeelte van het budget wordt gevormd door 20% van het basisbudget.

§2. Zowel het vaste als het variabele gedeelte wordt in twee gedeelten opgesplitst. Het ene gedeelte wordt berekend op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008. Het andere gedeelte wordt berekend op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de patiënten, vermeld in artikel 116 van de voormelde wet.

Zodra het dienstjaar is beëindigd, wordt de opsplitsing van het vaste en variabele gedeelte op basis van de specifieke gegevens van dat dienstjaar herzien om de opsplitsing, vermeld in het eerste lid, in overeenstemming te brengen met de reële verhouding tussen het aantal patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, enerzijds, en artikel 116 van de

gecoördineerde wet van 10 juli 2008, anderzijds. Die herziening wordt verrekend in het corrigerende budget conform artikel 534/31.

Titel 2. Vereffening van het budget voor de patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008

Art. 534/37. Voor de patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, wordt het vaste gedeelte, vermeld in artikel 534/36, §1, eerste lid, van dit besluit, door de zorgkassen in twaalfden vereffend, in evenredigheid met hun respectieve aandeel in de gerealiseerde verpleegdagen in de loop van het laatst bekende dienstjaar voor het revalidatieziekenhuis in kwestie.

Voor de patiënten, vermeld in het eerste lid, wordt het variabele gedeelte, vermeld in artikel 534/36, §1, tweede lid, volledig vereffend volgens een prijs per verpleegdag. De prijs per verpleegdag wordt bepaald door het variabele gedeelte te delen door de verpleegdagen die tijdens het laatst bekende dienstjaar gerealiseerd zijn voor patiënten die onder deze titel vallen.

De zorgkassen betalen het vaste gedeelte van het budget, vermeld in artikel 534/36, §1, eerste lid, uiterlijk op de vijfde dag van iedere maand aan de revalidatieziekenhuizen. De minister kan de modaliteiten van de betaling bepalen.

Titel 3. Vereffening van het budget voor de patiënten, vermeld in artikel 116 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008

Art. 534/38. Voor de patiënten, vermeld in artikel 116 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, stelt de minister een prijs per verpleegdag vast. Het vaste en het variabele gedeelte van het budget, vermeld in artikel 534/36, §1, worden opgeteld en gedeeld door de verpleegdagen die tijdens het laatst bekende dienstjaar gerealiseerd zijn.

Titel 4. Gevolgen van de niet-naleving van voorwaarden

Art. 534/39. §1. Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden, vermeld in deel 5, niet naleeft, stuurt het agentschap Zorg en Gezondheid het revalidatieziekenhuis elektronisch een herinnering die een termijn van dertig dagen vaststelt om te voldoen aan de voorwaarden.

Als het agentschap Zorg en Gezondheid bij het verstrijken van de termijn, vermeld in het eerste lid, vaststelt dat de ziekenhuisbeheerder niet het gewenste gevolg heeft gegeven, vermindert de minister het budget van het revalidatieziekenhuis met maximaal 30% vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de termijn is verstreken, tot het revalidatieziekenhuis aan de voorwaarden voldoet. Om de duur van die sanctie vast te stellen, wordt elke begonnen maand als een volledige maand beschouwd. De hoogte van het percentage staat in verhouding tot de zwaarwichtigheid van de inbreuk en de herhaling ervan.

§2. Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden, vermeld in deel 6, niet naleeft, stuurt het agentschap Zorg en Gezondheid het revalidatieziekenhuis elektronisch een herinnering die een nieuwe termijn van dertig dagen vaststelt om de gegevens, vermeld in deel 6, mee te delen.

Als het agentschap Zorg en Gezondheid bij het verstrijken van de termijn, vermeld in het eerste lid, vaststelt dat de ziekenhuisbeheerder niet het gewenste gevolg heeft gegeven, vermindert de minister het budget van het revalidatieziekenhuis met 10% vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de termijn is verstreken, tot de gevraagde gegevens in het bezit zijn van het agentschap Zorg en Gezondheid. Om de duur van die sanctie vast te stellen, wordt elke begonnen maand als een volledige maand beschouwd.

Als het agentschap Zorg en Gezondheid zes maanden na het verstrijken van de termijn, vermeld in het eerste lid, vaststelt dat de ziekenhuisbeheerder niet het gewenste gevolg heeft gegeven, wordt het gedeelte van het budget dat betrekking heeft op de ontbrekende gegevens bij de eerstvolgende vaststelling van het budget, gelijkgesteld aan nul.

Art. 534/40. De minister kan de toekenning van het budget of een gedeelte ervan stopzetten als het revalidatieziekenhuis niet beschikt over de vereiste erkenning, vermeld in artikel 58, 66 en 67 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, de vergunning, vermeld in artikel 39 van de voormelde wet, of de toelating, vermeld in artikel 54 en 57 van de voormelde wet. Die stopzetting geldt voor het budget of het gedeelte ervan dat betrekking heeft op die erkenning, vergunning of toelating.

De minister kan een beslissing als vermeld in het eerste lid, pas nemen nadat het agentschap Zorg en Gezondheid aan het revalidatieziekenhuis elektronisch een herinnering heeft gestuurd om zijn verplichtingen na te komen binnen een termijn die agentschap Zorg en Gezondheid heeft bepaald, en het revalidatieziekenhuis daaraan geen gevolg heeft gegeven.

Deel 5. Verklaring bij opname

Art. 534/41. §1. Uiterlijk bij de aanvang van een opname wordt aan de patiënt of aan de persoon die, conform artikel 12 tot en met 14 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, een patiënt kan vertegenwoordigen, hierna "de vertegenwoordiger" te noemen, een bundel documenten ter ondertekening aangeboden.

Die bundel documenten bevat:

- 1° een opnameverklaring, opgemaakt conform het model dat opgenomen is in bijlage 8 of 9, die bij dit besluit zijn gevoegd, al naargelang het gaat om een klassieke opname in een revalidatieziekenhuis of een daghospitalisatie in een revalidatieziekenhuis;
- 2° een document met de nodige toelichting bij de opnameverklaring volgens het model dat opgenomen is in bijlage 10, die bij dit besluit is gevoegd.

De bundel documenten informeert de patiënt over de financiële implicaties van een opname in het revalidatieziekenhuis. Het revalidatieziekenhuis besteedt er, bij voorkeur voorafgaand aan de opname en uiterlijk op het moment van de opname zelf, de nodige tijd aan om de inhoud van de opnameverklaring en de financiële implicaties van een opname in het revalidatieziekenhuis aan de hand van het toelichtingsdocument, vermeld in het tweede lid, 2°, mondeling toe te lichten.

§2. Een overzichtslijst met de actuele prijzen van de goederen en diensten die in het revalidatieziekenhuis aangeboden worden, wordt in het revalidatieziekenhuis ter beschikking gesteld van de patiënt. Het revalidatieziekenhuis informeert de patiënt duidelijk en uitdrukkelijk waar de overzichtslijst in het revalidatieziekenhuis geconsulteerd kan worden. Daarnaast publiceert het revalidatieziekenhuis de overzichtslijst op zijn website.

§3. In paragraaf 1, tweede lid, 1^o, wordt verstaan onder daghospitalisatie: het geheel van geplande diagnostische of therapeutische verrichtingen in de verschillende medische disciplines, waarbij de patiënt op dezelfde dag als die waarop hij is opgenomen, uit het revalidatieziekenhuis ontslagen wordt. Die verrichtingen vereisen de daadwerkelijke inzet van medisch, verpleegkundig of paramedisch personeel van het revalidatieziekenhuis vanwege de medische toestand van de patiënt die behoefte heeft aan een verlengd medisch of verpleegkundig toezicht of door de medisch-technische complexiteit van de procedure en de veiligheid van de patiënt.

§4. De cursieve tekst in de modellen die opgenomen zijn in bijlage 8, 9 en 10, die bij dit besluit zijn gevoegd, geven de passages aan die het revalidatieziekenhuis kan weglaten als ze niet van toepassing zijn in het revalidatieziekenhuis in kwestie. Als de titel van een rubriek in de modellen cursief gedrukt staat, kan die hele rubriek weggelaten worden als de inhoud van die rubriek in het revalidatieziekenhuis of bij een specifieke opname niet van toepassing is. Elke andere wijziging, weglating of toevoeging in de modellen die opgenomen zijn in bijlage 8, 9 en 10, die bij dit besluit zijn gevoegd, is niet toegelaten.

De ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis ziet er in het bijzonder op toe dat alle elementen die in de opnameverklaring in procent uitgedrukt zijn, behoorlijk zijn ingevuld en geactualiseerd, en dat alle andere gevraagde informatie wordt verstrekt.

In afwijking van het eerste lid mogen revalidatieziekenhuizen die noch kamersupplementen, noch ereloon-supplementen aanrekenen, ook afwijken van de niet-cursief gedrukte tekst van de modellen die opgenomen zijn in bijlage 8, 9 en 10, die bij dit besluit zijn gevoegd. Ze mogen de patiënt op een vereenvoudigde manier informeren over de financiële implicaties van een opname in het revalidatieziekenhuis.

§5. De opnameverklaring wordt volledig ingevuld.

De opnameverklaring wordt in twee exemplaren opgemaakt en ondertekend, waarvan de ziekenhuisbeheerder en de patiënt of zijn vertegenwoordiger ieder één exemplaar ontvangen. Het gebruik van doorslagpapier of een elektronische handtekening is daarbij toegestaan. De patiënt ontvangt altijd een papieren versie van de ondertekende opnameverklaring, ook als de opnameverklaring elektronisch ondertekend is.

Het revalidatieziekenhuis bewaart de ondertekende opnameverklaring minstens gedurende een periode van twee jaar nadat de laatste factuur verstuurd

is die betrekking heeft op de opname die aanleiding heeft gegeven tot de ondertekening van de opnameverklaring in kwestie.

Art. 534/42. De overzichtslijst, vermeld in artikel 534/41, §2, met de actuele prijzen van de goederen en diensten die in het revalidatieziekenhuis aangeboden worden, maakt een onderscheid tussen de kosten die verbonden zijn aan het comfort van de kamer, de kosten voor eten en drinken, de kosten voor hygiënische producten, de kosten voor de was, de kosten voor de begeleider van de patiënt en de kosten voor andere diverse goederen en diensten.

Als een forfaitair bedrag wordt toegepast om het gebruik van de verschillende voormelde goederen en diensten te dekken, worden de goederen en diensten gespecificeerd die door dat forfait worden gedekt.

Art. 534/43. Ongeacht de regeling die van toepassing is voor de inning van de erelonen, vermeldt de ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis in de opnameverklaring welk percentage de artsen van het revalidatieziekenhuis ten opzichte van de verbintenistarieven hanteren bij de bepaling van de supplementen. In de gevallen waarin dat niet bij wet is opgelegd, kan de ziekenhuisbeheerder verduidelijken dat het om maximumpercentages gaat.

Art. 534/44. De ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis stelt aan iedereen die zich vooraf wil informeren, een exemplaar ter beschikking van de opnameverklaring met daarin de geldende tarieven, waaronder de tarieven die specifiek voor het revalidatieziekenhuis zijn vastgesteld.

Elk revalidatieziekenhuis moet, op eenvoudig verzoek van het agentschap Zorg en Gezondheid, een exemplaar van de opnameverklaringen die in het revalidatieziekenhuis gebruikt worden, kunnen voorleggen. Op de opnameverklaringen zijn de tarieven ingevuld die in het revalidatieziekenhuis gelden. Als dat van toepassing is, zijn ze aangepast volgens de mogelijkheden, vermeld in artikel 534/41, §4.

Deel 6. Melding van gegevens

Art. 534/45. De gegevens over de financiële toestand en de bedrijfsuitkomsten omvatten:

- 1° de eindbalans;
- 2° de resultatenrekening, opgesplitst per activiteitscentrum;
- 3° een tabel waarin de samenstellende elementen van de verdeelsleutels, toegepast in de beheersboekhouding, overzichtelijk worden weergegeven;
- 4° het verslag van de bedrijfsrevisor, vermeld in artikel 88 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008.

De gegevens die noodzakelijk zijn voor de vaststelling van het budget, omvatten:

- 1° het jaaroverzicht van het aantal verpleegdagen dat gerealiseerd is gedurende het dienstjaar in kwestie, alsook de uitsplitsing van die dagen per betalingsinstelling;
- 2° de gegevens over de eindeloopbaanmaatregelen, vermeld in artikel 534/25, §4, eerste lid, en §6, derde lid;

3° de gegevens over het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in artikel 534/26, vijfde lid.

De gegevens over de activiteiten en de kwaliteitsopvolging omvatten:

- 1° het maandoorzicht van de volgende gegevens voor de maand in kwestie, enerzijds voor alle patiënten en anderzijds voor de patiënten voor wie de zorgkassen, vermeld in artikel 534/37, een financiële tegemoetkoming hebben verleend:
- a) de verpleegdagen;
 - b) de opnamen in het revalidatieziekenhuis;
- 2° de ontslagen uit het revalidatieziekenhuis;
- 3° de door de Vlaamse Regering nader te bepalen gegevens over de activiteiten en de kwaliteitsopvolging van het revalidatieziekenhuis.

De gegevens die verband houden met de medische activiteiten, mogen geen gegevens bevatten die de natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben, rechtstreeks identificeren. Er mogen geen handelingen worden verricht die erop gericht zijn om die gegevens in verband te brengen met de geïdentificeerde natuurlijke persoon waarop ze betrekking hebben, tenzij die handelingen nodig zijn om ambtenaren, aangestelden of adviserende artsen die aangewezen zijn als vermeld in artikel 127 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, de waarachtigheid van de meegedeelde gegevens te laten nagaan.

Art. 534/46. De gegevens, vermeld in artikel 534/45, worden uiterlijk op 31 augustus van het jaar dat volgt op het jaar waarop ze betrekking hebben, meegedeeld aan het agentschap Zorg en Gezondheid.

Art. 534/47. De gegevens, vermeld in artikel 534/45, worden als volgt meegedeeld:

- 1° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, eerste lid, 1°, 2° en 4°, conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen;
- 2° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, eerste lid, 3°, conform de modaliteiten die de minister bepaalt;
- 3° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, tweede lid, conform de modaliteiten die het agentschap Zorg en Gezondheid bepaalt;
- 4° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, derde lid, 1°, conform de modaliteiten die het agentschap Zorg en Gezondheid bepaalt;
- 5° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, derde lid, 2°, conform de voorwaarden die de Vlaamse Regering bepaalt.

Art. 534/48. De stukken tot staving van de gegevens, vermeld in artikel 534/45, eerste lid, worden gedurende tien jaar bewaard door het revalidatieziekenhuis.

De stukken tot staving van de gegevens, vermeld in artikel 534/45, tweede lid en derde lid, worden gedurende vijf jaar bewaard door het revalidatieziekenhuis.

Art. 534/49. De revalidatieziekenhuizen houden de voor- en achternaam, het professionele adres, het telefoonnummer en het e-mailadres van de volgende personen ter beschikking van het agentschap Zorg en Gezondheid:

- 1° de directeur, de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement van het revalidatieziekenhuis;

- 2° de personen die ervoor verantwoordelijk zijn de gegevens, vermeld in artikel 534/45, eerste lid, van het revalidatieziekenhuis mee te delen;
- 3° de persoon of personen die ervoor verantwoordelijk zijn de statistische gegevens, vermeld in artikel 534/45, van het revalidatieziekenhuis mee te delen;
- 4° de functionaris voor gegevensbescherming, vermeld in punt 9°quater, e), van deel I, punt III van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

De persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid, worden verwerkt om snel een communicatie met het revalidatieziekenhuis, zowel een algemene communicatie als communicatie met betrekking tot het bekomen van de gegevens nodig voor het vaststellen van budget, te kunnen voeren.

Het revalidatieziekenhuis bewaart de persoonsgegevens, vermeld in het eerste lid, tot één jaar na vertrek van de betrokkene.

Art. 534/50. De minister of het agentschap Zorg en Gezondheid kan bij de ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis alle gegevens opvragen die nuttig zijn voor de vaststelling van het budget.

