

Par dérogation à l'article 521, § 5 au § 7, la caisse d'assurance soins peut tenir en délibéré pour les structures de soins qui disposent de l'approbation visée à l'article 662/3, § 3, le cas échéant, les notes de frais individuelles pour les interventions pour le mois de juillet jusqu'au traitement électronique de la facturation pour les mois de janvier 2019 à juin 2019.

Art. 662/8. Chaque caisse d'assurance soins règle les notes de frais individuelles reçues qui répondent aux conditions visées à l'article 521, § 1<sup>er</sup> au § 4, avec les montants d'avance payés à la structure de soins.

La première note de frais individuelle après le règlement intégral du montant d'avance, qui remplit les conditions visées à l'article 521, § 1 au § 4, est payée par la caisse d'assurance soins conformément à l'article 521, § 5 et § 6.

A partir du 30 septembre 2019, la caisse d'assurance soins pourra recouvrer de la structure de soins les avances non réglées éventuelles.

L'agence est financièrement responsable des avances non réglées, visées à l'alinéa 3, qui ne peuvent être recouvrées par les caisses d'assurance soins auprès de la structure de soins. ».

**Art. 5.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

**Art. 6.** Le Ministre flamand, qui a l'assistance aux personnes dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille,  
J. VANDEURZEN

## VLAAMSE OVERHEID

[C – 2019/30061]

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

### DE VLAAMSE REGERING,

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

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

Gelet op het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, artikel 5, artikel 6, artikel 7, gewijzigd bij het decreet van 8 juni 2018, artikel 12 en 14;

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 92, eerste lid, artikel 95, tweede lid, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, artikel 98, eerste lid, vervangen bij voormeld decreet, artikel 99, vervangen bij voormeld decreet, artikel 100, tweede lid, vervangen bij voormeld decreet, artikel 105, vervangen bij voormeld decreet, artikel 108, vervangen bij voormeld decreet, artikel 110, § 2, vervangen bij voormeld decreet, artikel 114, vervangen bij voormeld decreet, artikel 115, tweede en vijfde lid, vervangen bij voormeld decreet, artikel 116, vervangen bij voormeld decreet, artikel 120, § 1, vervangen bij voormeld decreet en artikel 152, § 3;

Gelet op het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, artikel 29, gewijzigd bij decreet van 6 juli 2018, artikel 30, gewijzigd bij de decreten van 21 juni 2013 en 6 juli 2018, artikel 33, gewijzigd bij decreet van 19 januari 2018, en artikel 34, § 2;

Gelet op het decreet van 19 januari 2018 houdende de overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, artikel 14;

Gelet op het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, artikel 3, vierde lid, artikel 4, § 2, derde lid, artikel 6, 8, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 22, artikel 24, § 1, artikel 25, 28, 29, 30, 32, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 61, artikel 62, eerste lid, artikel 63, 66, 67, 69, artikel 75, § 2, artikel 78, § 1, eerste lid, artikel 78, § 2, artikel 79, artikel 80, tweede lid, artikel 81, artikel 82, 91, 92...;

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

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

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

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

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

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

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 16 mei 1995 betreffende de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 16 juli 2018;

Gelet op het advies van de Strategische Adviesraad Welzijns-, Gezondheids- & Gezinsbeleid van 30 augustus 2018;

Gelet op advies 91/2018 van de Gegevensbeschermingsautoriteit van 26 september 2018;

Gelet op advies 64.359/3 van de Raad van State, gegeven op 19 november 2018, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad Van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

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

Na beraadslaging,

Besluit :

Deel 1. — Gemeenschappelijke basisbepalingen

### *Titel 1. — Definities*

**Artikel 1.** In dit besluit wordt verstaan onder:

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

2° beheerinstantie: een of meer personen die een initiatief van beschut wonen of een psychiatrisch verzorgingstehuis vertegenwoordigen en juridisch kunnen binden;

3° budget: het budget, vermeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, dat voor ieder revalidatieziekenhuis afzonderlijk wordt vastgesteld en vereffend;

4° context: de familie en de naastbetrokkenen die een sociale en emotionele band hebben met de zorggebruiker;

5° Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen: de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, vermeld in artikel 49, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;

6° decreet van 6 juli 2018: het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;

7° dienstjaar: de periode die begint op 1 januari van een jaar en die op 31 december van hetzelfde jaar eindigt voor de revalidatieziekenhuizen;

8° gecoördineerde wet van 10 juli 2008: de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;

9° herstellende zorg: de herstelondersteunende zorg, vermeld in artikel 54, § 1, tweede en derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;

10° kostenplaats: een kostenplaats als vermeld in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen;

11° leidend ambtenaar: de leidend ambtenaar, vermeld in artikel 12 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid";

12° minister: de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid;

13° koninklijk besluit van 25 april 2002: het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

14° netwerk: het geestelijke gezondheidsnetwerk. Dit is een geformaliseerd samenwerkingsverband dat verantwoordelijk is voor een bepaald werkgebied en betrokken is bij de zorg voor de deelpopulatie waartoe het samenwerkingsverband zich richt, en dat in samenwerking met vertegenwoordigers van gebruikers en hun context het geestelijke gezondheidsaanbod en functies faciliteert en optimaliseert;

15° netwerkpartners: de zorgvoorzieningen, initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning, partners uit andere sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en partners uit andere beleidsdomeinen die al dan niet als zodanig door de Vlaamse Gemeenschap worden erkend of gefinancierd, en die deel uitmaken van geestelijke gezondheidsnetwerken;

16° palliatief samenwerkingsverband: een samenwerkingsverband voor palliatieve verzorging als vermeld in het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend;

17° residentiële zorg- of welzijnsvoorziening: een zorg- of welzijnsvoorziening die behandeling of zorg en ondersteuning met verblijf aanbiedt;

18° verhoogde tegemoetkoming: de verhoogde tegemoetkoming, vermeld in artikel 37, § 1 en § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

19° raadgevend comité VSB: het raadgevend comité van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, vermeld in artikel 17 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;

20° raadgevend comité Zorg en Gezondheid: het raadgevend comité van het agentschap, vermeld in artikel 18 van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap "Zorg en Gezondheid";

21° werkdag: een dag die geen zaterdag, zondag of wettelijke feestdag is;

22° zorginspectie: de Zorginspectie, vermeld in artikel 3, § 2, derde lid, van het besluit van de Vlaamse Regering van 31 maart 2006 betreffende het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de inwerkingtreding van regelgeving tot oprichting van agentschappen in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, betreffende de wijziging van regelgeving met betrekking tot dat beleidsdomein.

## Titel 2. — Organisatie

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

1° constructieve samenwerking voor de uitvoering, de verbetering, de bevordering, de optimalisatie van de organisatie van de zorg, vermeld in het decreet van 6 juli 2018;

2° opbouwend overleg voor de uitbouw van nieuwe initiatieven en projecten die de verbetering van de organisatie van het zorgaanbod beogen;

3° uitvoering en toepassing van de administratieve processen en procedures zoals die toegepast worden door het agentschap in samenspraak met de verzekeringsinstellingen en in overleg met de voorzieningen indien een verandering van administratieve processen een intensieve aanpassing voor hen inhoudt;

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

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

1° de tegemoetkomingen uitbetalen aan de rechthebbenden, vervoerders of zorgvoorzieningen conform de voorwaarden, vermeld in artikel 3 en 4 van het decreet van 6 juli 2018, en conform de voorwaarden, vermeld in dit besluit;

2° de tegemoetkomingen, vermeld in punt 1°, uitbetalen binnen de termijnen vastgesteld in dit besluit, en conform de technische specificaties vastgesteld in de facturatie en boekhoudkundige instructies;

3° hun leden informeren en adviseren, ervoor bemiddelen en de rechten van hun leden verdedigen;

4° onregelmatigheden en misbruiken melden aan het agentschap over de financiering, de veiligheid van de zorggebruiker en de kwaliteit van het zorgaanbod;

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

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

1° de Vlaamse Gemeenschap in eerste instantie toelaten de continuïteit van de zorg aan de zorggebruiker, vermeld in artikel 3 van het decreet van 6 juli 2018, te garanderen;

2° de Vlaamse Gemeenschap in eerste instantie toelaten de continuïteit in de financiering van de zorgvoorzieningen te garanderen;

3° de Vlaamse Gemeenschap toelaten op die vlakken een eigen beleid te voeren;

4° op korte termijn een integratie van die zorg in de Vlaamse sociale bescherming nastreven en voorbereiden.

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

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

1° maandelijks gegevens over de kaspositie in het begin van de maand, de ontvangsten, de uitgaven, het beschikbare bedrag op het einde van de maand en de openstaande te betalen prestaties en tegemoetkomingen, zowel als de terugvorderingen en de vervaldagnota's, dit zijn de documenten T20(VL). De verdere technische specificaties worden beschreven in de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen;

2° maandelijks de facturatiegegevens die de zorgvoorzieningen bezorgen aan de verzekeringsinstellingen, met inbegrip van de gegevens over de eventuele bijdrage van de overheid in de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming voor de rechthebbende in de psychiatrische verzorgingstehuizen, vermeld in artikel 69, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018. Dit zijn de documenten N(VL). De verdere technische specificaties worden beschreven in de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen;

3° jaarlijks het aantal unieke patiënten per zorgvoorziening, per verstrekkingjaar, per geboortjaar, per geslacht, per arrondissement, en per type rechthebbende op een geanonimiseerde manier. De verdere technische specificaties worden beschreven in de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen;

4° jaarlijks de nodige informatie voor de jaarafsluiting. De definitieve afsluiting gebeurt op basis van informatie die jaarlijks voor 30 juni van het jaar X wordt bezorgd en die betrekking heeft op het voorgaande jaar X-1. Dit zijn de documenten T3(VL) en T4(VL). De verdere technische specificaties worden beschreven in de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen;

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

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

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

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

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

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

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

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

### *Titel 3. — Verwerking, uitwisseling en bewijswaarde van gegevens*

#### *HOOFDSTUK 1. — Verwerking en uitwisseling van gegevens*

**Art. 4.** § 1. De verzekeringsinstellingen verwerken de volgende persoonsgegevens van de rechthebbenden voor hun opdrachten, vermeld in het decreet van 6 juli 2018:

1° de voor- en achternaam;

2° de leeftijd en het geslacht;

3° de nationaliteit;

4° het rijksregisternummer;

5° de woon- en verblijfplaats;

6° de gezinssamenstelling;

7° het gezinsinkomen;

8° de verzekeringsstatus;

9° de loongegevens;

10° het sociaal statuut;

11° het attest van gevangenschap;

12° de gezondheidsgegevens in het kader van een aanvraag, toekenning, betaling en eventuele terugvordering van een tegemoetkoming als vermeld in deel 1, titel 4 van dit besluit.

§ 2. De verzekeringsinstellingen bezorgen het agentschap en Intermutualistisch Agentschap vermeld in artikel 13, § 7 van het decreet van 6 juli 2018 de volgende gepseudonimiseerde gegevens van de bij hun aangesloten rechthebbenden via magnetische drager met de volgende periodiciteit:

1° maandelijks: de terugbetaalde zorg;

2° op 30 juni en 31 december: de gegevens vermeld in paragraaf 1, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11° en 12°;

§ 3. De verzekeringsinstellingen bewaren de door hen verwerkte persoonsgegevens dertig jaar na het uitschrijven of vijf jaar na het overlijden van de rechthebbende.

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

1° de voor- en achternaam;

2° de leeftijd;

3° het geslacht;

4° het rijksregisternummer;

5° de woon- en verblijfplaats;

6° de verzekeringsstatus;

7° de gezondheidsgegevens.

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

1° de voor- en achternaam;

2° de leeftijd;

3° het geslacht;

4° het rijksregisternummer;

5° de woon- en verblijfplaats;

6° de verzekeringsstatus;

7° de gezondheidsgegevens van de zorggebruikers;

8° de volgende gegevens van de revalidatievoorzieningen: het adres en de maatschappelijke zetel van de voorziening en de naam en de kwalificaties van de leidinggevenden.

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

1° de voor- en achternaam;

2° de leeftijd;

3° het geslacht;

4° de nationaliteit;

5° het rijksregisternummer;

6° de woon- en verblijfplaats;

7° de verzekeringsstatus;

8° de gezondheidsgegevens.

De psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven van beschut wonen verwerken naast de in het eerste lid vermelde persoonsgegevens bijkomend de volgende persoonsgegevens van de zorggebruikers:

1° het onderwijsniveau uitgedrukt in hoofdcategorieën;

2° de betrokkenheid in het arbeidsproces uitgedrukt in hoofdcategorieën;

3° de aard van het inkomen uitgedrukt in hoofdcategorieën;

4° het huidig of laatste hoofdberoep uitgedrukt in hoofdcategorieën.

**Art. 8.** § 1. Het agentschap verwerkt de gepseudonimiseerde persoonsgegevens van de zorggebruikers en de naam van de coördinator vermeld in bijlage 1 en 2. Deze gegevens worden bewaard tot 15 jaar na ontvangst.

Het agentschap verwerkt de persoonsgegevens van de personeelsleden vermeld in artikel 89, artikel 144, artikel 153, § 2, 7°, d), f) en g), artikel 251, § 4, eerste lid, en § 6, derde lid, artikel 252, vijfde lid, en artikel 274, eerste lid. Deze gegevens worden bewaard tot 15 jaar na ontvangst.

De persoonsgegevens uit het personeelskostendossier, vermeld in artikel 193, derde lid, worden door het agentschap bewaard tot het ogenblik dat de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen wordt aangepast, conform artikel 193, hetzij tot één jaar na de beëindiging van de revalidatieovereenkomst.

De persoonsgegevens uit het personeelskostendossier, vermeld in artikel 322, § 2, worden door het agentschap bewaard tot maximaal één jaar na de ontvangst van een geactualiseerd personeelskostendossier, hetzij tot één jaar na de beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

§ 2. Het in artikel 13, § 2 vermelde agentschap is het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, dat voor de in artikel 13, § 2 vermelde opdrachten de volgende gegevens verwerkt:

1° de voor- en achternaam;

2° de leeftijd;

3° het geslacht;

4° het rijksregisternummer;

5° de woon- en verblijfplaats;

6° de verzekeringsstatus;

7° de gezondheidsgegevens.

Deze gegevens zijn anoniem of, als dit niet mogelijk is voor het doel van de verwerking, gepseudonimiseerd. Enkel wanneer anonieme of gepseudonimiseerde persoonsgegevens onvoldoende zijn voor het doel van de verwerking, mogen niet-gepseudonimiseerde persoonsgegevens worden verwerkt.

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

De persoonsgegevens die worden verwerkt door de Zorgkassencommissie, worden na het verlenen van het advies vernietigd. De persoonsgegevens die verwerkt worden door de Expertencommissie worden bewaard voor een termijn van 30 jaar na de verleende zorg.

Het in artikel 13, § 3, 1° van het decreet van 6 juli 2018 vermelde agentschap dat de Zorgkassencommissie aanstuurt is het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming. Het in artikel 13, § 3, 1° van het decreet van 6 juli 2018 vermelde agentschap dat de werking van Expertencommissie aanstuurt is het agentschap.

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

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

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

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

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

#### HOOFDSTUK 2. — *Bewijswaarde van elektronische documenten*

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

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

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

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

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

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

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

De minister kan de nadere modaliteiten bepalen.

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

#### *Titel 4. — Tegemoetkomingen*

##### HOOFDSTUK 1. — *Procedure voor de aanvraag van tegemoetkomingen*

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

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

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

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

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

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

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

§ 3. Na de uitvoering van de controle, vermeld in paragraaf 2, bezorgt de verzekeringsinstelling uiterlijk binnen vijftien werkdagen nadat ze de aanvraag ontvangen heeft, in de gevallen die de minister bepaalt, de aanvraag om tegemoetkoming voor zorg ter controle aan de Zorgkassencommissie. Voor de initiatieven van beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen worden de aanvragen alleen aan de Zorgkassencommissie bezorgd voor een eventuele a posteriori controle.