Deel 7. Tegemoetkomingen voor de verpleegdagen

Titel 1. Algemeen

Art. 534/51. Een tegemoetkoming voor een verpleegdag als vermeld in artikel 534/37, tweede lid, is verschuldigd voor elke verpleegdag die ten minste één nacht behelst. Dat wil zeggen een opname die begint vóór middernacht en eindigt na acht uur de volgende dag.

De dag van opname en de dag van ontslag worden samen als één verpleegdag beschouwd en aangerekend als volgt:

- 1° de verpleegdag wordt aangerekend op de dag van opname als de opname vóór 12 uur en het ontslag vóór 14 uur plaatsvond;
- 2° de verpleegdag wordt aangerekend op de dag van ontslag als de opname na 12 uur plaatsvond, ongeacht het uur van vertrek op de dag van ontslag.

In afwijking van het tweede lid worden de dag van opname en de dag van ontslag als twee hospitalisatiedagen beschouwd als de opname van de patiënt op de dag van opname vóór 12 uur plaatsvond en als het vertrek van de patiënt op de dag van zijn ontslag uit het revalidatieziekenhuis na 14 uur plaatsvond. In dat geval mogen er twee verpleegdagen worden aangerekend.

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

Bij tijdelijke afwezigheid van de patiënt mag de dag van vertrek alleen worden aangerekend als de patiënt het revalidatieziekenhuis verlaat na 14 uur en mag de dag van terugkeer alleen worden aangerekend als de patiënt vóór 12 uur naar het revalidatieziekenhuis terugkeert.

De duur van de tijdelijke afwezigheid mag niet meer dan vijf dagen bedragen. De datum van terugkeer van de patiënt naar het revalidatieziekenhuis wordt vastgesteld bij het begin van de tijdelijke afwezigheid.

Art. 534/52. Een tegemoetkoming voor een verpleegdag mag niet gecumuleerd worden met:

- 1° een tegemoetkoming voor een verblijf in een ander revalidatieziekenhuis tijdens dezelfde periode;
- 2° een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatievoorziening tijdens dezelfde periode, tenzij die revalidatievoorziening zich bevindt in het revalidatieziekenhuis waar de patiënt is opgenomen;
- 3° een tegemoetkoming voor het gebruik van een multidisciplinair begeleidingsequipe als het gebruik dezelfde periode bestrijkt;
- 4° een tegemoetkoming voor het gebruik van of het verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging of een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode;
- 5° een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode;
- 6° een vergoeding voor een ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering als het verblijf plaatsvindt op dezelfde dag.

Titel 2. Persoonlijk aandeel en extra vergoedingen

Art. 534/53. In de revalidatieziekenhuizen kan een persoonlijk aandeel worden aangerekend aan de patiënt. Het persoonlijke aandeel is een financiële bijdrage van de patiënt in de zorgkosten.

Een persoonlijk aandeel kan alleen worden aangerekend als aan de patiënt een tegemoetkoming voor de verpleegdagen wordt toegekend.

Art. 534/54. In de revalidatieziekenhuizen kunnen extra vergoedingen worden aangerekend aan de patiënt. Extra vergoedingen zijn kosten voor de patiënt voor diensten en goederen die verricht of geleverd worden door het revalidatieziekenhuis, en die niet worden vergoed door de tegemoetkoming voor de verpleegdagen, noch door het persoonlijke aandeel.

Extra vergoedingen kunnen alleen worden aangerekend aan de patiënt aan wie een tegemoetkoming voor de verpleegdagen wordt toegekend, voor zover die extra vergoedingen limitatief vermeld worden in de toelichting die conform artikel 534/41 aan de patiënt wordt gegeven.

Art. 534/55. Voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis bedraagt het persoonlijke aandeel voor de eerste dag van het verblijf 43,84 euro. Vanaf de tweede dag van het verblijf bedraagt het persoonlijke aandeel 16,57 euro per dag

In afwijking van het eerste lid bedraagt het persoonlijke aandeel vanaf de eerste dag 16,57 euro per dag in de volgende gevallen:

- 1° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een ziekenhuis als vermeld in artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008;

- 2° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een revalidatieziekenhuis;
- 3° het verblijf begint binnen zes maanden na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis als vermeld in artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008;
- 4° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag waarop een opname voor residentiële revalidatie in een revalidatievoorziening is beëindigd.

Art. 534/56. In afwijking van artikel 534/55 bedraagt het persoonlijke aandeel voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis de eerste dag van het verblijf 33,16 euro en vanaf de tweede dag van het verblijf 5,89 euro per dag voor de volgende categorieën van patiënten:

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

In afwijking van het eerste lid bedraagt het persoonlijke aandeel voor de categorieën van patiënten, vermeld in het eerste lid, vanaf de eerste dag 5,89 euro per dag in de volgende gevallen:

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

Art. 534/57. In afwijking van artikel 534/55 bedraagt het persoonlijke aandeel van de patiënten met recht op een verhoogde tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis vanaf de eerste dag 5,89 euro per dag.

Art. 534/58. De bedragen, vermeld in artikel 534/55 tot en met 534/57, worden gekoppeld aan het spilindexcijfer 107,20 (basis 2013=100) en aangepast aan de evolutie van het indexcijfer, vermeld in het tweede lid.

De aanpassing van de bedragen in functie van de evolutie van het indexcijfer, vermeld in het eerste lid, wordt berekend en toegepast conform artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen. Bij overschrijding van de spilindex wordt de verhoging toegepast vanaf 1 januari van het jaar dat volgt op het moment dat het indexcijfer het cijfer bereikt dat een wijziging rechtvaardigt.

Titel 3. Opname

Art. 534/59. Bij elke opname van een patiënt in een revalidatieziekenhuis stuurt het revalidatieziekenhuis binnen drie werkdagen na de dag van de opname de zorgkas een kennisgeving van de opname via een digitale applicatie met het oog op het verkrijgen van een tegemoetkoming voor de verpleegdagen.

Als de opname langer dan vijftien dagen duurt en telkens als de opname langer duurt dan de periode, vermeld in artikel 534/63, derde lid, die de zorgkas heeft vastgesteld, stuurt het revalidatieziekenhuis via een digitale applicatie uiterlijk de vijftiende dag van de opname, respectievelijk uiterlijk de laatste dag van de goedgekeurde periode, vermeld in artikel 534/63, derde lid, een aanvraag tot verlenging van de opname naar de zorgkas.

Voor het tijdstip van de kennisgeving van de opname en het tijdstip van de aanvraag tot verlenging van de opname geldt de tijdsaanduiding, via een tijdstempel, in de elektronische berichten als bewijs.

Artikel 534/75 tot en met artikel 534/78 zijn van toepassing in het kader van het versturen van de meldingen, vermeld in het eerste en tweede lid.

Art. 534/60. Bij elke aanvraag tot verlenging, vermeld in artikel 534/59, tweede lid, wordt een geneeskundig verslag toegevoegd. Dat geneeskundig verslag wordt voor eensluidend advies voorgelegd aan de Zorgkassencommissie in de gevallen die de minister bepaalt.

Art. 534/61. Bij elke tijdelijke afwezigheid en bij elke verhuizing van ziekenhuisdienst stuurt het revalidatieziekenhuis binnen drie werkdagen na de dag van de aanvang van de tijdelijke afwezigheid, respectievelijk na de dag van de verhuizing, de zorgkas een kennisgeving via een digitale applicatie.

Art. 534/62. De zorgkas is belast met de controle van de verzekeringsstatus van de patiënt en van de voorwaarden, vermeld in artikel 534/52, om een tegemoetkoming te krijgen voor de verpleegdagen, en vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op.

Art. 534/63. Nadat de zorgkas de controles, vermeld in artikel 534/62, heeft uitgevoerd, stuurt ze binnen drie werkdagen nadat ze de kennisgeving van de opname of van de aanvraag tot verlenging ervan ontvangen heeft, via een digitale applicatie het revalidatieziekenhuis ofwel de aanvaarding van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen, ofwel een weigering van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen. In een weigering van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen wordt de reden van de weigering vermeld.

De aanvaarding of de weigering van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen geldt vanaf het begin van de opname in het revalidatieziekenhuis, voor zover de kennisgeving van de opname wordt gedaan conform de voorwaarden, vermeld in artikel 534/59.

De aanvaarding van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen geldt voor een periode van maximaal vijftien dagen, bij een kennisgeving van de opname, of voor een periode die de zorgkas bepaalt, bij een aanvraag tot verlenging van de opname. De periode waarvoor de aanvaarding van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen geldig is, wordt vermeld in het antwoord van de zorgkas aan het revalidatieziekenhuis.

Als het revalidatieziekenhuis de vormen en termijnen, vermeld in artikel 534/59, naleeft, wordt de aanvaarding van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen als verworven beschouwd als de zorgkas de formaliteiten, vermeld in het eerste lid, niet binnen de termijn, vermeld in het eerste lid, vervult.

Art. 534/64. Als het revalidatieziekenhuis herhaaldelijk te laat is met de meldingen, vermeld in artikel 534/59, brengt de zorgkas het revalidatieziekenhuis daarvan op elektronische wijze op de hoogte. Als het revalidatieziekenhuis binnen dertig dagen geen enkele maatregel heeft genomen om de meldingen, vermeld in artikel 534/59, tijdig te versturen, kan de zorgkas bij elke laattijdige melding de tegemoetkoming voor de verpleegdagen weigeren gedurende de dagen van de vertraging.

Het revalidatieziekenhuis mag de weigering, vermeld in het eerste lid, niet doorrekenen aan de patiënt.

Art. 534/65. Als een patiënt ontslagen wordt uit het revalidatieziekenhuis stuurt het revalidatieziekenhuis binnen twee werkdagen na de laatste dag van zorg via een digitale applicatie een kennisgeving van het ontslag uit het revalidatieziekenhuis aan de zorgkas.

De mededeling, vermeld in het eerste lid, wordt uiterlijk binnen dertig dagen na het ontslag van de patiënt via een digitale applicatie door het revalidatieziekenhuis vervolledigd met een geneeskundig verslag ter verantwoording van de zorg.

Art. 534/66. De Zorgkassencommissie voert op aansturing van het agentschap Zorg en Gezondheid controles uit op de conformiteit van de verleende zorg. De Zorgkassencommissie kan voor die controles de gegevens, vermeld in artikel 111/7, opvragen bij de patiënten, de zorgkassen en de revalidatieziekenhuizen. De patiënten, de zorgkassen en de revalidatieziekenhuizen bezorgen die informatie aan de Zorgkassencommissie.

De Zorgkassencommissie brengt aan het agentschap Zorg en Gezondheid verslag uit over de a-prioriconroles, vermeld in artikel 534/62, en de a-posterioriconroles, vermeld in het eerste lid. De minister kan daarvoor de nadere modaliteiten bepalen.

Titel 4. Facturatie

Hoofdstuk 1. Facturatie van verpleegdagen

Art. 534/67. De facturatie aan de zorgkas van de tegemoetkoming, vermeld in artikel 534/68, moet altijd worden voorafgegaan door de aanvaarding van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen door de zorgkas conform artikel 534/63.

Art. 534/68. §1. Het revalidatieziekenhuis factureert de tegemoetkoming voor de verpleegdagen aan de zorgkas, waarbij de patiënt die recht heeft op een tegemoetkoming, is aangesloten. De revalidatieziekenhuizen factureren via een digitale applicatie maandelijks per zorgkas.

Artikel 534/75 tot en met artikel 534/78 zijn van toepassing in het kader van de facturatie door de revalidatieziekenhuizen.

§2. Het revalidatieziekenhuis maakt voor de facturatie, vermeld in paragraaf 1, maandelijks een digitale individuele kostennota op per patiënt. De digitale individuele kostennota's van patiënten die bij dezelfde zorgkas zijn aangesloten, worden gebundeld in één facturatiebestand.

Er wordt maar één facturatiebestand per maand per zorgkas en per revalidatieziekenhuis aanvaard. Geweigerde tegemoetkomingen kunnen na correctie via een volgend facturatiebestand in dezelfde maand worden aangeboden.

In dit artikel wordt verstaan onder individuele kostennota: de lijst van de prestaties die voor een individuele patiënt in een bepaalde periode zijn gepresteerd en waarvoor een tegemoetkoming door de zorgkas wordt gevraagd.

De digitale individuele kostennota bevat de volgende rubrieken:

- 1° de gegevens van de patiënt;
- 2° de gegevens van het revalidatieziekenhuis;
- 3° de gegevens van de zorgkas;
- 4° een lijst van de verpleegdagen waarop de patiënt in de periode in kwestie in het revalidatieziekenhuis is opgenomen;
- 5° de aangerekende prijs per verpleegdag;
- 6° de aangerekende extra vergoedingen die boven op de prijs per verpleegdag in rekening zijn gebracht;
- 7° het totale verschuldigde nettobedrag dat de patiënt of zijn vertegenwoordiger moet betalen;
- 8° het bedrag van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen dat de zorgkas moet betalen;
- 9° het persoonlijk aandeel van de patiënt.

De gegevens, vermeld in het vierde lid, 1°, worden beperkt tot de gegevens die noodzakelijk zijn om de digitale individuele kostennota op te stellen en te verwerken.

De digitale individuele kostennota's en de facturatiebestanden worden opgesteld conform de facturatie-instructies die het agentschap heeft bepaald.

§3. Het bedrag van de digitale individuele kostennota's die aan de zorgkassen worden voorgelegd, is verschuldigd zodra ze zijn ontvangen, onder voorbehoud van latere rechtzettingen.

§4. De digitale individuele kostennota's moeten correct en volledig worden ingevuld. Als dat niet het geval is, worden ze geweigerd en teruggestuurd naar het revalidatieziekenhuis in kwestie.

De digitale individuele kostennota's moeten in overeenstemming zijn met de voorwaarden voor de toekenning van de gefactureerde tegemoetkomingen, vermeld in het decreet van 18 mei 2018 en in dit besluit.

De onderdelen van de digitale individuele kostennota's die niet in overeenstemming zijn met de voorwaarden, vermeld in het tweede lid, worden verworpen. Het facturatiebestand waarvan het aantal verworpen onderdelen van de digitale individuele kostennota's een door de minister bepaald aandeel bereikt, worden in hun geheel geweigerd.

§5. Digitale individuele kostennota's die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4, worden uiterlijk uitbetaald door de zorgkas binnen een termijn van zes weken vanaf de datum van de ontvangst van de correct en volledig ingevulde digitale individuele kostennota, met uitzondering van de onderdelen die niet in overeenstemming zijn met de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1 tot en met 4.

§6. Als de digitale individuele kostennota's niet zijn betaald binnen de termijn, vermeld in paragraaf 5, is zonder ingebrekestelling een verwijlinterest verschuldigd vanaf de eerste dag na die termijn. De hoegrootheid van die interest stemt overeen met het rentetarief van de depositofaciliteit van de Europese Centrale Bank die is vastgesteld op de datum dat de betalingstermijn verstrijkt, verhoogd met 1,75%.

De verwijlinteresten, vermeld in het eerste lid, zijn evenwel niet verschuldigd als de zorgkas de betaling door overmacht niet heeft kunnen uitvoeren binnen de voorgeschreven termijnen, op voorwaarde dat de zorgkas voldoende bewijzen aanvoert om het geval van overmacht te staven ten aanzien van het revalidatieziekenhuis. Bij betwisting beslist het agentschap over het al dan niet bestaan van overmacht. De personeelsproblemen of de organisatorische problemen van de zorgkas kunnen niet als gevallen van overmacht worden aanvaard als die problemen niet voortvloeien uit uitzonderlijke en onvoorziene omstandigheden.

Als het agentschap verantwoordelijk is voor de laattijdige betaling, wordt dat niet aanvaard als een geval van overmacht als vermeld in het tweede lid. In dat geval is een verwijlinterest verschuldigd ten laste van het agentschap.

Opdat de verwijlinterest, vermeld in het eerste lid, verschuldigd is in geval van laattijdige betaling door de zorgkas, zijn de revalidatieziekenhuizen ertoe gehouden de digitale individuele kostennota's in te dienen voor het einde van de maand na de maand waarop de digitale individuele kostennota betrekking heeft.