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

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

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

**Art. 16.** De Zorgkassencommissie voert op aansturing van het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming controles uit op de conformiteit van de verleende zorg. De Zorgkassencommissie kan voor die controles de in artikel 8, § 2 vermelde gegevens opvragen bij de zorggebruiker, de verzekeringsinstellingen, de zorgvoorzieningen en de vervoerders. De zorggebruiker, de verzekeringsinstellingen, de zorgvoorzieningen en de vervoerders bezorgen die informatie aan de Zorgkassencommissie.

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

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

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

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

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

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

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

Die aanvraag is vergezeld van de twee volgende getuigschriften:

1° een geneeskundig getuigschrift dat door de behandelend arts is opgemaakt en waaruit blijkt dat de zorggebruiker voldoet aan de criteria, vermeld in artikel 54 van het decreet van 6 juli 2018;

2° een getuigschrift van een erkend psychiatrisch verzorgingstehuis waaruit blijkt dat het instaat voor de verzorging van de zorggebruiker.

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

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

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

#### HOOFDSTUK 2. — Procedure voor toekenning van tegemoetkomingen

**Art. 18.** § 1. Als de aanvraag onderworpen is aan het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie conform artikel 24 van het decreet van 6 juli 2018 en artikel 15, § 3, van dit besluit beslist de verzekeringsinstelling binnen vijftien werkdagen die volgen op het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aangevraagde tegemoetkoming, rekening houdend met het resultaat van de controle, vermeld in artikel 16 van dit besluit.

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

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

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

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

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

§ 4. De verzekeringsinstelling brengt de zorgvoorziening en de zorggebruiker binnen vijftien werkdagen die volgen op hetzij de dag van de ontvangst van het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie, hetzij de dag van de ontvangst van de aanvraag, op de hoogte van de beslissing over de tegemoetkoming, in voorkomend geval van de

reden van de weigering, en van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep tegen de beslissing moet worden aangetekend. Een ongunstige beslissing wordt met een aangetekende zending verstuurd.

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

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

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

#### HOOFDSTUK 3. — Financiële betrekkingen

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

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

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

Voor de sector van de revalidatieziekenhuizen wordt het kredietbedrag per maand en per verzekeringsinstelling bepaald conform artikel 261.

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

##### Afdeling 2. — Financiële betrekkingen tussen de verzekeringsinstellingen en de zorgvoorzieningen

###### Onderafdeling 1. — Betalingsverbintenis en uitbetaling

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

1° de tegemoetkomingen, vermeld in artikel 119, 120, 155, 156, 191, 194 en 196, 262, 324 en 327;

2° het vast gedeelte van het budget van de revalidatieziekenhuizen, conform artikel 261.

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

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

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

De minister kan de modaliteiten van deze betaling bepalen.

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

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

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

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

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

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

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

De prijs per verpleegdag, vermeld in artikel 262, is verschuldigd voor elke verpleegdag die ten minste één nacht behelst. Dat wil zeggen een opname die begint vóór middernacht en eindigt na acht uur de volgende dag.

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

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

1° bij opname vóór 12 uur op de dag van opname en vertrek vóór 14 uur op de dag van zijn ontslag: boeking van de dag van opname;

2° bij opname na 12 uur op de dag van opname, ongeacht het vertrek op de dag van ontslag: boeking van de dag van ontslag.

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



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

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

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

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

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

**Art. 23.** § 1. De psychiatrische verzorgingstehuizen kunnen de opnemingsprijs tijdens de in artikel 80 vermelde individuele verlofdagen aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen tot maximaal 48 dagen verlof per kalenderjaar per rechthebbende zorggebruiker, naar rato van vier dagen per begonnen kalendermaand van opname.

Voor de individuele verlofdagen kan:

1° aan de zorggebruiker de persoonlijke bijdrage in de opnemingsprijs worden aangerekend, verminderd met 6,20 euro;

2° aan de verzekeringsinstellingen de tegemoetkoming in de opnemingsprijs worden aangerekend.

§ 2. Voor de in artikel 80 vermelde collectieve verlofdagen kan het psychiatrisch verzorgingstehuis de opnemingsprijs aanrekenen.

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

1° het aantal opgenomen verlofdagen;

2° per verlofdag: of die al dan niet vergoed werd;

3° voor elke collectief vakantieverblijf: de plaats waar het verlof plaatsvond.

De verloven worden geacht de opname niet te onderbreken.

#### Onderafdeling 2. — Facturatie van de zorg

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

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

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

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

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

§ 3. De zorgvoorzieningen bezorgen de facturen en de individuele onkostennota's maandelijks per verzekeringsinstelling en uiterlijk tot 24 maanden na de periode waarin of na de laatste dag waarop de zorg verstrekt is, tenzij anders bepaald in de overeenkomst met de zorgvoorziening. Een aangetekende zending stuit de voormelde verjaringstermijn.

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

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

*Afdeling 3. — Financiële betrekkingen tussen de zorgvoorziening en de rechthebbende*

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

*Afdeling 4. — Financiële betrekkingen tussen het agentschap en de zorgvoorzieningen.*

**Art. 26.** Het agentschap betaalt de zorgvoorzieningen de financiële tegemoetkoming in het kader van de sociale akkoorden die afgesloten zijn en de compensatie van de financiële schade van laattijdige toekenningen.

*HOOFDSTUK 4. — Voorlopige toekenning van tegemoetkoming*

**Art. 27.** In afwachting dat de schade effectief wordt vergoed als vermeld in artikel 22, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, verlenen de verzekeringsinstellingen de tegemoetkomingen voor zorg, vermeld in het decreet van 6 juli 2018. De voorwaarde is dat de verzekeringsinstellingen alle middelen gebruiken om de tegemoetkoming terug te vorderen als de zorggebruiker is vergoed krachtens een andere Belgische of buitenlandse wetgeving.

*HOOFDSTUK 5. — Cumulatie van tegemoetkomingen*

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

*Onderafdeling 1. — Cumulatieverboden van de tegemoetkomingen volgens plaats*

**Art. 28.** Een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis mag niet gecumuleerd worden met:

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

**Art. 29.** Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze onderafdeling, mag een tegemoetkoming voor het verblijf in een revalidatievoorziening niet gecumuleerd worden met:

- 1° een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode;
- 2° een tegemoetkoming voor gebruik van of verblijf in een andere revalidatievoorziening tijdens dezelfde periode, tenzij dit gebruik van of verblijf in die beide revalidatievoorzieningen niet op dezelfde dag plaatsvindt;
- 3° een tegemoetkoming voor het gebruik van een multidisciplinaire begeleidingsequipe.

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

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

**Art. 31.** Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze onderafdeling, mag een tegemoetkoming voor een begeleiding in een initiatief van beschut wonen niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor een begeleiding in een ander initiatief van beschut wonen of in een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode, tenzij het anders bepaald is. De minister bepaalt hiertoe de nadere regels.

**Art. 32.** Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze onderafdeling, mag een tegemoetkoming voor een gebruik van een multidisciplinaire begeleidingsequipe niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor het gebruik van een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe.

*Onderafdeling 2. — Cumulatieverboden van de tegemoetkomingen volgens inhoud*

**Art. 33.** Een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstrekking in een revalidatievoorziening kan niet gecumuleerd worden met een tegemoetkoming voor een ambulante revalidatieverstrekking op dezelfde dag in een andere revalidatievoorziening.

**Art. 34.** Een tegemoetkoming voor reiskosten als vermeld in artikel 18 van het decreet van 6 juli 2018, mag niet gecumuleerd worden met:

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

*Onderafdeling 3. — Cumulatieverboden van de tegemoetkomingen naar revalidatieovereenkomst*

**Art. 35.** Met behoud van de toepassing van de overige artikelen van deze afdeling, mag een tegemoetkoming voor een revalidatieverstrekking in een revalidatievoorziening niet gecumuleerd worden met een andere tegemoetkoming voor een revalidatieverstrekking in een revalidatievoorziening als dat cumulverbod bepaald is in een revalidatieovereenkomst.

## Onderafdeling 4. — Gemeenschappelijke bepaling

**Art. 36.** De minister kan nadere regels bepalen voor de gevallen waarin kan worden afgeweken van een cumulatieverbod van tegemoetkomingen zoals vermeld in deze afdeling.

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

## Onderafdeling 1. — Cumulatieverboden van tegemoetkomingen en prestaties volgens plaats

**Art. 37.** Een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis, een tegemoetkoming voor gebruik van of verblijf in een revalidatievoorziening, een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingsstehuis, een begeleiding in een initiatief van beschut wonen of een tegemoetkoming voor een begeleiding door een multidisciplinaire begeleidingsequipe, mag niet worden gecumuleerd met een vergoeding voor ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering als het gebruik of verblijf plaatsvindt op dezelfde dag, tenzij het gebruik of verblijf zich situeert buiten de periode van het verblijf in het ziekenhuis, of tenzij het ziekenhuis een revalidatievoorziening is.

## Onderafdeling 2. — Cumulatieverboden van tegemoetkomingen en prestaties volgens inhoud

**Art. 38.** Een tegemoetkoming voor een revalidatieverstreking mag niet worden gecumuleerd met de volgende monodisciplinaire tegemoetkomingen verstrekt in die zelfde periode:

1° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in afdeling 3, artikel 7 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit, tenzij het over een andere aandoening gaat dan waarvoor de revalidatieverstreking verleend wordt;

3° een tegemoetkoming voor een prestatie als vermeld in afdeling 10, artikel 22, van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit, bij een tegemoetkoming voor gebruik van of een verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging, een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode, tenzij het over een andere aandoening gaat dan waarvoor de revalidatieverstreking verleend wordt;

4° een tegemoetkoming voor een ergotherapeutische prestaties, met uitzondering van de prestaties die verricht zijn tijdens en na de ontslagprocedure in de revalidatievoorzieningen, waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.76.5 en 7.71, of psychotherapeutische prestaties.

Een multidisciplinaire begeleidingsequipe mag de eenmalige forfaitaire vergoeding, vermeld in artikel 324, of het verminderd forfait, vermeld in artikel 327, niet aanrekenen voor een tussenkomst als de behandelende arts van de palliatieve persoon, die deel uitmaakt van de multidisciplinaire begeleidingsequipe, zelf al een vergoeding heeft aangevraagd voor die prestatie conform de voorwaarden van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen, opgenomen in de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit.

## HOOFDSTUK 6. — Terugvordering van de ten onrechte betaalde tegemoetkomingen

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

**Art. 39.** De verzekeringsinstelling deelt de zorggebruiker met een aangetekende zending haar beslissing mee om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming terug te vorderen.

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

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

**Art. 40.** Om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug te betalen, kan de zorggebruiker een afbetalingsplan aanvragen bij de verzekeringsinstelling.

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

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

**Art. 41.** De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming wordt bij dwangbevel ingevorderd in de volgende gevallen:

1° de zorggebruiker, als er geen afbetalingsplan is, heeft het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet terugbetaald binnen drie maanden nadat de aangetekende zending, vermeld in artikel 39, eerste lid, is verstuurd;

2° de zorggebruiker volgt het afbetalingsplan niet.

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

**Art. 42.** De zorggebruiker kan tegen de beslissing tot terugvordering van de verzekeringsinstelling beroep instellen bij de arbeidsrechtbank binnen drie maanden nadat hij de beslissing van de verzekeringsinstelling, vermeld in artikel 39, heeft ontvangen.

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

*Afdeling 2.* — Terugvordering van tegemoetkomingen

die ten onrechte uitbetaald zijn aan de zorgvoorziening respectievelijk de vervoerder

**Art. 43.** De zorgvoorziening of de vervoerder die ten onrechte een tegemoetkoming heeft ontvangen, is verplicht de waarde ervan terug te betalen. De waarde wordt conform artikel 35 van het decreet van 6 juli 2018, als dat mogelijk is, in mindering gebracht van toekomstige tegemoetkomingen die aan de zorgvoorziening respectievelijk de vervoerder worden uitbetaald.

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

**Art. 44.** De verzekeringsinstelling deelt haar beslissing om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming terug te vorderen van of in mindering te brengen bij de zorgvoorziening of de vervoerder met een aangetekende zending mee aan de zorgvoorziening of de vervoerder mee.

De aangetekende zending waarin de beslissing wordt meegedeeld, vermeldt:

1° het bedrag van de onterechte uitbetaalde tegemoetkoming en de reden waarom ze onterecht is;

2° dat de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen in mindering worden gebracht van toekomstige tegemoetkomingen;

3° de mogelijkheid voor de zorgvoorziening of de vervoerder om bij de arbeidsrechtbank beroep tegen de terugvordering of het in mindering brengen in te dienen.

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

**Art. 45.** De zorgvoorziening of de vervoerder kan een afbetalingsplan aanvragen bij de verzekeringsinstelling om de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen, terug te betalen.

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

**Art. 46.** De ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming wordt bij dwangbevel in de volgende gevallen ingevorderd:

1° er is geen afbetalingsplan of dat afbetalingsplan wordt niet gerespecteerd of de zorgvoorziening of vervoerder heeft het bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen niet terugbetaald binnen drie maanden na de verzending van de aangetekende zending, vermeld in artikel 44, eerste lid;

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

**Art. 47.** De zorgvoorziening of de vervoerder kan tegen de beslissing van de verzekeringsinstelling om de tegemoetkoming terug te vorderen of in mindering te brengen beroep instellen bij de arbeidsrechtbank binnen drie maanden nadat de zorgvoorziening of de vervoerder de beslissing van de verzekeringsinstelling, vermeld in artikel 44, heeft ontvangen.

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

#### *Afdeling 3. — Gemeenschappelijke bepalingen voor de terugvordering*

**Art. 48.** De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker op het moment van de beslissing tot terugvordering is aangesloten, vordert de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen terug. Als de zorggebruiker nadien van verzekeringsinstelling verandert, dan blijft de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker aangesloten was op het moment van de beslissing tot terugvordering, belast met de terugvordering. De zorggebruiker kan niet veranderen van verzekeringsinstelling zolang hij het door hem verschuldigde bedrag niet heeft terugbetaald.

**Art. 49.** De betaalde tegemoetkomingen waarvan het onverschuldigd karakter het gevolg is van het overlijden van de rechthebbende, worden door de financiële instellingen, die de begunstigden zijn van de tegemoetkomingen, terugbetaald aan de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig de modaliteiten die de minister bepaalt.

De rechthebbende laat de gekozen financiële instelling toe, aan de verzekeringsinstellingen alle ten onrechte uitbetaalde bedragen met betrekking tot prestaties verleend tot twee jaar voor de kennisgeving van het onverschuldigd karakter van de tegemoetkoming, terug te betalen, door zijn bankrekening te debiteren met het ten onrechte uitbetaalde bedrag.

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

#### *Afdeling 4. — Verzaking aan de terugvordering*

**Art. 50.** § 1. De verzekeringsinstelling verzaakt aan de terugvordering van een ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming aan de zorggebruiker, de zorgvoorziening of de vervoerder, als de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming louter het gevolg is van een fout, een vergissing of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling of van een administratieve dienst of instelling, waarvan de rechthebbende of de zorgvoorziening zich normaal geen rekenschap kan geven en waarvan de verzekeringsinstelling binnen twee maanden van vaststelling van de hiervoor vermelde fout, vergissing of nalatigheid, geen melding heeft gemaakt aan de zorggebruiker, de zorgvoorziening of de vervoerder.

§ 2. De verzekeringsinstelling kan op eigen initiatief verzaken aan de terugvordering van ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen als het totaal bedrag van de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen lager is dan 28,20 euro, gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

De koppeling aan 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.

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

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

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

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

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

De behartenswaardigheid, vermeld in het vijfde lid, wordt bepaald op basis van het gezinsinkomen. Er is sprake van behartenswaardigheid als het gezinsinkomen van de rechthebbende zich bevindt onder de armoedegrens, zoals vastgesteld door Eurostat, en bekendgemaakt door de minister. Het gezinsinkomen wordt vastgesteld conform artikel 4 van de verordening van 22 mei 2006 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde.