Art. 534/69. Als de zorgkas bij het revalidatieziekenhuis herhaalde tekortkomingen vaststelt in de opmaak en verzending van de facturatiebestanden

conform artikel 534/68, §1 tot en met §4, of van de meldingen, vermeld in artikel 534/59, meldt de zorgkas dat aan het revalidatieziekenhuis in kwestie.

Als het revalidatieziekenhuis, vermeld in het eerste lid, binnen dertig dagen geen maatregelen heeft genomen om de vastgestelde tekortkomingen te verhelpen, deelt de zorgkas dat mee aan het agentschap. Het agentschap beraadslaagt vervolgens over de maatregelen die voor dat revalidatieziekenhuis moeten worden genomen.

Art. 534/70. De revalidatieziekenhuizen mogen aan de zorgkassen voor verpleegdagen geen ander bedrag factureren dan het bedrag van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen, zoals meegedeeld door het agentschap Zorg en Gezondheid conform artikel 534/35.

Art. 534/71. De toepassing van artikel 62 van het decreet van 18 mei 2018 op de facturatie door een revalidatieziekenhuis aan de zorgkas conform de bepalingen van deze titel, heeft tot gevolg dat het revalidatieziekenhuis moet factureren binnen een termijn van uiterlijk twee jaar vanaf de verpleegdag waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, met uitzondering van de gevallen waarin de verjaring wordt geschorst of gestuit. Het recht op stuiten van de verjaring wordt aangetoond met een aangetekende brief die het revalidatieziekenhuis richt aan de zorgkas.

Hoofdstuk 2. Patiëntenfactuur

Art. 534/72. De revalidatieziekenhuizen maken op het moment van het ontslag van de patiënt uit het revalidatieziekenhuis of, als de opname langer dan een maand duurt, op het einde van elke maand per patiënt een patiëntenfactuur op.

Een exemplaar van de patiëntenfactuur wordt bezorgd aan de patiënt of elke natuurlijke of rechtspersoon die geheel of gedeeltelijk belast is met de betaling van de patiëntenfactuur.

De patiëntenfactuur mag elektronisch naar de patiënt verstuurd worden als die daar expliciet voor gekozen heeft.

Art. 534/73. De revalidatieziekenhuizen mogen op de patiëntenfactuur voor de verpleegdagen geen ander bedrag weergeven dan het bedrag van de tegemoetkoming voor de verpleegdag, zoals meegedeeld door het agentschap Zorg en Gezondheid conform artikel 534/35.

Op de patiëntenfactuur wordt, als het revalidatieziekenhuis van de informatie over het recht op de maximumfactuur op de hoogte is gebracht conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 juni 2007 tot uitvoering van artikel 3, derde lid, van de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging, de vermelding "recht op de maximumfactuur in" afgedrukt en wordt het jaartal ingevuld waarin de patiënt recht heeft op de maximumfactuur.

Als persoonlijke aandelen en supplementen op basis van een contractuele of wettelijke bepaling rechtstreeks ten laste worden genomen door een derde,

moeten die op de patiëntenfactuur worden vermeld. Het revalidatieziekenhuis moet onderaan op de patiëntenfactuur vermelden dat het bedrag ten laste van de patiënt door het ziekenhuis rechtstreeks aan die derde gefactureerd wordt.

Art. 534/74. De patiëntenfactuur wordt opgemaakt volgens het model, vermeld in bijlage 11, die bij dit besluit is gevoegd.

De patiëntenfactuur, vermeld in artikel 534/72, stemt overeen met de schriftelijke opnameverklaring, opgemaakt conform de modellen die opgenomen zijn in bijlage 8 en 9, die bij dit besluit zijn gevoegd.

Titel 5. Software

Art. 534/75. §1. De digitale applicatie, vermeld in artikel 534/59, 534/61, 534/63, 534/65 en 534/68, §1, moet voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid die de minister bepaalt, na advies van een groep van onafhankelijke experts.

Het agentschap staat in voor de attestering van de digitale applicaties die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid.

§2. Revalidatieziekenhuizen die niet gebruikmaken van een digitale applicatie als vermeld in paragraaf 1, kunnen de meldingen, vermeld in artikel 534/59, eerste en tweede lid, niet versturen naar de zorgkassen om tegemoetkomingen voor de verpleegdagen te krijgen, en kunnen niet factureren aan de zorgkassen.

§3. De experts, vermeld in paragraaf 1, worden voorgedragen door de betrokken beroepsorganisaties. De minister kan nadere regels bepalen voor de samenstelling en de werking van de groep van onafhankelijke experts.

Art. 534/76. §1. Aanvragen tot attestering conform artikel 534/75, §1, tweede lid, kunnen door de betreffende softwareleveranciers worden ingediend bij het agentschap.

Het agentschap organiseert binnen een maand na de indiening van een aanvraag conform het eerste lid een test waarin wordt nagegaan of de digitale applicatie waarvoor attestering is aangevraagd, voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/75, §1, eerste lid, en stelt een testrapport op.

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

§2. Het agentschap bezorgt het testrapport, opgesteld conform paragraaf 1, tweede lid, aan de groep van onafhankelijke experts, vermeld in artikel 534/75, §1, eerste lid, die binnen een maand na de ontvangst van het testrapport een advies bezorgt aan het agentschap.

Na eensluidend advies van de groep van onafhankelijke experts neemt het agentschap een beslissing tot attestering of tot weigering van de attestering van de digitale applicatie, en brengt de aanvrager op de hoogte van die beslissing.

§3. De softwareleveranciers die een digitale applicatie ontwikkelen, kunnen op elk moment een nieuwe aanvraag indienen bij het agentschap.

Art. 534/77. Een attestering van een digitale applicatie die toegekend is conform artikel 534/76, is geldig tot en met 31 december van het derde jaar dat volgt op het jaar van attestering.

Gedurende de attesteringstermijn worden de geattesteerde versie van de digitale applicatie en de evolutie ervan geacht te blijven voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/75, §1, eerste lid.

Als er aanwijzingen zijn dat een digitale applicatie niet meer voldoet aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in artikel 534/75, §1, eerste lid, kan het agentschap, na advies van de groep van onafhankelijke experts, beslissen om een nieuwe test te organiseren binnen de lopende attesteringstermijn. Afhankelijk van het resultaat van de test kan het agentschap, na bindend advies van de groep van onafhankelijke experts, beslissen om de attestering te bevestigen of in te trekken, of om de attesteringstermijn in te korten.

Bij wijziging van de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid, vermeld in 534/75, §1, eerste lid, kan het agentschap, na advies van de groep van onafhankelijke experts, beslissen om de attesteringstermijn in te korten of om bijkomende of nieuwe testen op te leggen.

Art. 534/78. De attesten die verleend zijn conform de bepalingen van dit deel, worden gepubliceerd op de website van het agentschap, met vermelding van de geldigheidstermijn ervan.”.

Art. 47. In hetzelfde besluit wordt een boek 3/5, dat bestaat uit artikel 534/79 tot en met 534/89, ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Boek 3/5. Multidisciplinair overleg

Art. 534/79. In dit boek wordt verstaan onder:

1° zorgbemiddelaar: de natuurlijke persoon die door de gebruiker die het zelfmanagement niet wil of niet kan opnemen, kan worden aangeduid uit de leden van het zorgteam als verantwoordelijke voor het beheer en de opvolging van het zorg- en ondersteuningsplan en als centrale aanspreekfiguur voor de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan;

2° zorg- en ondersteuningsplan: een zorg- en ondersteuningsplan als vermeld in 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.