**Art. 51.** Als de leidend ambtenaar, of een ambtenaar die hij aangewezen heeft, beslist om te verzaken aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag, brengt hij de verzekeringsinstelling daarvan zo snel mogelijk op de hoogte per brief. De verzekeringsinstelling licht de zorggebruiker hiervan in.

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

*Afdeling 6. — Bevoegd agentschap*

**Art. 52.** Het agentschap, vermeld in artikel 38 van het decreet van 6 juli 2018, is het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming.

*HOOFDSTUK 7. — Tegemoetkomingen voor buitengewone zorg*

**Art. 53.** De verzekeringsinstelling verleent aan de rechthebbende een tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg als de zorg verleend in het Nederlands taalgebied of in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, verstrekt wordt voor een zeldzame indicatie en er voldaan is aan elk van de volgende voorwaarden:

1° de zorg is duur;

2° de zorg heeft een wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid die gezaghebbende instanties die in hetzelfde domein van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg werken in ruime mate erkennen en het experimentele stadium is voorbij;

3° de aandoening waarvoor de zorg wordt toegepast, bedreigt de vitale functies van de rechthebbende;

4° er bestaat geen alternatief op medisch-sociaal vlak voor zorg in het kader van de Belgische verplichte ziekteverzekering, de Vlaamse Sociale Bescherming of het decreet van 6 juli 2018;

5° de zorg wordt voorgeschreven door een arts-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de betreffende aandoening en die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte.

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

**Art. 54.** De verzekeringsinstelling verleent aan de rechthebbende een tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg verleend in het Nederlandse taalgebied of in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, als de rechthebbende lijdt aan een zeldzame aandoening en er voldaan is aan al de volgende voorwaarden:

1° de zorg is duur;

2° de zorg wordt door gezaghebbende instanties die werkzaam zijn in hetzelfde domein van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg op gemotiveerde wijze aangeduid als de specifieke aanpak voor deze zeldzame aandoening;

3° de aandoening waarvoor de zorg wordt toegepast bedreigt de vitale functies van de rechthebbende;

4° er bestaat geen therapeutisch alternatief in het kader van de Belgische verplichte ziekteverzekering, de Vlaamse Sociale Bescherming of het decreet van 6 juli 2018;

5° de zorg wordt voorgeschreven door een arts-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de betreffende aandoening en die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte.

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

1° de zorg in haar totaliteit is duur;

2° de zorg heeft betrekking op een bedreiging van de vitale functies van de rechthebbende die een rechtstreeks en specifiek gevolg is van de zeldzame aandoening;

3° er bestaat geen therapeutisch alternatief in het kader van de Belgische verplichte ziekteverzekering, de Vlaamse Sociale Bescherming of het decreet van 6 juli 2018;

4° de complexe zorg wordt voorgeschreven in het kader van een behandelplan door een arts-specialist die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en die wettelijk gemachtigd is de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte.

**Art. 56.** De verzekeringsinstelling verleent aan de rechthebbende een tegemoetkoming voor buitengewone zorg in het kader van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg verstrekt wordt voor een zeldzame indicatie, een zeldzame aandoening dan wel een zeldzame aandoening die een continue en complexe verzorging vereist, en die wordt verleend in de Franstalige gemeenschap, in de Duitstalige gemeenschap of in het buitenland, als er voldaan is aan elk van de volgende voorwaarden:

1° de zorg is duur;

2° de zorg heeft een wetenschappelijk waarde en een doeltreffendheid die de gezaghebbende internationale instanties die in dezelfde domeinen van revalidatie en geestelijke gezondheidszorg werken in ruime mate erkennen en het experimentele stadium is voorbij;

3° de zorg beoogt een behandeling van een aandoening die de vitale functies bedreigt;

4° er bestaat geen aanvaardbaar therapeutisch alternatief voor diagnose of therapie dat voorzien is in het Nederlandse taalgebied of in door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorzieningen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, zou kunnen worden afgeleverd binnen een termijn die op medisch vlak aanvaardbaar is, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de rechthebbende op het ogenblik van de aanvraag;

5° de zorg is vooraf voorgeschreven door een arts-specialist, die gespecialiseerd is in dezelfde domeinen van revalidatie of geestelijke gezondheidszorg en wettelijk die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte.

**Art. 57.** § 1. Een tegemoetkoming voor buitengewone zorg kan in de gevallen, vermeld in artikel 53 tot en met 56, alleen worden toegekend als:

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

2° de gevraagde bedragen effectief verschuldigd zijn door de rechthebbende.

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

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

1° kan de tegemoetkoming voor buitengewone zorg alleen toegekend worden als de verzekeringsinstelling op basis van het advies van de Expertencommissie de toestemming verleent voor een tegemoetkoming voor die buitengewone zorg, voordat de zorg verleend wordt;

2° kan een tegemoetkoming toegekend worden voor de reiskosten die daaraan verbonden zijn als de afstand van de plaats van behandeling tot het centrum van Brussel meer dan 350 km in vogelvlucht is, voor personen jonger dan achttien jaar. De vergoeding bedraagt maximaal 0,25 euro per kilometer in vogelvlucht van de hoofdverblijfplaats van de rechthebbende tot de plaats waar de buitengewone zorg wordt toegediend.

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

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

1° jonger dan negentien jaar is;

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

**Art. 58.** § 1. De rechthebbende dient de aanvraag van een tegemoetkoming voor buitengewone zorg en, in voorkomend geval, de aanvraag van een tegemoetkoming in de reis- en verblijfkosten bij zijn verzekeringsinstelling met een aangetekende zending of op om het even welke andere manier die toelaat de datum van indiening met zekerheid vast te stellen.

De aanvraag van een tegemoetkoming in de reis- en verblijfskosten wordt samen met de aanvraag van een tegemoetkoming voor buitengewone zorg ingediend.

§ 2. De aanvraag bevat de volgende elementen:

1° een gedagtekend en ingevuld inlichtingsblad waarvan het agentschap het model opmaakt;

2° een voorschrift, waarvan het model kan worden vastgesteld door het agentschap, en dat een arts-specialist die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening, opmaakt, dagtekent en ondertekent en waarbij een omstandig geneeskundig verslag is gevoegd dat alle inlichtingen bevat die toelaten te besluiten of de buitengewone zorg voldoet aan de voorwaarden voor een tegemoetkoming die gesteld zijn bij of krachtens het decreet van 6 juli 2018;

3° een gedetailleerde factuur in geval van buitengewone zorg voor revalidatie of geestelijke gezondheidszorg die is toegediend in een voorziening in het Nederlandstalige taalgebied of in een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, dan wel een omstandig bestek in geval van buitengewone zorg voor revalidatie of geestelijke gezondheidszorg gepland in een voorziening in de Franstalige Gemeenschap, in de Duitstalige Gemeenschap of in het buitenland;

4° een verklaring op erewoord, waarvan het agentschap het model opmaakt, waarin de rechthebbende:

a) bevestigt dat hij, voor de zorg waarvoor hij een tegemoetkoming vraagt, zijn rechten heeft uitgeput krachtens de wetgeving, vermeld in artikel 39, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, en geen rechten kan doen gelden krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst;

b) meedeelt voor welk bedrag hij, in voorkomend geval, zijn rechten kan doen gelden krachtens de voormelde overeenkomst;

c) bevestigt dat hij ervan op de hoogte is gebracht dat een toestemming voor een behandeling in het buitenland, verleend door zijn verzekeringsinstelling, niet van rechtswege het recht opent op een tegemoetkoming voor buitengewone zorg;

d) bepaalt of hij de tegemoetkoming al dan niet zelf int;

5° een kopie van de schriftelijke toestemming van de rechthebbende, zijn wettelijke vertegenwoordiger of de vertrouwenspersoon, vermeld in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, op een document dat informatie bevat als vermeld in artikel 8, § 2, van de voormelde wet, ondertekende is, alsook, in voorkomend geval, de gegevens die de voorschrijvende arts verzameld en geregistreerd heeft om de pertinentie van de tegemoetkomingen te evalueren;

6° het bewijs van de reis- en verblijfkosten waarvoor in voorkomend geval een tegemoetkoming gevraagd wordt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### HOOFDSTUK 8. — Toezicht en handhaving

##### Afdeling 1. — Sancties voor de rechthebbenden of de vervoerder

**Art. 59.** § 1. De rechthebbende of in voorkomend geval de vervoerder, wordt op de hoogte gebracht van het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuk, vermeld in artikel 42, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, dat is opgemaakt door de leidend ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, met een aangetekende zending, binnen veertien werkdagen vanaf de dag nadat de inbreuk is vastgesteld.

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

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

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

De beslissing wordt ter kennis gebracht aan de rechthebbende of de vervoerder met een aangetekende zending en wordt geacht te zijn ontvangen de derde werkdag die volgt op het overhandigen van de briefomslag bij de post, tenzij de geadresseerde kan bewijzen dat de kennisgeving hem pas later heeft bereikt. Zij heeft uitwerking de dag van de kennisgeving.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### Afdeling 2. — Sancties ten laste van de zorgvoorzieningen

###### Onderafdeling 1. — Algemeen

**Art. 60.** De documenten die de betaling van de tegemoetkomingen toestaan, vermeld in artikel 43, § 1, eerste lid, 1° tot en met 5° van het decreet van 6 juli 2018, zijn:

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

## Onderafdeling 2. — Overbodige zorg

**Art. 61.** Om na te gaan of zorg overbodig is als vermeld in artikel 43, § 1, eerste lid, 6°, van het decreet van 6 juli 2018, kan de leidend ambtenaar het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, aan de Zorgkassencommissie vragen een controle uit te voeren conform artikel 25 van het decreet van 6 juli 2018.

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

Het advies van de Expertencommissie, vermeld in het tweede lid, beoordeelt of de zorghandelingen bijdragen tot de kwaliteit van de zorg of het bereiken van de zorgdoelstellingen.

**Art. 62.** § 1. De zorgvoorziening wordt op de hoogte gebracht van het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuk, vermeld in artikel 43, § 1, van het decreet van 6 juli 2018, opgemaakt door de leidend ambtenaar of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, met een aangetekende zending, binnen veertien werkdagen, vanaf de dag nadat de inbreuk is vastgesteld.

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

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

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

De zorgvoorziening wordt met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van de beslissing, vermeld in het eerste lid. Die beslissing wordt geacht te zijn ontvangen op de derde werkdag nadat de briefomslag bij de post overhandigd is, tenzij de geadresseerde kan bewijzen dat de kennisgeving hem pas later heeft bereikt. Die beslissing heeft uitwerking de dag van de kennisgeving.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Onderafdeling 3. — Bedrog

**Art. 63.** De verzekeringsinstelling of de rechthebbende kan de ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog bij de zorgvoorziening melden aan het agentschap.

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

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

De zorgvoorziening wordt met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van de beslissing, vermeld in het derde lid. De beslissing heeft uitwerking, niettegenstaande beroep, vanaf de 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 verzekeringsinstellingen.

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

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



*Afdeling 3. — Administratieve geldboeten*

**Art. 64.** Het dwangbevel, vermeld in artikel 46 van het decreet van 6 juli 2018, wordt geïndiceerd en uitvoerbaar verklaard door hetzij de leidende ambtenaar, hetzij de ambtenaar die hij aangewezen heeft.

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

**Art. 65.** § 1. De inlichtingen en documenten, vermeld in artikel 47, eerste lid van het decreet van 6 juli 2018, worden bezorgd binnen dertig dagen vanaf de datum van aanvraag.

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

1° de gegevens die nodig zijn voor de volledige identificering van:

- a) de zorg die wordt toegekend op grond van het decreet van 6 juli 2018;
- b) de zorgvoorzieningen die de zorg hebben voorgeschreven, uitgevoerd of afgeleverd;
- c) van de rechthebbende;

2° de gegevens slaan zowel op zorg die in rekening is gebracht, als op zorg die de Vlaamse Gemeenschap heeft terugbetaald of waarvan de Vlaamse Gemeenschap gevraagd wordt ze terug te betalen.

*Afdeling 5. — Verjaring*

**Art. 66.** § 1. De aangetekende zending tot stuiting van de verjaring, vermeld in artikel 51, achtste lid, van het decreet van 6 juli 2018, voldoet aan al de volgende voorwaarden:

1° de brief wordt aangetekend verstuurd met ontvangstmelding;

2° de brief wordt verzonden door de persoon die de verjaring wenst te stuiten, door zijn advocaat, door de gerechtsdeurwaarder die daarvoor is aangesteld of door de persoon die in rechte mag verschijnen namens de persoon die de verjaring wenst te stuiten;

3° de brief wordt verstuurd naar de woonplaats of hoofdverblijfplaats van de natuurlijke persoon of de maatschappelijke zetel van de rechtspersoon waartegen de verjaring wordt gestuit;

4° de brief bevat al de volgende gegevens:

a) de gegevens van de partij die de verjaring wil stuiten, namelijk:

- 1) voor de natuurlijke persoon: de voor- en achternaam en de woonplaats of de hoofdverblijfplaats;
- 2) voor de rechtspersoon: de juridische vorm, de benaming en het adres van de maatschappelijke zetel of de administratieve zetel;

b) de gegevens van de persoon tegen wie de verjaring wordt gestuit, namelijk:

- 1) voor de natuurlijke persoon: de voor- en achternaam en de woonplaats of de hoofdverblijfplaats;
- 2) voor de rechtspersoon: de benaming, de juridische vorm en het adres van de maatschappelijke zetel;

c) de beschrijving van de tegemoetkoming;

d) de verantwoording van de bedragen die worden (terug)gevorderd;

e) de termijn waarin de partij tegen wie de verjaring wordt gestuit zijn verbintenis kan nakomen voordat bijkomende vorderingsmaatregelen worden genomen;

f) de mogelijkheid om in rechte op te treden als de partij tegen wie de verjaring wordt gestuit niet binnen de vastgestelde termijn reageert;

g) de verjaringsstuitende werking van de ingebrekestelling;

h) de handtekening van de persoon die de verjaring wenst te stuiten, van de advocaat van de verzekeringsinstelling, van de gerechtsdeurwaarder die daarvoor aangesteld is of van de persoon die in rechte mag verschijnen namens de persoon die de verjaring wil stuiten.

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

De minister legt de vorm van het elektronisch bestand vast.

**Art. 67.** De leidende ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft, oordeelt, voor elk afzonderlijk geval waarin hij wordt ingeroepen, over het bestaan van overmacht, die conform artikel 51, negende lid, van het decreet van 6 juli 2018, de verjaring schorst.

**Art. 68.** § 1. De zorgvoorzieningen van de rechthebbende worden met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van de beslissing van de leidende ambtenaar, of de ambtenaar die hij aangewezen heeft

De beslissing wordt ook meegedeeld aan de verzekeringsinstelling.

§ 2. De kennisgeving van de beslissing, vermeld in de eerste paragraaf, aan de zorgvoorziening en aan de rechthebbende vermeldt dat tegen de beslissing beroep kan worden ingesteld bij de arbeidsrechtbank, alsook de vormen waarin en de termijnen waarin het beroep moet worden ingesteld.

*Deel 2. — Psychiatrische verzorgingstehuizen**Titel 1. — Erkenning**HOOFDSTUK 1. — Algemene bepalingen*

**Art. 69.** Deze titel bepaalt de normen waaraan moet worden voldaan om een erkenning als psychiatrisch verzorgingstehuis te bekomen en te behouden.

De leidende ambtenaar verleent de erkenning per psychiatrisch verzorgingstehuis, en legt het maximaal aantal zorggebruikers vast dat het psychiatrisch verzorgingstehuis dagelijks gelijktijdig kan ondersteunen op basis van een verblijfsovereenkomst als vermeld in artikel 74. Dat aantal is de opnamecapaciteit van het psychiatrisch verzorgingstehuis.

HOOFDSTUK 2. — *Algemene werkingsnormen*

**Art. 70.** De herstelondersteunende zorg is gericht op het behoud van de resterende vaardigheden, de versterking van het zelfzorgvermogen en de zelfregie van de zorggebruiker, inclusief het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte en de psychische kwetsbaarheid, en de ondersteuning van de ontwikkeling van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren.