Art. 534/80. §1. Elk multidisciplinair overleg dat over een gebruiker georganiseerd wordt, moet aan de volgende voorwaarden voldoen om voor vergoeding in aanmerking te komen:

- 1° aan het multidisciplinair overleg nemen minstens zorgaanbieders deel van drie verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van de gebruiker, en een afgevaardigde van de overlegorganisator;
- 2° de deelnemers zijn gelijktijdig en fysiek aanwezig op het multidisciplinair overleg;
- 3° het multidisciplinair overleg wordt georganiseerd rond een persoon in zijn thuissituatie of rond een persoon die is opgenomen in een zorgvoorziening, waarbij in een terugkeer naar de thuisomgeving is voorzien, op voorwaarde dat het multidisciplinair overleg georganiseerd wordt in de periode van veertien dagen die voorafgaat aan de geplande datum van terugkeer naar de thuisomgeving;
- 4° de huisarts en, in voorkomend geval, de mantelzorger van de gebruiker worden uitgenodigd om deel te nemen aan het multidisciplinair overleg. Als het multidisciplinair overleg georganiseerd wordt rond een gebruiker met een psychiatrische problematiek, kan de begeleidende psychiater worden uitgenodigd in plaats van de huisarts;
- 5° de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger geeft zijn akkoord over de samenstelling van het multidisciplinair overleg;
- 6° de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger neemt deel aan het multidisciplinair overleg. Als de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger niet wil deelnemen aan het multidisciplinair overleg, bezorgt hij aan de overlegorganisator een ondertekende verklaring waarin hij bevestigt dat hij niet wil deelnemen aan het overleg.
- 7° de gebruiker wordt voor de aanvang van het overleg geïnformeerd over het doel van het overleg en van het feit dat er een zorg- en ondersteuningsplan wordt opgesteld;
- 8° er wordt een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld.

In afwijking van het eerste lid, 1°, kan bij laattijdig afhaken van de huisarts of de psychiater een multidisciplinair overleg worden vergoed als maar twee disciplines aan het overleg deelnemen. De overlegorganisator verklaart in voorkomend geval op erewoord in het zorg- en ondersteuningsplan dat de huisarts of psychiater niet kon deelnemen aan het overleg.

In afwijking van het eerste lid, 2°, kan de huisarts of, in voorkomend geval, de psychiater, als zijn fysieke aanwezigheid niet mogelijk is, deelnemen via een videogesprek of, als dat niet mogelijk is, telefonisch.

In deze paragraaf wordt verstaan onder persoon in zijn thuissituatie: elke persoon die thuis verblijft of die verblijft in een groep van assistentiewoningen als vermeld in artikel 30 van het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019, of in een serviceflatgebouw als vermeld in artikel 7, §1, van het decreet van 6 juli 2001 houdende bepalingen tot begeleiding van de aanpassing van de begroting 2001.

§2. Om vergoedbaar te zijn, moet de gebruiker over wie het multidisciplinair overleg georganiseerd is, op de datum waarop het multidisciplinair overleg plaatsvindt, de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren hebben betaald conform artikel 112.

In afwijking van het eerste lid moet voor de organisatie van een multidisciplinair overleg over een gebruiker die jonger dan achttien jaar is, 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 conform artikel 112.

De voorwaarde, vermeld in het tweede lid, geldt zodra een van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger minstens 27 jaar is en is niet van toepassing als en zolang geen van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger bij de Vlaamse sociale bescherming mag aansluiten.

§3. Per jaar kan er maar één vergoedbaar multidisciplinair overleg over dezelfde gebruiker georganiseerd worden.

Onder een jaar als vermeld in het eerste lid, moet worden verstaan een periode van 365 kalenderdagen of 366 kalenderdagen als het een schrikkeljaar betreft.

Artikel 534/81. §1. Per georganiseerd multidisciplinair overleg kunnen maximaal vier zorgaanbieders een tegemoetkoming ontvangen, naast de overlegorganisator en de zorgbemiddelaar.

Individuele zorgaanbieders die deelnemen aan een multidisciplinair overleg in het kader van hun werkzaamheden bij een dienst of organisatie, ontvangen geen vergoeding voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg. De dienst of organisatie waarbij ze actief zijn, wordt in voorkomend geval voor de vergoedbaarheid van het multidisciplinair overleg beschouwd als deelnemende zorgaanbieder. Die dienst of organisatie kan maximaal één vergoeding als deelnemende zorgaanbieder ontvangen, ongeacht het aantal individuele zorgaanbieders dat de dienst of organisatie afvaardigt naar het multidisciplinair overleg, op voorwaarde dat er minstens twee zorgaanbieders die niet bij de betrokken dienst of organisatie werken, deelnemen aan het multidisciplinair overleg.

Als meer dan vier zorgaanbieders aan het multidisciplinair overleg deelnemen, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de vier deelnemende zorgaanbieders die het hoogst gerangschikt staan volgens een rangorde die de minister bepaalt.

§2. De gebruiker, zijn wettelijke vertegenwoordiger en de mantelzorgers van de gebruiker kunnen geen tegemoetkoming ontvangen voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg, ook niet als ze de taak van zorgbemiddelaar op zich nemen.

§3. Een zorgaanbieder die de taak van zorgbemiddelaar opneemt, zal in het kader van dit overleg uitsluitend als zorgbemiddelaar beschouwd worden wat de tegemoetkoming betreft.

Als, ingevolge paragraaf 1, tweede lid, de deelnemende zorgaanbieder een dienst of een organisatie is, kan die dienst of organisatie, op voorwaarde dat de

dienst of organisatie minstens twee individuele zorgaanbieders naar het multidisciplinair overleg afvaardigt en een van die afgevaardigden de rol van zorgbemiddelaar opneemt, naast zijn vergoeding als deelnemende zorgaanbieder een vergoeding van zorgbemiddelaar ontvangen.

Art. 534/82. De overlegorganisator voert de volgende taken uit in het kader van het multidisciplinair overleg:

1° fungeren als aanspreekpunt voor het aanvragen van een multidisciplinair overleg en in overleg met de aanvrager van een multidisciplinair overleg de meerwaarde en de noodzaak van de organisatie van een multidisciplinair overleg beoordelen;

2° het multidisciplinair overleg organiseren: waaronder een datum en plaats voor overleg zoeken, alle betrokken zorgaanbieders van het huidige of toekomstige zorgteam uitnodigen, stimuleren dat bij afwezigheid van de gebruiker zijn vertegenwoordiger aanwezig kan zijn, in voorkomend geval in de nodige logistieke ondersteuning voorzien om een videogesprek of telefoongesprek mogelijk te maken;

3° de keuzevrijheid en de inspraak van de gebruiker tijdens het multidisciplinair overleg bewaken;

4° het multidisciplinair overleg leiden;

5° een verslag van het multidisciplinair overleg maken;

6° zorgen voor de administratieve afhandeling na het multidisciplinair overleg om tot een tegemoetkoming van de deelnemers aan het multidisciplinair overleg te komen, inclusief de vergoedbare zorgaanbieders aanwijzen die aan het multidisciplinair overleg hebben deelgenomen, conform artikel 534/86, §3, derde lid;

7° toevoegen van het akkoord van de gebruiker met de samenstelling van het overleg, vermeld in artikel 534/80, §1, 5°, en met de verklaring, vermeld in artikel 534/80, §1, 6°, aan het zorg- en ondersteuningsplan, en die documenten gedurende tien jaar na het multidisciplinair overleg in kwestie bewaren;

8° voorafgaand aan de organisatie van het multidisciplinair overleg controleren of de gebruiker is aangesloten bij een zorgkas, en aan de gebruiker, als hij vaststelt dat die niet is aangesloten bij een zorgkas, informatie bezorgen over de aansluiting bij een zorgkas en over de stappen die de gebruiker daarvoor moet ondernemen;

9° ervoor zorgen dat, in overleg met de gebruiker of de zorgaanbieder die het multidisciplinair overleg aanvraagt, een andere overlegorganisator de taken, vermeld in punt 1° tot en met punt 8°, bij het multidisciplinair overleg op zich neemt, als hij dat zelf niet kan.

Art. 534/83. De zorgbemiddelaar, als die is aangewezen, vervult de volgende taken in het kader van het multidisciplinair overleg:

1° fungeren als vertrouwenspersoon van de gebruiker en naar het zorgteam toe;

2° de belangen van de gebruiker bewaken en respecteren;

3° de taakafspraken na het multidisciplinair overleg bewaken en, op verzoek van de zorgaanbieders, de thuiszorgsituatie van de gebruiker opvolgen;

4° de gebruiker informeren over de doelstelling en de werking van het zorg- en ondersteuningsplan;

5° de zorgaanbieders, de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger en, als die aanwezig is, zijn mantelzorger informeren over

bestaande voorzieningen, hulpmiddelen en tegemoetkomingen en, als dat nodig is, doorverwijzen naar andere diensten of disciplines;

6° de behoeften en hiaten in de hulpverlening signaleren en mogelijke oplossingen voorstellen aan het zorgteam;

7° een nieuw of bijkomend overleg aanvragen als het zorgteam dat noodzakelijk vindt;

8° de zorg- en ondersteuningsplannen bijhouden, opvolgen en bijsturen.