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

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

De herstelondersteunende zorg is gericht op de volgende domeinen:

- 1° zelfzorg zoals wassen, aankleden, koken, huishoudelijke taken, geldbeheer en administratie;
- 2° lichamelijke en psychische gezondheid vanuit medisch en krachtgericht perspectief;
- 3° dagbesteding en vrijetijd;
- 4° sociale contacten;
- 5° zingeving.

HOOFDSTUK 3. — *Zorgverleningsnormen**Afdeling 1. — Algemeen*

**Art. 71.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis voorziet in herstelondersteunende zorg met een permanent toezicht op de zorggebruikers die er verblijven, zowel overdag als 's nachts. In elk psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven minstens tien zorggebruikers.

*Afdeling 2. — Opnamebeleid*

**Art. 72.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis werkt criteria uit voor de opname van zorggebruikers op basis van de algemene werkingsnormen, vermeld in artikel 70, en het non-discriminatiebeginsel, vermeld in artikel 85.

**Art. 73.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis hanteert een instroomprocedure die beschrijft hoe kandidaat-zorggebruikers zich aanmelden bij het psychiatrisch verzorgingstehuis, hoe de zorgbehoeften van de kandidaat-zorggebruiker op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze in kaart worden gebracht, en hoe de opnamecriteria, vermeld in artikel 72, getoetst worden.

Het instroombeleid wordt periodiek geëvalueerd door de coördinator en teamleden, vermeld in artikel 89, samen met de coördinerend psychiater, vermeld in artikel 90.

**Art. 74.** § 1. Het psychiatrisch verzorgingstehuis sluit met de zorggebruikers een verblijfsvereenkomst waarin de volgende elementen worden opgenomen:

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

De verblijfsvereenkomst kan alleen gewijzigd worden na voorafgaande kennisgeving aan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Indien de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger niet akkoord gaan met de voorgestelde wijzigingen in de verblijfsvereenkomst kan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de verblijfsvereenkomst beëindigen mits inachtneming van een opzeggingstermijn.

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

Bij de verblijfsvereenkomst wordt een kopie van het reglement, vermeld in artikel 108, en een bijkomend huishoudelijk reglement gevoegd waarin alle andere relevante verblijfsvoorwaarden en regels worden bepaald, die niet vastgesteld zijn in de verblijfsvereenkomst. In het huishoudelijk reglement wordt onder andere het beleid rond ethische problematieken beschreven. Elke zorggebruiker ondertekent het huishoudelijk reglement voor akkoord.

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

§ 2. Met uitzondering van het aanvaarden van de herstelondersteunende zorg geleverd door de personeelsleden van het psychiatrisch verzorgingstehuis en de coördinerend en behandelend psychiater, vermeld in artikel 90, heeft de zorggebruiker recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar, vermeld in artikel 2, 3°, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

§ 3. Onder voorbehoud van paragraaf 4 of 5, kunnen de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de verblijfsvereenkomst, vermeld in paragraaf 1, beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van dertig dagen.

De tijdelijke opname van een zorggebruiker in een ziekenhuis leidt evenwel niet tot de beëindiging van de verblijfsvereenkomst.

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

1° zestig dagen, als volgens het oordeel van de coördinerend en behandelend psychiater, vermeld in artikel 90, de lichamelijke of geestelijke toestand van de zorggebruiker van die aard is dat een definitieve overplaatsing naar een meer passende voorziening noodzakelijk is. In dit geval staat het psychiatrisch verzorgingstehuis in voor de verwijzing naar een passend verblijf in overleg met de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger en zijn context, en verlengt het de opzeggingstermijn als dat nodig is;

2° dertig dagen, als volgens het oordeel van de beheerinstantie het gedrag van de zorggebruiker ernstig storend is voor de andere zorggebruikers of als het gedrag van de zorggebruiker de begeleiding in ernstige mate verhindert. In dat geval zend het psychiatrisch verzorgingstehuis voorafgaand een schriftelijke aanmaning aan de zorggebruiker met het dwingend verzoek om de tekortkomingen, vermeld in de aanmaning, te verhelpen. Als de zorggebruiker geen gevolg geeft aan die aanmaning kan het psychiatrisch verzorgingstehuis, na goedkeuring door de coördinerend en behandelend psychiater, vermeld in artikel 90, de verblijfsovereenkomst opzeggen. Het psychiatrisch verzorgingstehuis staat samen met coördinerend en behandelend psychiater, vermeld in artikel 90, in voor de verwijzing naar een passend verblijf in overleg met de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger en zijn context, en verlengt de opzeggingstermijn als dat nodig is.

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

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

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

### Afdeling 3. — Zorgplan

**Art. 75.** De zorg door het psychiatrisch verzorgingstehuis vertrekt van een zorgvuldige en gestructureerde verkenning van de zorgbehoeften van de zorggebruiker en zijn context op de diverse levensdomeinen, vermeld in artikel 70.

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

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

**Art. 76.** Van iedere zorggebruiker wordt een individueel dossier bijgehouden dat minimaal de volgende elementen en gegevens bevat:

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

De bewaartermijn van het in het eerste lid vermelde dossier is 30 jaar na het ontslag van de zorggebruiker.

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

**Art. 77.** De zorggebruiker kan voor onderzoek, bij psychische crisistoestand of bij noodzaak aan somatische behandeling en verzorging, tijdelijk opgenomen worden in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis.

**Art. 78.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis voert een beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en crisissen. Het ontwikkelt via vorming de nodige expertise daarvoor.

**Art. 79.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis communiceert zijn zorgaanbod en zijn intern beleid rond instroom, doelgroepen, ontslag en doorstroom naar de kandidaat-zorggebruikers en relevante netwerkpartners. Het stemt dit zorgaanbod en interne beleid met de relevante netwerkpartners af.

**Art. 80.** Om re-integratie te bevorderen worden individuele verlofdagen toegekend aan de zorggebruikers die opgenomen zijn in een psychiatrisch verzorgingstehuis.

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

De psychiatrische verzorgingstehuizen mogen voor hun opgenomen zorggebruikers gedurende maximaal veertien dagen collectieve vakantieverblijven organiseren en leiden. Tijdens die periode blijven de zorggebruikers onder de verantwoordelijkheid van het psychiatrisch verzorgingstehuis.

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

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

*Afdeling 4. — Zakgeld*

**Art. 81.** Iedere zorggebruiker beschikt over een minimaal maandbedrag van 192,43 euro dat uitsluitend als zakgeld dient voor persoonlijke doeleinden.

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

Het zakgeld betreft de persoonlijke middelen van de zorggebruiker en vormt geen onderdeel van de werkingskosten die ten laste zijn van onderdeel B1 en maakt ook geen deel uit van de tegemoetkoming voor zorg.

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

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

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

*Afdeling 5. — Ontslag en nazorg*

**Art. 82.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis voert een duidelijk beleid rond het ontslag van zijn zorggebruikers, dat regelmatig wordt geëvalueerd en beleidsmatig besproken.

**Art. 83.** Bij elk ontslag van een zorggebruiker wordt een brief opgemaakt met een verslag over de zorg en de ondersteuning tijdens het verblijf.

**Art. 84.** Als een zorggebruiker tijdelijk wordt opgenomen in een andere residentiële zorg- of welzijnsvoorziening, staat het personeel van het psychiatrisch verzorgingstehuis gedurende ten minste drie maanden ter beschikking van de zorggebruiker voor verdere begeleiding op voorwaarde dat de kans op terugkeer naar het psychiatrisch verzorgingstehuis reëel blijft.

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

*Afdeling 6. — Non-discriminatie*

**Art. 85.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis waarborgt de volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging, van zijn zorggebruikers.

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

*Afdeling 7. — Klachten*

**Art. 86.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis werkt een interne klachtenprocedure uit. Het deelt op een systematische en toegankelijke wijze aan iedere nieuwe zorggebruiker het doel, de werking en de bereikbaarheid mee van de ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg die verbonden is aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, vermeld in artikel 11 tot en met 21 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

*HOOFDSTUK 4. — Functionele en organisatorische werkingsnormen*

**Art. 87.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis, beschikt over een eigen organogram en wordt afzonderlijk van andere instellingen of diensten beheerd.

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

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

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

**Art. 88.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis bezorgt het agentschap jaarlijks de gegevens, die opgenomen zijn in bijlage 1, die bij dit besluit is gevoegd, voor de analyse van die gegevens, voor de evidence based beleidsvoering voor het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid en voor de informatieverstrekking daarover, vermeld in artikel 13, § 6, van het decreet van 6 juli 2018.

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

De bewaartermijn van de in het eerste lid vermelde gegevens is één jaar na het bezorgen van de gegevens.

*HOOFDSTUK 5. — Personeelsnormen*

**Art. 89.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt voor de herstelondersteunende zorg van de zorggebruiker over een multidisciplinair team onder leiding van een coördinator die de nodige competenties voor leidinggeven en management bezit.

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

- 1° verpleegkundige, bij voorkeur psychiatrische verpleegkundige;
- 2° maatschappelijk werker;

- 3° maatschappelijk assistent;
- 4° orthopedagoog;
- 5° ergotherapeut;
- 6° psycholoog;
- 7° kinesitherapeut;
- 8° opvoeder.

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

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

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

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

Het psychiatrisch verzorgingstehuis verstrekt aan het agentschap op verzoek en op de wijze bepaald door het agentschap de volgende inlichtingen over het personeel:

- de voor- en achternaam van het personeelslid;
- het rijksregisternummer;
- de geboortedatum;
- de functie;
- het diploma;
- het aantal uren dat het personeelslid moet presteren en gepresteerd heeft;
- de datum van de aanwerving;
- de eventuele vertrekdatum;

Het psychiatrisch verzorgingstehuis bewaart de in het vorige lid vermelde personeelsgegevens tot één jaar na het vertrek van het personeelslid.

**Art. 90.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis stelt een of meer coördinerend en behandelende artsen-specialisten in de psychiatrie of neuropsychiatrie aan, die verantwoordelijk zijn voor:

1° de medisch-psychiatrische behandeling van de opgenomen zorggebruikers. Die taak omvat:

- a) de medisch-psychiatrische behandeling tijdens het verblijf in het psychiatrisch verzorgingstehuis instellen, periodiek opvolgen en eventueel bijsturen;
- b) de eventuele onderzoeken ter evaluatie van de medisch-psychiatrische behandeling aanvragen en opvolgen;
- c) overleg plegen met de behandelende huisarts en eventuele andere behandelaars van de zorggebruikers over somatische en psychische problematieken;
- d) de medicatie voor de psychiatrische problematiek voorschrijven en opvolgen;
- e) beschikbaarheid zijn voor overleg en contact met de opgenomen zorggebruikers en hun naasten;
- f) administratieve documenten opmaken;
- g) de opvolging van ethische thematieken;

2° de medisch-psychiatrische coördinatie van het psychiatrisch verzorgingstehuis. Die taak omvat:

- a) beslissen over de opname en het ontslag van zorggebruikers in het psychiatrisch verzorgingstehuis door minstens instroomgesprekken bij te wonen;
- b) het opname- en ontslagbeleid evalueren en bekrachtigen;
- c) overleg plegen en contacten onderhouden met verwijzers en netwerkpartners;
- d) de interventiescenario's in geval van crisissituaties ontwerpen en toepassen;
- e) de herstelondersteunende zorgprocessen superviseren door minstens teamvergaderingen bij te wonen;
- f) het vormingsbeleid voor het ondersteunend en begeleidend personeel mee aansturen;
- g) het strategische en operationele beleid, in samenwerking met de coördinator mee uitwerken.

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

**Art. 91.** Op geregelde tijdstippen vindt een teamoverleg plaats waarin alle disciplines zijn vertegenwoordigd, inclusief de psychiater, vermeld in artikel 90.

#### HOOFDSTUK 6. — *Huisvestingsnormen*

##### *Afdeling 1. — Ligging, leefomgeving en leefklimaat*

**Art. 92.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis wordt binnen de lokale leefgemeenschap gevestigd, buiten de campus van een psychiatrisch ziekenhuis.

**Art. 93.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over een tuin of een terras.

**Art. 94.** De ramen maken een open zicht op de omgeving van het psychiatrisch verzorgingstehuis mogelijk.

**Art. 95.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis streeft een gezellig leefklimaat na.

*Afdeling 2. — Gemeenschappelijke ruimtes*

**Art. 96.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis omvat minstens de volgende gemeenschappelijke ruimtes:

1° een eetkamer;

2° een zitkamer, bij voorkeur gescheiden van de eetkamer die zo gezellig en huiselijk mogelijk wordt ingericht;

3° een ruimte voor gemeenschappelijke activiteiten en dagbestedingsactiviteiten;

4° een ruimte voor individuele hulp- en begeleiding;

5° een ruimte voor het personeel.

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

*Afdeling 3. — Kamers*

**Art. 97.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over ten minste tien bedden, verdeeld over een- en tweepersoonskamers. Het maximum aantal van twee bedden per kamer wordt niet overschreden.

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

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

**Art. 98.** De oppervlakte van de individuele kamers bedraagt minstens acht vierkante meter. De tweepersoonskamers hebben een oppervlakte van ten minste twaalf vierkante meter. Bij nieuwbouw gaat de voorkeur naar ruimere kamers.

*Afdeling 4. — Rolstoeltoegankelijkheid*

**Art. 99.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis is aangepast aan de behoeften van mindervalide zorggebruikers.

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

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

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

*Afdeling 5. — Sanitaire installaties*

**Art. 100.** Er zijn voldoende sanitaire installaties voor zorggebruikers en personeel. De sanitaire installaties voor zorggebruikers bevinden zich in de onmiddellijke omgeving van eetkamers, zitkamers en ruimten voor gemeenschappelijke activiteiten.

**Art. 101.** De sanitaire installaties bestaan uit ten minste:

1° een wastafel met stromend, warm en koud water per zorggebruiker;

2° een bad of douche per zes zorggebruikers;

3° een toilet per zes zorggebruikers, waarbij het nodige aantal toiletten voor mindervalide zorggebruikers toegankelijk is. Elke verdieping beschikt over minstens over één toilet. In bouwplannen die opgesteld worden vanaf 1 januari 2019 is in iedere kamer een toilet voorzien.

*Afdeling 6. — Veiligheid*

**Art. 102.** De deuren van de toiletten en de badkamers gaan open naar buiten en zijn uitgerust met veiligheidsslots die het personeel van buitenaf kan bedienen.

**Art. 103.** De kamers en sanitaire installaties beschikken over een discreet en doeltreffend oproepsysteem.

**Art. 104.** De geneesmiddelen worden op naam van iedere zorggebruiker bewaard in een kast op slot die zich bevindt in een lokaal dat voor de zorggebruikers niet vrij toegankelijk is.

**Art. 105.** De dossiers van de zorggebruikers worden bewaard in een lokaal dat voor de zorggebruikers niet vrij toegankelijk is.

**Art. 106.** Het psychiatrisch verzorgingstehuis voldoet aan de toepasselijke brandveiligheidsreglementering en neemt alle voorzorgsmaatregelen om brandgevaar te voorkomen.

Het brandgevaar wordt voorkomen door:

1° de brandbare materialen in vloeren en muren te beschermen met onontvlambare bekleding;

2° een voldoende aantal blustoestellen aan te brengen;

3° alle liften in onbrandbare of brandwerend gemaakte materialen uit te voeren;

4° in toegangswegen te voorzien voor de voertuigen van de brandweer;

5° in duidelijk aangeduide evacuatie-mogelijkheden te voorzien;

6° adequate branddetectie systemen aanbrengen, bij voorkeur elektronisch;

7° vorming over brandveiligheid voor zowel zorggebruikers als personeel te organiseren.

*HOOFDSTUK 7. — Tijdelijke en gemotiveerde afwijking van de erkenningsnormen*

**Art. 107.** Op gemotiveerde aanvraag van het psychiatrisch verzorgingstehuis kan het agentschap, in het kader van een proefproject, overeenkomstig artikel 58 van het decreet van 6 juli 2018, het psychiatrisch verzorgingstehuis een tijdelijke afwijking van een of meer erkenningsnormen toestaan.

Het agentschap kan op gemotiveerde aanvraag van het psychiatrisch verzorgingstehuis ook een tijdelijke afwijking van de huisvestingsnormen, vermeld in artikel 92 tot en met 106, toestaan.

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

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

**Art. 108.** Elk psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt, voor de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op de zorggebruikers, in het bijzonder voor gegevens over gezondheid als vermeld in artikel 4, 15), van de algemene verordening gegevensbescherming, over een reglement voor de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens.

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

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

- 1° het doel van de verwerking;
- 2° de bepalingen van artikel 13 van het decreet van 6 juli 2018 en artikel 7 en 8 van dit besluit waarbij de verwerking wordt ingesteld;
- 3° de identiteit en de contactgegevens van het psychiatrisch verzorgingstehuis en de beheerinstantie;
- 4° de naam van de persoon onder wiens verantwoordelijkheid gegevens over gezondheid worden verwerkt, vermeld in artikel 13, § 1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, en die daarvoor is aangewezen door het psychiatrisch verzorgingstehuis;
- 5° de naam van de persoon die door het psychiatrisch verzorgingstehuis belast is met de veiligheid van de verwerking;
- 6° de identiteit en de contactgegevens van de coördinator, vermeld in artikel 89 van dit besluit;
- 7° de categorieën van personen die toegang hebben tot gegevens over gezondheid of gemachtigd zijn om die gegevens te verkrijgen;
- 8° de categorieën van de betrokkenen;
- 9° de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;
- 10° de organisatie van het circuit van de te verwerken gegevens over gezondheid;
- 11° de procedure om gegevens te anonimiseren of pseudonimiseren;
- 12° de beveiligingsprocedures om toevallige of ongeoorloofde vernietiging van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;
- 13° de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer bewaard, gebruikt of verspreid mogen worden;
- 14° de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke andere vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;
- 15° de onderlinge verbindingen en raadplegingen;
- 16° de gevallen waarin de gegevens worden verwijderd;
- 17° de wijze waarop de zorggebruikers hun rechten vermeld in de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen.

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

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

*Titel 2. — Programmatie*

**Art. 109.** De programmatie van de psychiatrische verzorgingstehuizen gelegen in het Nederlands taalgebied is 0,6 zorggebruikers per duizend inwoners. De programmatie van de psychiatrische verzorgingstehuizen gelegen in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad is 0,2 zorggebruikers per duizend inwoners.

*Titel 3. — Financiering*

**Art. 110.** De opnemingsprijs wordt vastgesteld per dag.

**Art. 111.** De opnemingsprijs bestaat uit de volgende drie delen:

- 1° deel A bestaat uit:
  - a) onderdeel A1 dat de aanloopkosten en afschrijvingslasten dekt, met inbegrip van de financiële lasten voor aangegane leningen, voor bouw- of verbouwingen, uitrusting en apparatuur, grote onderhoudswerken en een eerste installatie;
  - b) onderdeel A2 dat de korte termijncredietlasten dekt. Het dekt de financiële lasten van de korte termijn kredietlasten om de normale werking van het psychiatrisch verzorgingstehuis te verzekeren;
- 2° deel B bestaat uit:
  - a) onderdeel B1 dat alle werkingskosten dekt met uitzondering van de lasten van het verzorgend en paramedisch personeel;
  - b) onderdeel B2 dat de lasten van het verzorgend en paramedisch personeel dekt;
  - c) onderdeel B3 dat de kosten voor de registratie van minimale psychiatrische gegevens dekt;
- 3° deel C dat bestaat uit onderdeel C2A en onderdeel C2B, dat de inhaalbedragen bevat voor een tekort of een teveel aan ontvangsten ten opzichte van het budget dat vastgesteld is voor het lopend kalenderjaar of voor het budget dat vastgesteld is voor een of meer vorige kalenderjaren.

**Art. 112.** § 1. Onderdeel A1, vermeld in artikel 111, 1°, a), dekt:

1° de aanloopkosten:

- a) de oprichtingskosten van een vereniging zonder winstoogmerk of van andere rechtspersonen zonder winstoogmerk;
- b) de kosten van hypothecaire akten;
- c) de bouwbelastingen;
- d) de verzekeringskosten;
- e) de verwarmingskosten;
- f) de kosten van schoonmaak voor de ingebruikstelling;
- g) de financiële lasten van leningen of overbruggingskredieten voor financiering van het eigen aandeel;
- h) de notaris- en registratiekosten ingevolge de leningen, vermeld in g°.

2° de afschrijvingslasten. De investeringslasten, die gedekt worden door onderdeel A1 van de opnemingsprijs van de psychiatrische verzorgingstehuizen worden afgeschreven conform de bepalingen en de termijnen, vermeld in het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen. De afschrijvingen voor de lasten van opbouw, uitrusting en apparatuur, worden berekend op de werkelijke investeringswaarden, en zijn begrensd tot de maximumbedragen die daarvoor gelden, verminderd met:

- a) de om niet-verkregen toelagen;
- b) de schadeloosstelling, vermeld in artikel 10bis van het koninklijk besluit van 19 mei 1987 houdende vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling voor de niet-uitvoering van projecten van ziekenhuisbouw en voor de sluiting en de niet-ingebruikname van ziekenhuisdiensten evenals van de wijze waarop de schadeloosstelling wordt berekend.

De werkelijke investeringswaarden, vermeld in het eerste lid, worden beperkt tot 192.147,25 euro per zorggebruiker, vermeld in de opnamecapaciteit, verhoogd met het percentage van algemene kosten van 10 % op het basisbedrag en de geldende btw. Het geldende maximumbedrag wordt jaarlijks aangepast aan de bouwindex. De basisindex is die van 1 januari 2018 (1,70703).

De investeringswaarden die de basis vormen voor de afschrijvingslasten, worden vastgesteld aan de hand van de bouwindex die van toepassing is in het eerste jaar nadat de investering in gebruik is genomen, behalve als die ingebruikname in de maand januari is. Dan geldt de bouwindex van het jaar in kwestie.

De afschrijvingslasten voor onroerende investeringen waarvoor geen toelagen kunnen worden verkregen, worden voor 100 % van de werkelijke investeringswaarde gedekt in de opnemingsprijs van de psychiatrische verzorgingstehuizen.

Voor de afschrijvingen van lasten van grote onderhoudswerken alsook voor de lasten van een eerste inrichting, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen, na aftrek van de eventuele subsidiëring.

De volgende lasten worden ook op reële basis vergoed:

- 1° de lasten die verband houden met de afschrijving van medische uitrusting;
- 2° de lasten die verband houden met de afschrijving van de niet-medische uitrusting, met inbegrip van informatica-apparatuur en meubilair;
- 3° de lasten die verband houden met de afschrijving van het rollend materieel.

De aankoopprijs van de grond wordt uitgesloten van de vermelde afschrijving.

Voor de toepassing van deze paragraaf worden de lasten voor het huren van gebouwen gelijkgesteld met afschrijvingen.

§ 2. Voor de financiële lasten van leningen die zijn aangegaan ter financiering van de investeringen, vermeld in paragraaf 1, gedekt door onderdeel A1 van de opnemingsprijs, worden ook de werkelijke lasten in aanmerking genomen met dezelfde beperkingen als de beperkingen, vermeld in paragraaf 1.

§ 3. Voor onderdeel A2, vermeld in artikel 111, 1°, b), van dit besluit, gelden de bepalingen voor de psychiatrische ziekenhuizen, vermeld in artikel 30 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018.

**Art. 113.** Onderdeel B1, vermeld in artikel 111, 2°, a), wordt vastgesteld op 36,67 euro per dag. Dit bedrag wordt geïndexeerd conform de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

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

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

**Art. 114.** Onderdeel B2, vermeld in artikel 111, 2°, b), wordt vastgesteld op 88,18 euro per dag per zorggebruiker met een verstandelijke beperking en 81,46 euro per dag per andere zorggebruiker.

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

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

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

Onderdeel B2, vermeld in artikel 111, 2°, b), dekt de kosten van de volgende zorg:

- 1° de verzorging verleend door verpleegkundigen;



2° de kinesitherapieverstrekkingen en de logopedieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers, die daarvoor bevoegd zijn, met uitzondering van de kinesitherapieverstrekkingen die niet in de psychiatrische behandeling kaderen en die door een behandelende arts, andere dan de coördinerend en behandelend psychiater worden voorgeschreven;

3° de bijstand in de handelingen van het dagelijks leven en elke handeling tot re-activatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;

4° de geneeskundige verstrekkingen verleend door de coördinerende en behandelende psychiater.

**Art. 115.** Onderdeel B3, vermeld in artikel 111, 2°, c), bedraagt 3413,79 euro per erkend psychiatrisch verzorgingstehuis, vermeerderd met 73,99 euro per zorggebruiker, vermeld in de opnamecapaciteit.

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

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

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

**Art. 116.** De onderdelen C2A en C2B, vermeld in artikel 111, 3°, worden als volgt bepaald:

1° C2A: het verschil tussen het nog niet in aanmerking genomen inhaalbedrag van het psychiatrisch verzorgingstehuis gedeeld door het aantal dagen dat overeenkomt met het gemiddeld aantal opgenomen zorggebruikers, vermeld in de opnamecapaciteit van het psychiatrisch verzorgingstehuis met een bezettingsgraad van 90 %, en het onderdeel C2B;

2° C2B: het gemiddelde inhaalbedrag verkregen door de som van de inhaalbedragen die nog niet in aanmerking zijn genomen voor het geheel van de erkende psychiatrische verzorgingstehuizen, gedeeld door het aantal dagen dat overeenkomt met het gemiddelde aantal opgenomen zorggebruikers van de sector met een bezettingsgraad van 90 %, waarna van dat gemiddelde inhaalbedrag een bedrag van 1,60 euro wordt afgetrokken.

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

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

**Art. 117.** § 1. Elk psychiatrisch verzorgingstehuis voert een eigen boekhouding conform de regels, die opgenomen zijn in bijlage 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen.

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

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

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

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

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

1° het eerste deel bestaat uit ten minste vijf cijfers en verwijst naar de kosten- of opbrengstenrekening volgens de aard waarmee de verrichting overeenstemt;

2° het tweede deel bestaat uit een cijfer dat overeenstemt met het bestanddeel van de kostprijs, vermeld in het eerste lid.

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

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

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

1° de eindbalans, de resultatenrekening voor het psychiatrisch verzorgingstehuis, de staten en inlichtingen waarvan de modellen bij het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen zijn vastgesteld;

2° het aantal dagen dat gerealiseerd is gedurende het beschouwde boekjaar, alsook de uitsplitsing van die dagen per maand, per betalingsinstelling en per categorie: zorggebruiker met of zonder een verstandelijke beperking;

3° de inlichtingen over het personeel vermeld in artikel 89 per kalenderjaar.

**Art. 118.** De beheerinstantie van het psychiatrisch verzorgingstehuis gaat binnen een maand in op de vragen naar informatie komende van het agentschap en deelt aan het agentschap alle inlichtingen en documenten mee die zij noodzakelijk acht voor het toezicht op de uitvoering van dit besluit.

#### *Titel 4. — Tegemoetkoming voor zorg in de opnemingsprijs*

**Art. 119.** § 1. De tegemoetkoming voor zorg, vermeld in artikel 66 van het decreet van 6 juli 2018, dekt de kosten van onderdeel B2, B3 en C2A, vermeld in artikel 111, 2° en 3°, van de opnemingsprijs.

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

Die subsidie wordt enkel uitbetaald indien het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn het bewijs kan voorleggen dat het bij de bepaling van de individuele tegemoetkoming rekening gehouden heeft met de bepalingen van artikel 81 van dit besluit.

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

#### *Titel 5. — Financiering ten laste van de rechthebbende*

**Art. 120.** De bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 69 van het decreet van 6 juli 2018, is de som van de toepasselijke bedragen, vermeld in artikel 121 van dit besluit.

**Art. 121.** § 1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1° inkomensgarantie voor ouderen: de inkomensgarantie voor ouderen, vermeld in de wet van 22 maart 2001 tot instelling van een inkomensgarantie voor ouderen;

2° integratietegemoetkoming: de integratietegemoetkoming, vermeld in artikel 1 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;

3° invaliditeitsuitkering: de invaliditeitsuitkering, vermeld in artikel 93 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

4° maatschappelijke integratie: de maatschappelijke integratie, vermeld in de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie;

5° verhoogde tegemoetkoming: de verhoogde tegemoetkoming, vermeld in artikel 37, § 1 en § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

§ 2. Een eerste deel van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 120, wordt vastgesteld op:

1° 15,41 euro per dag:

a) voor zorggebruikers die personen ten laste hebben in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging of in het kader van een rechterlijke beslissing;

b) voor de rechthebbenden die in de verzekering voor geneeskundige verzorging ingeschreven staan als personen ten laste van een zorggebruiker;

2° 9,25 euro per dag voor de zorggebruikers die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming;

3° 4,63 euro per dag voor alle andere zorggebruikers.

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

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

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

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

1° 9,91 euro per dag als het gaat om:

a) zorggebruikers die aan één van de volgende voorwaarden beantwoorden:

1) ze hebben recht op een maatschappelijke integratie;

2) ze hebben recht op een gewaarborgd inkomen of behouden het recht op een rentebijslag met toepassing van de wet van 1 april 1969 tot instelling van een gewaarborgd inkomen voor bejaarden;

3) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming of inkomensvervangende tegemoetkoming met toepassing van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkoming aan personen met een handicap;

b) zorggebruikers die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen;

c) zorggebruikers die in de verzekering voor geneeskundige verzorging als persoon ten laste van de gerechtigden, vermeld in punt a) en b), zijn ingeschreven;

2° 7,44 euro per dag als het gaat om:

a) zorggebruikers die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en die geen personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging;

b) zorggebruikers die personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging of bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, met uitzondering van de zorggebruikers, vermeld in punt 1°, a) en b);

c) zorggebruikers die in de verzekering voor geneeskundige verzorging als personen ten laste van de in b) vermelde gerechtigden zijn ingeschreven;

3° 4,96 euro per dag als het gaat om zorggebruikers die geen personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, met uitzondering van de zorggebruikers, vermeld in punt 1°, a), en 2°, a).

§ 3. Een tweede deel van de bijkomende forfaitaire tegemoetkoming, vermeld in artikel 120, wordt vastgesteld op:

1° 7,59 euro per verblijfdag voor de zorggebruiker die aan één van de volgende voorwaarden beantwoordt:

a) ze hebben personen ten laste in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

b) ze zijn verplicht om, in het kader van een rechterlijke beslissing of notariële akte, onderhoudsgeld te storten;

c) in de verzekering voor geneeskundige verzorging staan ze ingeschreven als persoon ten laste van een zorggebruiker;

2° 13,95 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben:

1) geen recht op een integratietegemoetkoming;

2) recht op een integratietegemoetkoming categorie 1;

d) ze hebben recht op één van de volgende tegemoetkomingen:

1) een invaliditeitsuitkering als onregelmatig werknemer;

2) een maatschappelijke integratie;

3) een inkomensgarantie voor ouderen;

3° 10,95 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben hetzij:

1) geen recht op een integratietegemoetkoming;

2) recht op de integratietegemoetkoming categorie 1;

d) ze hebben hetzij:

1) geen recht op een invaliditeitsuitkering;

2) recht op een invaliditeitsuitkering andere dan onregelmatig werknemer;

4° 8,25 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 2 of 3;

d) ze hebben recht op een invaliditeitsuitkering als onregelmatig werknemer;

5° 5,75 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 2 of 3;

d) ze hebben hetzij:

1) geen recht op een invaliditeitsuitkering;

2) recht op een invaliditeitsuitkering andere dan onregelmatig werknemer;

6° 5,75 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 4 of 5;

d) ze hebben recht op een invaliditeitsuitkering als onregelmatig werknemer;

7° 4,75 euro per verblijfdag voor de zorggebruikers die voldoen aan al de volgende voorwaarden:

a) ze vallen niet onder toepassing van punt 1°;

b) ze hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming;

c) ze hebben recht op een integratietegemoetkoming categorie 4 of 5;

d) ze hebben hetzij:

1) geen recht op een invaliditeitsuitkering;

2) recht op een invaliditeitsuitkering andere dan onregelmatig werknemer.