Art. 534/84. De zorgaanbieders vervullen de volgende taken in het kader van het multidisciplinair overleg:

1° expertise inbrengen om invulling te geven aan de noden en de behoeften van de gebruiker;

2° meewerken aan het opstellen van zorgdoelen en taakafspraken maken om die zorgdoelen te realiseren;

3° de andere zorgaanbieders, de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger en, als die aanwezig is, zijn mantelzorger, vanuit de eigen discipline, informeren over het bestaande aanbod en over de toegang tot rechten, en, als dat nodig is, doorverwijzen naar andere diensten of disciplines;

4° de noden en hiaten in de hulpverlening signaleren op het overleg en mogelijke oplossingen voorstellen aan het zorgteam.

Art. 534/85. §1. Een overlegorganisator moet zijn opgenomen op een lijst die daarvoor wordt aangelegd bij het agentschap Zorg en Gezondheid.

Om te worden opgenomen op de lijst, vermeld in het eerste lid, moet de dienst of organisatie die de functie van overlegorganisator wil opnemen, een aanvraag indienen bij het agentschap Zorg en Gezondheid.

De aanvraag, vermeld in het tweede lid, bevat de volgende gegevens:

1° de identificatiegegevens, de contactgegevens en het werkgebied van de kandidaat-overlegorganisator;

2° de identificatie- en contactgegevens van de natuurlijke personen die de kandidaat-overlegorganisator heeft aangewezen om de aanvragen voor het multidisciplinair overleg te behandelen;

3° documenten waaruit blijkt dat de kandidaat-overlegorganisator voldoet aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 2.

Het agentschap Zorg en Gezondheid stelt voor de aanvraag een formulier ter beschikking.

De aanvraag, vermeld in het tweede lid, wordt elektronisch ingediend bij het agentschap Zorg en Gezondheid.

Het agentschap Zorg en Gezondheid beslist over de aanvraag, vermeld in het tweede lid, binnen een termijn van dertig dagen na de ontvangst van de aanvraag. De beslissing wordt bezorgd aan de kandidaat-overlegorganisator.

Als de aanvraag niet alle gegevens bevat, vermeld in het derde lid, verzoekt het agentschap Zorg en Gezondheid de kandidaat-overlegorganisator om de aanvraag te vervolledigen. Na ontvangst van de gevraagde gegevens begint er opnieuw een termijn als vermeld in het zesde lid, te lopen. Als het

agentschap Zorg en Gezondheid de gegevens niet ontvangt binnen een termijn van dertig dagen na de datum van de verzending van het verzoek, wordt de aanvraag afgewezen.

De lijst van erkende overlegorganisatoren, vermeld in het eerste lid, wordt bekendgemaakt op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid.

§2. Om te kunnen worden opgenomen op de lijst van overlegorganisatoren, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, moet de kandidaat-overlegorganisator aan de volgende voorwaarden voldoen:

1° de kandidaat-overlegorganisator is een dienst of organisatie die zorg en ondersteuning aanbiedt;

2° de kandidaat-overlegorganisator garandeert dat hij personen die over de nodige competenties beschikken, kan afvaardigen naar het multidisciplinair overleg om de taken van overlegorganisator, vermeld in artikel 534/82, uit te voeren.

§3. De overlegorganisatoren die zijn opgenomen op de lijst, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, moeten jaarlijks deelnemen aan minstens één intervisiemoment dat het agentschap Zorg en Gezondheid organiseert.

Overlegorganisatoren die niet voldoen aan de voorwaarde, vermeld in het eerste lid, worden door het agentschap Zorg en Gezondheid van de lijst verwijderd.

Een overlegorganisator kan op eigen verzoek van de lijst, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, worden verwijderd. De overlegorganisator bezorgt via elektronische weg zijn intentie aan het agentschap Zorg en Gezondheid. De overlegorganisator wordt van de lijst verwijderd binnen vijftien dagen nadat het agentschap Zorg en Gezondheid zijn intentie heeft ontvangen.

De overlegorganisator zorgt ervoor dat bij stopzetting van zijn activiteiten als overlegorganisator, in voorkomend geval, de gebruikers voor wie hij een multidisciplinair overleg heeft gepland, in overleg met de gebruikers, naar een andere overlegorganisator worden toegeleid.

Art. 534/86. §1. De aanvraag van een vergoedbaar multidisciplinair overleg wordt door de gebruiker, zijn mantelzorgers of de zorgaanbieders aan de overlegorganisator gevraagd.

§2. Naar aanleiding van de aanvraag, vermeld in het eerste lid, controleert de overlegorganisator via een digitale applicatie of de gebruiker is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming.

Als de gebruiker niet is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming, informeert de overlegorganisator de gebruiker over de mogelijkheid om zich aan te sluiten en de stappen die hij daarvoor moet ondernemen. Zodra de gebruiker is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming, kan een nieuwe aanvraag worden ingediend conform paragraaf 1.

§3. Als de gebruiker is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming, bezorgt de overlegorganisator binnen vijftien werkdagen na de organisatie van het overleg en op voorwaarde dat het multidisciplinair overleg beantwoordt aan de voorwaarden, vermeld in artikel 534/80, de aanvraag van de tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten.

Als de gebruiker niet meer aangesloten is bij een zorgkas of overleden is op de datum van de aanvraag van de tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, wordt de aanvraag van de tegemoetkoming bezorgd aan de zorgkas waarbij de gebruiker was aangesloten op de datum waarop het multidisciplinair overleg over de gebruiker plaatsvond.

De overlegorganisator gaat op basis van de door de minister bepaalde rangorde, vermeld in artikel 534/81, §1, derde lid, na welke deelnemers aan het multidisciplinair overleg recht hebben op een tegemoetkoming voor hun deelname, informeert hen daarover en vraagt de gegevens, vermeld in artikel 111/10, bij de deelnemers op.

§4. De zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten, controleert de verzekeringsstatus van de gebruiker, controleert of er in het afgelopen jaar al een vergoedbaar multidisciplinair overleg over de gebruiker werd georganiseerd, en voert een controle uit op de door de overlegorganisator meegedeelde gegevens, vermeld in paragraaf 3, derde lid.

Als de gegevens volledig zijn, de gebruiker verzekerd is en er over hem geen vergoedbaar multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden in het afgelopen jaar, wordt de aanvraag van de tegemoetkoming door de zorgkas aanvaard.

De controle, vermeld in het eerste lid, moet door de zorgkas uitgevoerd worden binnen vijftien werkdagen die volgen op de indiening van de aanvraag van de tegemoetkoming, vermeld in paragraaf 3.

Als in het kader van de uitbetaling van de tegemoetkoming van een deelnemer aan het multidisciplinair overleg de zorgkas op de hoogte wordt gebracht van een fout in de uitbetaling van die tegemoetkoming, neemt de zorgkas contact op met de overlegorganisator die de aanvraag van de tegemoetkoming voor een multidisciplinair overleg in kwestie heeft ingediend en vraagt ze de correcte gegevens op. De overlegorganisator bezorgt de correcte gegevens aan de zorgkas binnen een termijn van dertig werkdagen nadat de zorgkas ze heeft opgevraagd. Als de gegevens niet tijdig worden bezorgd, wordt het dossier administratief afgesloten.

Art. 534/87. De deelnemers aan het multidisciplinair overleg ontvangen voor hun deelname een forfaitaire tegemoetkoming. Het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming is afhankelijk van de rol die de deelnemer aan het multidisciplinair overleg vervult:

- 1° de overlegorganisator: 120 euro;
- 2° de zorgbemiddelaar: 40 euro;
- 3° elke vergoedbare zorgaanbieder: 25 euro.