8° 4,27 euro per verblijfsdag voor de zorggebruikers die niet onder toepassing valt van punt 1° tot en met 7°.

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

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

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

### Deel 3. — Initiatieven van beschut wonen

#### *Titel 1. — Erkennung*

#### HOOFDSTUK 1. — *Algemene bepalingen*

**Art. 122.** § 1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1° begeleidingscapaciteit: het maximale aantal zorggebruikers dat een initiatief van beschut wonen dagelijks gelijktijdig kan begeleiden op basis van een begeleidingsovereenkomst als vermeld in artikel 128;

2° huisvestingscapaciteit: het maximale aantal zorggebruikers dat een initiatief van beschut wonen dagelijks gelijktijdig kan huisvesten op basis van een verblijfsovereenkomst als vermeld in artikel 130.

De erkenning als initiatief van beschut of als zorgvernieuwend initiatief van een initiatief van beschut wonen dat al erkend is, wordt door de leidend ambtenaar verleend per initiatief van beschut wonen, en legt enerzijds de begeleidingscapaciteit en anderzijds de huisvestingscapaciteit vast. De erkenning vermeldt ook het adres van de woonegelegenheden, vermeld in artikel 129.

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

§ 2. Het initiatief van beschut wonen leeft de vereisten na vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2006 betreffende de boekhouding en het financieel verslag voor de voorzieningen in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

#### HOOFDSTUK 2. — *Algemene werkingsnormen*

**Art. 123.** De herstelondersteunende begeleiding, vermeld in artikel 55, § 1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, bestaat uit ondersteunende en ontwikkelingsgerichte begeleiding in de eigen leefomgeving van de zorggebruiker.

In het eerste lid wordt verstaan onder:

1° ondersteunend: gericht op het behoud van vaardigheden;

2° ontwikkelingsgericht: gericht op het bijkomend verwerven van vaardigheden;

3° eigen leefomgeving: de milieus die de zorggebruiker zelf heeft gekozen op het vlak van wonen, werken, leren en recreëren.

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

1° zelfzorg;

2° wonen;

3° werken of alternatieven voor werk;

4° leren;

5° recreëren;

6° psychische en somatische gezondheid;

7° sociale contacten;

8° budget;

9° administratie;

10° huishouden;

11° mobiliteit.

**Art. 124.** Voor de uitvoering van haar opdracht kan een initiatief van beschut wonen personeel en middelen inzetten samen met andere actoren die gerelateerde opdrachten voor dezelfde doelgroep opnemen. De minister legt de operationele voorwaarden vast waaraan deze samenwerking moet voldoen.

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

#### HOOFDSTUK 3. — *Zorgverleningsnormen*

##### *Afdeling 1. — Algemeen*

**Art. 125.** Het initiatief van beschut wonen voorziet herstelondersteunende begeleiding, zonder dat de begeleiders voortdurend aanwezig zijn in de woning van de zorggebruiker.

##### *Afdeling 2. — Instroombeleid*

**Art. 126.** Het initiatief van beschut wonen werkt op basis van de algemene werkingsnormen, vermeld in artikel 123, en het non-discriminatiebeginsel, vermeld in artikel 138, criteria uit voor de instroom van zorggebruikers.

**Art. 127.** Het initiatief van beschut wonen hanteert een instroomprocedure die beschrijft hoe kandidaat-zorggebruikers zich kunnen aanmelden bij het initiatief van beschut wonen, hoe de zorgbehoeften van de kandidaat-zorggebruiker op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze in kaart worden gebracht, en hoe de toetsing aan de instroomcriteria, vermeld in artikel 126, verloopt.

Het instroombeleid wordt periodiek geëvalueerd door de coördinator en begeleiders, vermeld in artikel 144, samen met de coördinerend psychiater, vermeld in artikel 145.

**Art. 128.** § 1. Met de zorggebruiker of met zijn wettelijke vertegenwoordiger, sluit het initiatief van beschut wonen een begeleidingsovereenkomst af waarin de volgende elementen zijn opgenomen:

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

De begeleidingsovereenkomst kan alleen gewijzigd worden na voorafgaande kennisgeving aan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Indien de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger niet akkoord gaat met de voorgestelde wijzigingen in de begeleidingsovereenkomst kan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de begeleidingsovereenkomst beëindigen mits inachtneming van een opzeggingstermijn.

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

Bij de begeleidingsovereenkomst wordt een kopie van het reglement, vermeld in artikel 151, en een bijkomend huishoudelijk reglement gevoegd waarin alle andere relevante begeleidingsvoorwaarden en regels worden bepaald, die niet geregeld zijn in de begeleidingsovereenkomst. Elke zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger ondertekent het huishoudelijk reglement voor akkoord.

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

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

**Art. 129.** In het kader van de begeleidingsopdracht en binnen het beschikbaar patrimonium van het initiatief van beschut wonen, kan het initiatief van beschut wonen aan zorggebruikers die daaraan behoefte hebben, een woongelegenheid ter beschikking stellen tijdens de looptijd van de begeleiding om op die wijze de zorggebruiker een plaats in de samenleving te geven.

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

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

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

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

**Art. 130.** Voor de zorggebruikers die verblijven in een woongelegenheid als vermeld in artikel 129, wordt de begeleidingsovereenkomst, vermeld in artikel 128, aangevuld met een verblijfsovereenkomst die de volgende voorwaarden van het verblijf in de woongelegenheid bepalen:

- 1° de identificatie van het initiatief van beschut wonen en de zorggebruiker;
- 2° de belangrijkste verblijfsvoorwaarden;
- 3° de begindatum;
- 4° de duur van de overeenkomst;
- 5° de verblijfskosten;
- 6° de beëindigingsvoorwaarden, vermeld in artikel 131;
- 7° de klachtenprocedure;
- 8° de proefperiode.

De verblijfsovereenkomst is gekoppeld aan de begeleidingsovereenkomst, vermeld in artikel 128, en bijgevolg aan de duur van de begeleiding.

De verblijfsovereenkomst kan alleen gewijzigd worden na voorafgaande kennisgeving aan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Indien de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger niet akkoord gaan met de voorgestelde wijzigingen in de verblijfsovereenkomst kan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de verblijfsovereenkomst beëindigen mits inachtneming van een opzeggingstermijn.

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

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

**Art. 131.** § 1. Onder voorbehoud van paragraaf 2 kan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de begeleidings- en verblijfsovereenkomst beëindigen met een opzeggingstermijn van dertig dagen. De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag die volgt nadat de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker of het initiatief van beschut wonen.

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

1° zestig dagen, als de coördinerend psychiater, vermeld in artikel 145, oordeelt dat de lichamelijke of geestelijke toestand van de zorggebruiker van die aard is dat een toeleiding naar meer aangepaste zorg dan degene die kan worden aangeboden vereist is. Het initiatief van beschut wonen verbindt er zich toe in overleg met de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger te zorgen voor een verwijzing naar die aangepaste zorg en verlegt het de opzeggingstermijn als dit nodig is;

2° dertig dagen, als de beheerinstantie oordeelt dat het gedrag van de zorggebruiker ernstig storend is voor de medezorggebruikers of als het gedrag van de zorggebruiker de begeleiding in ernstige mate verhindert. In dit geval zend het initiatief van beschut wonen voorafgaand een schriftelijke aanmaning aan de zorggebruiker met het dwingend verzoek om de tekortkomingen, zoals omschreven in de aanmaning, te verhelpen. Als de zorggebruiker geen gevolg geeft aan die aanmaning kan het initiatief van beschut wonen, na goedkeuring door de coördinerend psychiater, vermeld in artikel 145, de verblijfsovereenkomst opzeggen. Het initiatief van beschut wonen staat samen met coördinerend psychiater, vermeld in artikel 145, in voor de verwijzing naar een passend verblijf in overleg met de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger en zijn context, en verlegt de opzeggingstermijn als dat nodig is.

De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag die volgt nadat de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker of het initiatief van beschut wonen.

§ 2. De eerste dertig dagen van het verblijf worden beschouwd als een proefperiode. Tijdens die periode geldt voor de zorggebruiker een verkorte opzeggingstermijn van zeven dagen en geldt voor het initiatief van beschut wonen een verkorte opzeggingstermijn van dertig dagen. De opzeggingstermijn begint op de eerste werkdag die volgt nadat de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker of het initiatief van beschut wonen 48.

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

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

#### *Afdeling 3. — Begeleidingsplan*

**Art. 132.** De begeleiding door het initiatief van beschut wonen vertrekt van een zorgvuldige en gestructureerde verkenning van de zorgbehoeften van de zorggebruiker en zijn context op de diverse levensdomeinen, vermeld in artikel 123, derde lid.

Op basis van de zorgbehoeften, vermeld in het eerste lid, werken de zorggebruiker en de begeleiders een begeleidingsplan uit. Als het mogelijk is en de zorggebruiker dat wenst worden ook personen uit de context betrokken bij de uitwerking van dat begeleidingsplan. Het begeleidingsplan omvat minstens een overzicht van de zorgbehoeften, de voorkeuren van de zorggebruiker, de doelstellingen die men door de begeleiding wil bereiken, een prioritering van de doelstellingen en een plan van aanpak van de prioritaire doelstellingen in de vorm van acties en begeleidingsactiviteiten. De begeleidingsactiviteiten richten zich zowel naar de zorggebruiker als naar zijn context als de zorggebruiker daarom verzoekt of daarmee akkoord gaat.

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

**Art. 133.** Van iedere zorggebruiker wordt een individueel dossier bijgehouden met minimaal de identiteitsgegevens, de voorgeschiedenis, de medische, sociale en juridische basisinformatie, de begeleidingsovereenkomst, het begeleidingsplan, het crisisplan, vermeld in artikel 134, en in voorkomend geval de verblijfsovereenkomst.

De bewaartermijn van het in het eerste lid vermelde dossier is 30 jaar na het ontslag van de zorggebruiker.

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

**Art. 134.** Het initiatief van beschut wonen organiseert de nodige procedures zodat de zorggebruiker in een crisissituatie dag en nacht beroep kan doen op de meest aangewezen hulpverlening. De zorggebruiker wordt duidelijk geïnformeerd over die procedures.

Het crisisplan wordt samen met de zorggebruiker opgesteld.

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

**Art. 135.** Het initiatief van beschut wonen voert een beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidepreventie en crisissen en ontwikkelt via vorming de nodige expertise daarvoor.

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

**Art. 136.** Bij de begeleiding van de zorggebruikers en hun context schakelt het initiatief van beschut wonen, waar mogelijk, adere partners uit de eerstelijnszorg, de algemene gezondheidszorg of de welzijnssector, of andere netwerkpartners in.

*Afdeling 4. — Zorgcontinuïteit*

**Art. 137.** Het initiatief van beschut wonen waakt over de continuïteit van de herstelgerichte begeleiding, zowel in de toeleiding van de zorggebruiker naar het initiatief van beschut wonen, als tijdens de begeleiding in beschut wonen als in het vervolg na de begeleiding, met respect voor de keuzevrijheid van de zorggebruiker.

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

*Afdeling 5. — Non-discriminatie*

**Art. 138.** Het initiatief van beschut wonen waarborgt de volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging, van zijn zorggebruikers.

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

*Afdeling 6. — Klachten*

**Art. 139.** Het initiatief van beschut wonen werkt een interne klachtenprocedure uit, en deelt op een systematische en toegankelijke wijze aan iedere nieuwe zorggebruiker het doel, de werking en de bereikbaarheid mee van de ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg, die verbonden is aan de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, vermeld in artikel 11 tot en met 21 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

*HOOFDSTUK 4. — Functionele en organisatorische werkingsnormen*

**Art. 140.** Het initiatief van beschut wonen neemt de begeleiding op van de doelgroep, vermeld in artikel 55, § 1, van het decreet van 6 juli 2018, ongeacht de woonvorm van de zorggebruiker.

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

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

**Art. 141.** Het initiatief van beschut wonen beschikt over minstens één aanloopadres en een centraal telefoonnummer waarop het begeleiderteam bereikbaar is.

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

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

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

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

**Art. 142.** Het initiatief van beschut wonen richt voor zijn zorggebruikers een zorggebruikersraad op. Die zorggebruikersraad heeft een adviserende bevoegdheid over het gevoerde beleid.

**Art. 143.** Het initiatief van beschut wonen bezorgt het agentschap jaarlijks de gegevens, die zijn opgenomen in bijlage 2 bij dit besluit, voor de analyse van die gegevens, voor evidence based beleidsvoering voor het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid en voor de informatieverstrekking daarover, vermeld in artikel 13, § 6, van het decreet van 6 juli 2018.

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

De bewaartermijn van de in het eerste lid vermelde persoonsgegevens is één jaar na het ontvangen van de gegevens.

*HOOFDSTUK 5. — Personeelsnormen*

**Art. 144.** Het initiatief van beschut wonen beschikt voor de begeleiding van de zorggebruiker over een multidisciplinair team, onder leiding van een coördinator die over de nodige competenties voor leidinggeven en management beschikt.

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

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

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

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

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

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

Het initiatief van beschut wonen verstrekt aan het agentschap op verzoek en op de wijze bepaald door het agentschap de volgende inlichtingen over het personeel:

- de voor- en achternaam van het personeelslid;
- het rijksregisternummer;
- de geboortedatum;
- de functie;
- het diploma;
- het aantal uren dat het personeelslid moet presteren en gepresteerd heeft;
- de datum van de aanwerving;
- de eventuele vertrekdatum;

Het initiatief van beschut wonen bewaart de in het vorige lid vermelde personeelsgegevens tot één jaar na het vertrek van het personeelslid.

De stukken tot staving van de gegevens, vermeld in artikel 153, § 2, 7°, d) f) en g), worden gedurende vijf jaar bewaard door het initiatief van beschut wonen.

**Art. 145.** Het initiatief van beschut wonen stelt een coördinerende arts-specialist in de psychiatrie of neuropsychiatrie aan, die verantwoordelijk is voor:

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

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

**Art. 146.** Op geregelde tijdstippen vindt een teamoverleg plaats waarin alle disciplines zijn vertegenwoordigd, inclusief de psychiater, vermeld in artikel 145.

#### HOOFDSTUK 6. — *Tijdelijke en gemotiveerde afwijking van de erkenningsnormen*

**Art. 147.** Op gemotiveerde aanvraag van het initiatief van beschut wonen kan het agentschap, in het kader van een proefproject, overeenkomstig artikel 58 van het decreet van 6 juli 2018, het initiatief van beschut wonen een tijdelijke afwijking van een of meer erkenningsnormen toestaan.

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

#### HOOFDSTUK 7. — *Zorgvernieuwend initiatieven*

##### *Afdeling 1. — Activering*

**Art. 148.** In dit artikel wordt onder activering verstaan: de oriëntatie naar en begeleiding van de zorggebruiker bij de meest passende activiteit op de domeinen werk, vorming, vrijetijd en ontmoeten.

Een erkend initiatief van beschut wonen kan een activeringsaanbod organiseren voor volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige psychiatrische problematiek. Dat aanbod staat zowel open voor zorggebruikers met wie het initiatief van beschut wonen een begeleidingsovereenkomst als vermeld in artikel 128, heeft gesloten, als voor zorggebruikers met wie het initiatief van beschut wonen geen begeleidingsovereenkomst heeft gesloten.

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

- 1° het initiatief van beschut wonen begeleidt de zorggebruikers, vermeld in het tweede lid, zoveel mogelijk naar een passende activiteit in het reguliere aanbod van werk, vorming, vrije tijd en ontmoeting;
- 2° voor de zorggebruikers, vermeld in het tweede lid, die weinig tot geen mogelijkheden hebben om aan te sluiten bij het gewone maatschappelijke aanbod, organiseert het initiatief van beschut wonen zelf binnen de grenzen van de toegekende financiering of in samenwerking met andere lokale partners in de zorg een zo gevarieerd mogelijk basisaanbod aan dagactiviteiten op een of meer van de domeinen, vermeld in het eerste lid, waarin de zorggebruiker kan experimenteren met het opnemen van sociale rollen in een veilige omgeving;
- 3° het initiatief van beschut wonen evalueert het activeringsaanbod regelmatig en systematisch in samenspraak met de partners van het netwerk;



4° het initiatief van beschut wonen zet minstens de volgende personeelscapaciteit in voor activering:

- a) 0,50 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met maximaal 19 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 128;
- b) 0,75 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met 20 tot 39 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 128;
- c) 1,25 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met 40 tot 59 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 128;
- d) 1,50 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met 60 tot 99 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 128;
- e) 2,00 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met 100 tot 149 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 128;
- f) 3,00 voltijds equivalenten voor een initiatief van beschut wonen met meer dan 150 zorggebruikers met wie het een begeleidingsovereenkomst heeft afgesloten als vermeld in artikel 128.

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

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

#### *Afdeling 2. — Psychiatrische zorg in de thuissituatie*

**Art. 149.** Een erkend initiatief van beschut van wonen kan een zorgvernieuwend initiatief nemen voor herstelondersteunende begeleiding van volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige, psychiatrische problematiek nemen in de vorm van psychiatrische zorg in de thuissituatie.

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

1° het gaat enerzijds om de ondersteuning van volwassenen en ouderen met een psychiatrische problematiek die na enige periodieke ondersteuning in staat zijn om zelfstandig te wonen en anderzijds om de ondersteuning van eerstelijnsactoren bij het detecteren van volwassenen en ouderen met een vermoedelijke psychiatrische problematiek en bij de omgang met hen;

2° de ondersteuning wordt uitgevoerd door een erkend initiatief van beschut wonen in samenspraak met de partners van het netwerk.

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

**Art. 150.** De opdrachten van psychiatrische zorg voor patiënten in hun thuissituatie die voor 1 januari 2019 door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geselecteerd en gefinancierd zijn conform artikel 1, J), van het koninklijk besluit van 18 juli 2001 houdende vaststelling van de regelen volgens dewelke het budget van financiële middelen, het quotum van verblijfdagen en de prijs per verblijfdag voor initiatieven van beschut wonen worden bepaald, zoals van kracht op 31 december 2018, worden erkend als zorgvernieuwend initiatief voor psychiatrische zorg in de thuissituatie, voor de resterende duur van de erkenning van het initiatief van beschut wonen.

#### *HOOFDSTUK 8. — Bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van zorggebruikers, in het bijzonder medische gegevens*

**Art. 151.** Elk initiatief van beschut wonen beschikt, voor de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op de zorggebruikers, in het bijzonder voor gegevens over gezondheid als vermeld in artikel 4, 15), van de algemene verordening gegevensbescherming, over een reglement voor de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens.

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

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

- 1° het doel van de verwerking;
- 2° de bepalingen van artikel 13 van het decreet van 6 juli 2018 en artikel 7 en 8 van dit besluit waarbij de verwerking wordt ingesteld;
- 3° de identiteit en de contactgegevens van het initiatief van beschut wonen en de beheerinstantie;
- 4° de naam van de persoon onder wiens verantwoordelijkheid gegevens over gezondheid worden verwerkt, vermeld in artikel 13, § 1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, en die daarvoor is aangewezen door het initiatief van beschut wonen;
- 5° de naam van de persoon die door het initiatief van beschut wonen belast is met de veiligheid van de verwerking;
- 6° de identiteit en de contactgegevens van de coördinator, vermeld in artikel 144 van dit besluit;
- 7° de categorieën van personen die toegang hebben tot gegevens over gezondheid of gemachtigd zijn om die gegevens te verkrijgen;
- 8° de categorieën van de betrokkenen;
- 9° de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;
- 10° de organisatie van het circuit van de te verwerken gegevens over gezondheid;
- 11° de procedure om gegevens te anonimiseren of pseudonimiseren;
- 12° de beveiligingsprocedures om toevallige of ongeoorloofde vernietiging van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;
- 13° de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer bewaard, gebruikt of verspreid mogen worden;

14° de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke andere vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;

15° de onderlinge verbindingen en raadplegingen;

16° de gevallen waarin de gegevens worden verwijderd;

17° de wijze waarop de zorggebruikers hun rechten vermeld in de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen.

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

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

#### *Titel 2. — Programmatie*

**Art. 152.** De programmatie van de initiatieven van beschut wonen gelegen in het Nederlandse taalgebied is 0,5 zorggebruikers per duizend inwoners. De programmatie van de initiatieven van beschut wonen gelegen in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad is 0.17 zorggebruikers per duizend inwoners.

#### *Titel 3. — Financiering*

**Art. 153.** § 1. Per erkend initiatief van beschut wonen wordt een prijs per verblijfdag bepaald per zorggebruiker als vermeld in de begeleidingscapaciteit. De prijs per verblijfdag in een initiatief van beschut wonen is gelijk aan de som van de vergoedingen, vermeld in paragraaf 2, gedeeld door het quotum van verblijfdagen.

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

Provisieel wordt uitgegaan van een bezetting van 100 %.

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

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

1° een vergoeding voor de personeelskosten: 8.475,02 euro per zorggebruiker voor twee derde van het aantal zorggebruikers en 11.300,05 euro per zorggebruiker voor een derde van het aantal zorggebruikers;

2° een vergoeding voor de werkingskosten gekoppeld aan de begeleiding: 770,35 euro per zorggebruiker;

3° een vergoeding voor de kosten van het functiecomplement van de coördinator: jaarlijks een brutobedrag van 1.367,56 euro voor een jaarlijkse coördinatiepremie voor de coördinator;

4° een vergoeding voor de functie van coördinerend psychiater:

a) 9.371,52 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 20 zorggebruikers;

b) 15.619,21 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 40 zorggebruikers;

c) 18.743,05 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 60 zorggebruikers;

d) 21.866,93 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 80 zorggebruikers;

e) 24.990,77 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 100 zorggebruikers;

f) 28.114,61 euro voor de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van meer dan 100 zorggebruikers.

5° een vergoeding voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens: 3.470,94 euro per initiatief van beschut wonen, verhoogd met 69,40 euro per zorggebruiker;

6° een eenmalige installatievergoeding van 2.074,03 euro per extra zorggebruiker nadat het agentschap de begeleidingscapaciteit van een erkend initiatief van beschut wonen heeft uitgebreid;

7° een vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen:

a) Definities

Voor de toepassing van dit punt 7° wordt verstaan onder :

1) eindeloopbaanmaatregelen: de maatregelen genomen in het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

2) personeelsleden: het verplegend en verzorgend personeel in de zin van artikel 8, 7° en 8°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Onder verzorgend personeel verstaat men de werknemers die de ermee overeenstemmende loonschaal genieten.

Hierbij komen nog :

a. de sociaal verpleegkundigen;

b. de kinesitherapeuten/ergotherapeuten/logopedisten/diëtisten;

c. opvoeders begeleiders geïntegreerd in de zorgteams;

d. maatschappelijk assistenten en psychologische assistenten tewerkgesteld in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutisch programma;

e. de psychologen, orthopedagogen en pedagogen tewerkgesteld in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutisch programma;

f. de logistieke assistenten;

g. de personen vermeld in de artikelen 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

De omschrijving van de beroepen verwijst naar de reëel uitgeoefende functie.

3) verantwoorde afwezigheidsperiode: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden met werkdagen of werkuren, voor zover die aanleiding gegeven hebben tot de betaling van een vergoeding door de instelling. Hierin zitten eveneens de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op beschikbaarheid gesteld is.

b) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen gelden de volgende principes:

1) de initiatieven van beschut wonen hebben recht op een jaarlijkse financiële tegemoetkoming ter compensatie van de maatregelen voor de vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek als vermeld in het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren, afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en in het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, op voorwaarde dat ze onderworpen zijn aan de toepassing van een collectieve arbeidsovereenkomst gesloten in de bevoegde paritaire commissie, of van protocolakkoorden gesloten in de bevoegde onderhandelingscomités, als vermeld in de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel;

2) de financiële tegemoetkoming dekt alleen de voordelen, vermeld in dit besluit, en is maar mogelijk als de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord voorziet in de volgende voordelen en als de betrokken personeelsleden die voordelen ook daadwerkelijk krijgen:

i) de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uur, 192 uur of 288 betaalde uren per jaar, toegekend in de vorm van volledige dagen. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de voormelde respectieve leeftijdsgrenzen bereikt worden. De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen ook opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26 %, 10,52 % of 15,78 %, berekend op hun voltijdse wedde. Bij combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur;

ii) het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een bijkomend aantal compensatiedagen of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie, gelijk aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie. Voor de werknemers in de privé sector en rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid, zal aan de deeltijdse werknemers voorgesteld worden om binnen de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van voormelde collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35, de wekelijkse arbeidsduur ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst automatisch te verhogen. Ze krijgen in dat geval een vrijstelling van prestaties op basis van hun nieuw contract. Voor de werknemers in de publieke sector die deeltijds werken en voor wie eindeloopbaanmaatregelen gelden, is de werkgever ertoe gehouden hen drie maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in dat kader voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur die ingeschreven is in hun arbeidsovereenkomst, verhoogd wordt naar rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties waarin voorzien is voor de leeftijdscategorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of zijn toegang tot een hoger recht in het kader van de eindeloopbaanregeling, aan de werkgever ofwel zijn akkoord met die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur te betekenen ofwel zijn weigering mee te delen. In dat laatste geval krijgt de werknemer een vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties waarin voorzien is voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort en dit in verhouding tot zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer;

iii) de volgende personen worden gelijkgesteld met de personeelsleden: de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever verricht hebben in een of meer functies, waarvoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties voor zondag, zaterdag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten of elke andere vergoeding ontvangen hebben die voortvloeit uit een collectieve arbeidsovereenkomst, of die een compensatierust ingevolge die prestaties gekregen hebben. De verantwoorde afwezigheidsperiodes de gelijkgestelde dagen (of uren) komen in aanmerking op basis van het gemiddelde van de rest van de referentieperiode. De werknemer die niet meer aan de voormelde voorwaarde van 200 uur onregelmatige prestaties over een referentieperiode van maximaal 24 maanden voldoet, kan bij de overgang naar een hogere leeftijdscategorie geen bijkomende vrijstelling van arbeidsprestaties krijgen. De deeltijdse werknemers bewijzen een aantal uren van onregelmatige prestaties dat overeenstemt met 200 uur berekend naar verhouding van de arbeidsduur over een referentieperiode van maximaal 24 maanden. De werknemer die, op het moment dat hij de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt, geen 200 uur onregelmatige prestaties bij dezelfde werkgever verricht heeft of die niet meer aan die voorwaarde voldoet, treedt toe tot het statuut van gelijkgesteld personeel, en dus tot het recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op het moment dat hij die 200 uren in de loop van een periode van maximaal 24 achtereenvolgende maanden heeft uitgevoerd. De vrijstelling van arbeidsprestaties gaat dan in op de dag die is bepaald in de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord dat van toepassing is;

iv) de personen voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden die ingevoerd zijn door het in 2000 gesloten sociale akkoord, en die voor de loonpremie geopteerd hebben, blijven dat voordeel behouden. De personen voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden die vóór 1 oktober 2005 zijn ingesteld, en die hebben gekozen voor de loonpremie, blijven die behouden. Als een personeelslid van functie wisselt, behoudt hij zijn voorafgaand recht op de eindeloopbaanmaatregelen;

v) de werknemers die vrijgesteld zijn van prestaties, worden altijd beschouwd als werknemers die hun contractuele of statutaire arbeidsduur behouden;

vi) de optie van vrijstelling is altijd definitief. Daarentegen, het behoud van prestaties met premie kan op elk ogenblik worden omgezet in vrijstelling van arbeidsprestaties;

c) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen gelden de volgende financieringsregels: om de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt aan de initiatieven van beschut wonen een forfaitair bedrag toegekend, vastgesteld volgens de volgende regels:

1) de personeelscategorieën zijn de volgende:

i) de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in ziekenhuisverzorging;

ii) de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, logopedisten, de diëtisten, de opvoeders-begeleiders geïntegreerd in de zorgteams, de maatschappelijk assistenten en psychologisch assistenten in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutisch programma, de psychologen, orthopedagogen en pedagogen in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutisch programma;

iii) de verzorgenden en de werknemers, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

iv) het gelijkgesteld personeel en de logistieke assistenten;

2) Het forfaitaire bedrag wordt als volgt berekend:  $F = F1 + F2$

3) berekening van de vrijstelling van arbeidsprestaties:  $F1 = \text{het verschuldigd bedrag voor de compenserende indienstneming voor personeelsleden die voor de vrijstelling van de wekelijkse arbeidsprestaties opteren: } F1 = A_i * T1/S * N/Y$ , waarbij:

i)  $A_a = 50.286,36$  euro voor categorie i;

ii)  $A_b = 50.286,36$  euro voor categorie ii;

iii)  $A_c = 40.592,66$  euro voor categorie iii;

iv)  $A_d = 40.554,10$  euro voor categorie iv;

v) T1: het wekelijks aantal vrijgestelde uren die de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, of die de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt, compenseert;

vi) S: wekelijkse arbeidsregeling toegepast in het initiatief van beschut wonen;

vii) N: jaarlijks aantal werkuren te bezoldigen door de werkgever ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het beschouwde jaar in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen;

viii) Y: theoretisch jaarlijks aantal werkuren die de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, moet presteren ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn individuele benoemingsakte of het aanhangsel bij zijn arbeidsovereenkomst in geval van verhoging van de werktijd;

4) berekening van het bedrag voor de premie:  $F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$ , waarbij:

i)  $A_a = 68.719,04$  euro voor categorie i;

ii)  $A_b = 68.719,04$  euro voor categorie ii;

iii)  $A_c = 51.179,99$  euro voor categorie iii;

iv)  $A_d = 46.245,61$  euro voor categorie iv;

v) H: equivalent wekelijks aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer op basis van zijn leeftijd;

vi) T2: aantal per week te presteren uren die voortvloeit uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, die in voorkomend geval uitgeoefend zijn in de functie waarvoor de maatregel geldt;

vii) S: wekelijkse arbeidsregeling toegepast in het initiatief van beschut wonen;

viii) N: jaarlijks aantal werkuren door de werkgever bezoldigt in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het beschouwde jaar;

ix) Y: theoretisch jaarlijks aantal werkuren die de begunstigde moet presteren volgens zijn arbeidsovereenkomst of zijn individuele benoemingsakte;

d) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen verstrekt het initiatief van beschut wonen de volgende gegevens aan het agentschap, in de vorm bepaald door het agentschap:

1) voor- en achternaam van het personeelslid;

2) het rijksregisternummer;

3) de geboortedatum;

4) de functie;

5) de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven;

6) het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat hij kan verkrijgen op basis van zijn leeftijd;

7) de wekelijkse uurregeling in het initiatief van beschut wonen;

8) het aantal uren dat het personeelslid moet presteren, zoals blijkt uit het arbeidscontract, in voorkomend geval verminderd naar verhouding van de prestaties die het personeelslid heeft verricht in de functie die het voordeel van de in deze paragraaf vermelde maatregel verantwoordt;

9) de datum van de aanwerving;

10) de eventuele vertrekdatum;

11) in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uur in 24 maanden;

12) en de door de werkgever niet-bezoldigde perioden van afwezigheid alsook hun aard;

e) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen geldende toekenningsmodaliteiten: het voorlopige bedrag wordt berekend ten opzichte van het laatst bekende definitieve bedrag, als bij dat bedrag rekening gehouden wordt met alle leeftijdsgroepen. In het ander geval wordt het vastgesteld ten opzichte van het voorlopig bedrag van het jaar n-1. Telkens er een definitief bedrag berekend wordt, vormt het de geldige provisie voor het kalenderjaar dat volgt op de datum van vaststelling van dat definitieve bedrag. Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F wordt via inhaalbedragen vereffend;

f) voor de vergoeding voor de eindeloopbaanmaatregelen geldende bepalingen voor de compensatie van de vrijgestelde uren:

Voor de personeelsleden die geopteerd hebben voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, levert de beheerder het bewijs dat de vrijgemaakte arbeidstijd en de toegekende financiering gecompenseerd zijn door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur door de personeelsleden. De volgende personen komen niet in aanmerking: de voltijdse werknemers voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden en de werknemers waarvoor de instelling al een financiering krijgt in het kader van het arbeidsbeleid.