Art. 534/88. De bedragen van de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 534/87, worden met ingang van het kalenderjaar 2022 ieder jaar op 1 januari aangepast aan de ontwikkeling van het afgevlakte gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april van het voorgaande jaar ten opzichte van het afgevlakte gezondheidsindexcijfer van de consumptieprijzen van de maand april 2021.

Art. 534/89. De tegemoetkoming voor de organisatie van en de deelname aan een multidisciplinair overleg wordt, na aanvaarding van de aanvraag door de zorgkas, door die zorgkas rechtstreeks aan de overlegorganisator, de vergoedbare zorgaanbieders en, in voorkomend geval, aan de zorgbemiddelaar uitbetaald.

De tegemoetkomingen aan de deelnemers van het multidisciplinair overleg worden uitbetaald door de zorgkas binnen zes weken vanaf de datum van de ontvangst van de correct en volledig ingevulde aanvraag van de tegemoetkomingen conform artikel 534/86.”.

Art. 48. In hetzelfde besluit wordt een artikel 635/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 635/1. Voor de toepassing van artikel 68, derde lid, 4°, geldt de inburgeringsplicht alleen voor premies vanaf het kalenderjaar 2023.”.

Art. 49. In artikel 641 van hetzelfde besluit, vervangen bij het besluit van de Vlaamse Regering van 23 december 2020, wordt het derde lid opgeheven.

Art. 50. In artikel 656 van hetzelfde besluit wordt het getal “397” vervangen door het getal “96”.

Art. 51. Aan hetzelfde besluit worden een bijlage 6, 7, 8, 9, 10 en 11 toegevoegd, die bij dit besluit zijn gevoegd.

Hoofdstuk 3. Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging

Art. 52. In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging worden punt 3°, 7°, 10° en 13° opgeheven.

Art. 53. In artikel 8, §1, tweede lid, van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “, artikel 251, §4, eerste lid, en §6, derde lid, artikel 252, vijfde lid, en artikel 274, eerste lid” opgeheven.

Art. 54. In artikel 11 van hetzelfde besluit wordt het woord "verzekeringsinstelling" vervangen door het woord "zorgkas".

Art. 55. In artikel 15, §1, vijfde lid, van hetzelfde besluit wordt de zin "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." opgeheven.

Art. 56. In artikel 17 van hetzelfde besluit wordt paragraaf 1 opgeheven.

Art. 57. In artikel 18, §5, van hetzelfde besluit worden de woorden "de revalidatieziekenhuizen en" opgeheven.

Art. 58. In artikel 20 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in het tweede lid worden de woorden "met uitzondering van de sector van de revalidatieziekenhuizen" opgeheven;
- 2° het derde lid wordt opgeheven.

Art. 59. In artikel 22 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 april 2020, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in paragraaf 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - a) in het eerste lid worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - 1) in punt 1° wordt de zinsnede "261/1, 262" opgeheven;
 - 2) punt 2° wordt opgeheven;
 - b) het vierde lid wordt opgeheven.
- 2° paragraaf 2 wordt opgeheven.

Art. 60. In artikel 24, §1, vierde lid, van hetzelfde besluit worden de woorden "de revalidatieziekenhuizen en" opgeheven.

Art. 61. Artikel 28 van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

Art. 62. In artikel 37 van hetzelfde besluit wordt de zinsnede "tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis, een" opgeheven.

Art. 63. In hetzelfde besluit wordt deel 5, dat bestaat uit artikel 239 tot en met 275, opgeheven.

Hoofdstuk 4. Wijziging van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opnemings in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum

Art. 64. In het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opnemings in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018, wordt een artikel 4/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 4/1. Dit besluit is niet van toepassing op de revalidatievoorzieningen en de revalidatieziekenhuizen, vermeld in respectievelijk artikel 2, 26°, en artikel 2, 27°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.”.

Hoofdstuk 5. Wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

Art. 65. In artikel 2, §4, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, toegevoegd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018, wordt de zinsnede “vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging” vervangen door de zinsnede “vermeld in artikel 2, 27°, van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming”.

Hoofdstuk 6. Slotbepalingen

Art. 66. In afwijking van boek 3/4, deel 2, en boek 3/4, deel 6, 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 gebeurt de vaststelling van het budget voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 januari 2022, op basis van de gegevens die conform de bepalingen van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, aan het agentschap Zorg en Gezondheid worden meegegeed.

Art. 67. In afwijking van artikel 534/37, eerste lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming gebeurt de vereffening van het vaste gedeelte in twaalfden voor de dienstjaren die op 1 januari 2022 en 2023 beginnen, als volgt:

- 1° het vaste gedeelte wordt door de mutualistische zorgkassen vereffend in evenredigheid met het aandeel van de gerealiseerde verpleegdagen voor het revalidatieziekenhuis in kwestie in het dienstjaar dat op respectievelijk 1 januari 2020 en 1 januari 2021 begint, van de verzekeringsinstellingen die de mutualistische zorgkassen hebben opgericht;
- 2° het vaste gedeelte wordt door de Vlaamse Zorgkas vereffend in evenredigheid met het aandeel van de gerealiseerde verpleegdagen voor het revalidatieziekenhuis in kwestie in het dienstjaar dat op respectievelijk 1 januari 2020 en 1 januari 2021 begint, van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding.

Art. 68. Voor de patiënten die voor 1 januari 2022 in een revalidatieziekenhuis werden opgenomen en er op 1 januari 2022 verblijven, wordt de periode waarvoor een aanvaarding van de tegemoetkoming voor de verpleegdagen geldt, bepaald op basis van de laatste beslissing die de betrokken verzekeringsinstelling daarover heeft genomen, met toepassing van de bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 december 2021.

Het revalidatieziekenhuis stuurt, naargelang van het geval:

- 1° uiterlijk de laatste dag van de periode, vermeld in het eerste lid, een aanvraag tot verlenging van opname naar de zorgkas waarbij de patiënt is aangesloten, conform artikel 534/59;
- 2° binnen twee werkdagen na de laatste dag van zorg als die binnen de periode, vermeld in het eerste lid, valt, een kennisgeving van ontslag naar de zorgkas waarbij de patiënt is aangesloten, conform in artikel 534/65.

Art. 69. De revalidatieziekenhuizen bezorgen tot en met 31 december 2020 de facturen aan de verzekeringsinstelling waarbij de gebruiker is aangesloten, als de gefactureerde tegemoetkoming betrekking heeft op prestaties die werden geleverd voor 1 januari 2022. De facturen worden behandeld door de verzekeringsinstellingen conform de bepalingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, zoals van kracht op 31 december 2021.

Art. 70. Artikel 71 en 72 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming treden in werking op 1 januari 2022.

Art. 71. Artikel 3, 5, 6, 7, 8, 9, 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 8°, 9°, 13°, 15°, 17°, 18°, 19° en 20°, artikel 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 1°, artikel 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 16°, 17° en 18°, artikel 25, 26, 27, 28, 29, 31, 1°, artikel 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 3°, artikel 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 85, 86, 87, 88, 93, 94, 95, 96, 97, 2°, artikel 104, 105 en 107 van het decreet van 18 juni 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming treden in werking op 1 januari 2022.

Artikel 9, 10°, van hetzelfde decreet treedt in werking op 1 januari 2022, wat het multidisciplinair overleg betreft.

Artikel 32, 2°, van hetzelfde decreet treedt in werking op 1 januari 2022, wat het multidisciplinair overleg betreft.

Artikel 39, 1° en 2°, van hetzelfde decreet treden in werking op 1 januari 2022, wat de zorgvoorzieningen, de mobiliteitshulpmiddelen en het multidisciplinair overleg betreft.

Artikel 45 van hetzelfde decreet heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 2021.

Artikel 61 van hetzelfde decreet treedt in werking op 1 januari 2022, wat de woonzorgcentra, de centra voor dagverzorging, de centra voor kortverblijf en de revalidatieziekenhuizen betreft.

Artikel 92 van hetzelfde decreet treedt in werking op 1 januari 2022, wat de revalidatieziekenhuizen betreft.

Art. 72. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2022, met uitzondering van artikel 31, dat uitwerking heeft met ingang van 1 augustus 2021.

Art. 73. De Vlaamse minister, bevoegd voor de sociale bescherming, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel,

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding,

Wouter BEKE