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

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

1) voor- en achternaam van het aangeworven personeelslid of van het personeelslid dat het voorwerp uitmaakt van een verhoging van zijn arbeidstijd;

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

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

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

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

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

8° een vergoeding voor de kosten van de attractiviteitspremie:

a) voor alle werknemers van de openbare initiatieven van beschut wonen wordt de attractiviteitspremie toegekend in de vorm van een jaarlijks forfaitair bedrag van 803,87 euro per voltijds equivalent.

b) voor elk jaar wordt het bedrag berekend door het aantal voltijds equivalenten van het initiatief van beschut wonen te vermenigvuldigen met het forfaitair bedrag van de attractiviteitspremie;

c) voor alle werknemers van de private initiatieven van beschut wonen wordt de attractiviteitspremie toegekend in de vorm van een jaarlijks forfaitair bedrag van 833,80 euro per voltijds equivalent.

d) voor elk jaar wordt het bedrag berekend door het aantal voltijds equivalenten van het initiatief van beschut wonen te vermenigvuldigen met het forfaitair bedrag van de attractiviteitspremie;

9° een vergoeding voor de erkende zorgvernieuwende initiatieven voor activering, vermeld in artikel 148:

a) 27.961,95 euro voor de financiering van 0,5 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van maximaal 19 zorggebruikers;

b) 41.942,93 euro voor de financiering van 0,75 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 20 tot 39 zorggebruikers;

c) 69.904,85 euro voor de financiering van 1,25 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 40 tot 59 zorggebruikers;

d) 83.885,85 euro voor de financiering van 1,5 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 60 tot 99 zorggebruikers;

e) 111.847,79 euro voor de financiering van 2 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van 100 tot 149 zorggebruikers;

f) 167.771,69 euro voor de financiering van 3 voltijds equivalenten in de initiatieven met een begeleidingscapaciteit van meer dan 150 zorggebruikers;

10° een vergoeding voor de erkende zorgvernieuwende initiatieven voor psychiatrische zorg in de thuissituatie, vermeld in artikel 149: de minister legt per initiatief van beschut wonen het bedrag vast;

11° een vergoeding van:

a) 46,08 euro per zorggebruiker om ongemakkelijke prestaties, tussen 19 uur en 20 uur, door personeel dat de functie van opvoeder uitoefent, te valoriseren conform artikel 7 tot en met 9 van het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties;

b) 1,71 euro per zorggebruiker om de valorisatie van ongemakkelijke prestaties uit te breiden tot het personeel dat niet valt onder de bepalingen van het voormelde koninklijk besluit van 28 december 2011, en dit volgens dezelfde regels;

12° een vergoeding van 32,38 euro per zorggebruiker om de financiële tegemoetkoming van de werkgever in de vervoerskosten van de werknemers te dekken, overeenkomstig de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 19octies van 20 februari 2009;

13° een vergoeding voor de geregulariseerde DAC functies in de initiatieven van beschut wonen, vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 maart 2018 tot toekenning van de DAC subsidies aan enkele initiatieven van beschut wonen;

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

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

**Art. 154.** De bedragen, vermeld in artikel 153, worden geïndexeerd conform de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand nadat het indexcijfer een waarde bereikt die een wijziging rechtvaardigt.

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

De bedragen, vermeld in artikel 153, zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

*Titel 4. — Tegemoetkoming voor zorg in de prijs per verblijfsdag*

**Art. 155.** De tegemoetkoming voor zorg in de prijs per verblijfsdag in een initiatief van beschut wonen, vermeld in artikel 66, eerste lid, van het decreet van 6 juli 2018, is gelijk aan de prijs per verblijfsdag, vermeld in artikel 153 van dit besluit.

De tegemoetkoming, vermeld in het eerste lid, dekt het aanbod van zorg, vermeld in artikel 153, § 2, van dit besluit.

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

*Titel 5. — Bijzondere verzekeringsstelsels*

**Art. 156.** De toelage, vermeld in artikel 72, § 1, eerste lid van het decreet van 6 juli 2018, bedraagt 25 procent.

*Deel 4. — Revalidatievoorzieningen*

*Titel 1. — Revalidatieovereenkomsten*

*HOOFDSTUK 1. — Algemeen*

**Art. 157.** De revalidatieovereenkomsten worden gesloten of gewijzigd op verzoek van een zorgvoorziening die uitgebaat wordt door een rechtspersoon, die uitsluitend de uitbating van een of meer zorgvoorzieningen als statutair doel heeft, of op initiatief van de minister of het agentschap.

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

**Art. 158.** De revalidatieovereenkomsten worden beëindigd op verzoek van de revalidatievoorziening in kwestie of op initiatief van de minister of het agentschap.

*HOOFDSTUK 2. — Procedure om revalidatieovereenkomsten te sluiten en te wijzigen*

**Art. 159.** Een aanvraag om een revalidatieovereenkomst als vermeld in artikel 157, te sluiten of te wijzigen, wordt gericht aan de minister. De aanvraag is ontvankelijk als ze de volgende gegevens bevat:

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

**Art. 160.** § 1. Het agentschap onderzoekt of de aanvraag, vermeld in artikel 159, voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden, vermeld in artikel 159.

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

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

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

1° het betreft een uitzondering die de Vlaamse Regering heeft bepaald krachtens artikel 75, § 1, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;

2° de beoogde wijzigingen vloeien voort uit de bepalingen van de revalidatieovereenkomst zelf als vermeld in artikel 75, § 1, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018.

**Art. 161.** Als de minister of het agentschap een voorstel doet om een revalidatieovereenkomst als vermeld in artikel 157, te sluiten of te wijzigen vraagt het agentschap advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de inhoudelijke aspecten van het voorstel.

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

1° het betreft een uitzondering die de Vlaamse Regering heeft bepaald krachtens artikel 75, § 1, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;

2° de beoogde wijzigingen vloeien voort uit de bepalingen van de revalidatieovereenkomst zelf, vermeld in artikel 75, § 1, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018.

**Art. 162.** De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen in overleg een gezamenlijk advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 160, § 2, en artikel 161. Ze streven daarbij naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom er geen consensus kon worden bereikt.

**Art. 163.** De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie bezorgen hun gezamenlijk advies, vermeld in artikel 162, aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag van het agentschap. Het agentschap kan die termijn twee keer verlengen met een termijn van maximaal dertig dagen:

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

2° op gemotiveerd verzoek van hetzij de Expertencommissie, hetzij de sectorale adviescommissie in kwestie.

**Art. 164.** Als de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie binnen de door het agentschap toegelaten termijn geen gezamenlijk advies aan het agentschap hebben bezorgd, conform artikel 163, bezorgen ze binnen dertig dagen na afloop van de termijn, vermeld in artikel 163, elk afzonderlijk een advies aan het agentschap. Het agentschap kan die termijn twee keer verlengen met maximaal dertig dagen op individueel gemotiveerd verzoek van, naargelang het geval, de Expertencommissie of de sectorale adviescommissie in kwestie.

**Art. 165.** Bij het opstellen van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 162, en de adviezen, vermeld in artikel 164, kunnen de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, samen of op eigen initiatief:

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

**Art. 166.** Het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 162, en de adviezen, vermeld in artikel 164, kunnen betrekking hebben op:

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

**Art. 167.** Bij ontstentenis van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 162, of een of de beide adviezen, vermeld in artikel 164, binnen de termijnen, vermeld in artikel 163 en 164, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

**Art. 168.** Het agentschap heeft als taak een advies op te maken over de aanvraag en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 162, of met een of de beide adviezen, vermeld in artikel 164.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 162, of een of de beide adviezen, vermeld in artikel 164, heeft ontvangen, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 164. Die termijn kan na motivatie worden verlengd.

Bij het advies wordt een van de volgende documenten gevoegd:

- 1° het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 162, dat het agentschap binnen de termijn, vermeld in artikel 163, heeft ontvangen;
- 2° het advies of in voorkomend geval de beide adviezen, vermeld in artikel 164, die het agentschap binnen de termijn, vermeld in artikel 164, heeft ontvangen.

**Art. 169.** In het kader van zijn adviesopdracht, vermeld in artikel 168, kan het agentschap aanvullende inlichtingen inwinnen bij de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

**Art. 170.** Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, vermeld in artikel 162 en 164, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

**Art. 171.** De minister beslist over de goedkeuring van de aanvraag nadat hij het advies van het agentschap, vermeld in artikel 168, heeft ontvangen.

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

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

**Art. 172.** De beslissingen van de minister, vermeld in artikel 171, worden ter informatie medegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

**Art. 173.** De revalidatieovereenkomsten, alsook elke wijziging ervan, worden ondertekend door de minister.

### HOOFDSTUK 3. — *Procedure om revalidatieovereenkomsten te beëindigen*

#### *Afdeling 1. — Beëindigen van een revalidatieovereenkomst op verzoek van een revalidatievoorziening*

**Art. 174.** Een aanvraag om een revalidatieovereenkomst als vermeld in artikel 158, te beëindigen, wordt gericht aan de minister. De aanvraag is ontvankelijk als ze minstens de volgende gegevens bevat:

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

**Art. 175.** § 1. Het agentschap onderzoekt of de aanvraag, vermeld in artikel 174, voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden, vermeld in artikel 174.

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

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

**Art. 176.** De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen samen of elk afzonderlijk een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 175, § 2. In het gezamenlijke advies streven ze naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom geen consensus kon worden bereikt. Ze bezorgen de adviezen aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag.

**Art. 177.** Bij ontstentenis van het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 176, binnen de termijn, vermeld in artikel 176, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

**Art. 178.** Het agentschap heeft als taak een advies op te maken over de aanvraag en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 176.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 176, een afzonderlijk advies of, in voorkomend geval, de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 176, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 176. Bij elk advies van het agentschap worden het gezamenlijke advies of een of de beide adviezen, vermeld in artikel 176, gevoegd.

**Art. 179.** Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, vermeld in artikel 176, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

**Art. 180.** De minister neemt kennis van de datum van de sluiting van de revalidatievoorziening en kan maatregelen opleggen om de continuïteit van de zorg voor de zorggebruikers te garanderen.

De revalidatievoorziening kan geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten die verbonden zijn aan de beëindiging van de revalidatieovereenkomst. Zij kunnen wel een vergoeding ontvangen voor de maatregelen die hen worden opgelegd om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen, vermeld in het eerste lid.

**Art. 181.** De beslissing van de minister over de maatregelen voor de continuïteit van de zorg voor de zorggebruikers, vermeld in artikel 180, wordt met een aangetekende zending bezorgd aan de revalidatievoorziening.

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

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

**Art. 182.** § 1. Het voornemen van de minister of het agentschap om een revalidatieovereenkomst te beëindigen, wordt met een aangetekende zending met ontvangstbewijs aan de betrokken revalidatievoorziening meegedeeld. Het voornemen bevat de redenen voor de beëindiging van de revalidatieovereenkomst.

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

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

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

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

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

**Art. 183.** De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen samen of elk afzonderlijk een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 182, § 3. In het gezamenlijke advies streven ze naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom geen consensus kon worden bereikt. Ze bezorgen de adviezen aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag.

**Art. 184.** Bij ontstentenis van de adviezen, vermeld in artikel 183, binnen de termijn, vermeld in artikel 183, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

**Art. 185.** Het agentschap heeft als taak een advies op te maken over de beëindiging van de revalidatieovereenkomst en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met de adviezen, vermeld in artikel 183, en de reactie en het voorstel, vermeld in artikel 182, § 2.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 183, een afzonderlijk advies of, in voorkomend geval, de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 183, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 183. Die termijn kan na motivatie worden verlengd. Bij elk advies van het agentschap wordt het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 183, en de reactie en het voorstel, vermeld in artikel 182, § 2, gevoegd.

**Art. 186.** Het agentschap bezorgt het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 183, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

**Art. 187.** § 1. De minister beslist om de revalidatieovereenkomst al dan niet te beëindigen.

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

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

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

**Art. 188.** De revalidatievoorziening kan geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten die verbonden zijn aan de beëindiging van de revalidatieovereenkomst, tenzij voor de kosten verbonden aan de in artikel 187, § 3 vermelde maatregelen die door de minister opgelegd worden om de continuïteit van de zorg voor de zorggebruikers te garanderen.

**Art. 189.** De beslissing van de minister, vermeld in artikel 187, wordt ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.



**Art. 190.** Bij onmiddellijk, reëel en ernstig gevaar voor de gezondheid en de veiligheid van de zorggebruikers kunnen, conform artikel 14 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, voorlopige maatregelen worden opgelegd aan de revalidatievoorziening om de veiligheid en gezondheid van de zorggebruikers te garanderen.

*Titel 2. — Financiering en tegemoetkoming*

*HOOFDSTUK 1. — Tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings*

**Art. 191.** § 1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1° eenheidsprijs: de tegemoetkoming voor de eenheidsverstrekkings, vermeld in de revalidatieovereenkomst. Bij de berekening van de eenheidsprijs wordt rekening gehouden met de loonkosten van het personeel, de kosten voor infrastructuur en de werkingskosten van de voorziening, die worden geconcretiseerd in de revalidatieovereenkomst;

2° jaarenveloppe: het maximale totaalbedrag dat een revalidatievoorziening per kalenderjaar mag aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen, dat wordt bepaald in de revalidatieovereenkomst;

3° theoretisch aantal eenheidsverstrekkings: het maximaal aantal eenheidsverstrekkings dat een revalidatievoorziening per kalenderjaar kan verrichten, als een bezettingsgraad van 100 % wordt gerealiseerd, dat wordt geconcretiseerd in de revalidatieovereenkomst.

§ 2. De jaarenveloppe van de revalidatievoorzienings waarvan het in bijlage 9 bij dit besluit vermelde erkenningsnummer begint met het nummer 7.71, 7.72, 7.73, 7.74, 7.76 of 9.69, wordt bepaald volgens de volgende formule: jaarenveloppe = (eenheidsprijs x 90 % van het theoretische aantal eenheidsprestaties) + (50 % van de eenheidsprijs x 8 % van het theoretische aantal eenheidsprestaties).

§ 3. De jaarenveloppe van de revalidatievoorzienings waarvan het in bijlage 9 bij dit besluit vermelde erkenningsnummer begint met het nummer 9.53 of 9.65, wordt bepaald volgens de volgende formule: jaarenveloppe = (eenheidsprijs x 90 % van het theoretische aantal eenheidsprestaties) + (50 % van de eenheidsprijs x 2 % van het theoretische aantal eenheidsprestaties).

§ 4. De jaarenveloppe van de revalidatievoorzienings waarvan het in bijlage 9 bij dit besluit vermelde erkenningsnummer begint met het nummer 7.74, wordt bepaald volgens de volgende formule: jaarenveloppe = eenheidsprijs x het theoretische aantal eenheidsprestaties.

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

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

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

§ 7. De revalidatievoorziening leeft de vereisten na vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2006 betreffende de boekhouding en het financieel verslag voor de voorzienings in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

**Art. 192.** Het indexeerbare gedeelte van de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings wordt bepaald in de revalidatieovereenkomst. Tenzij het anders vermeld is, wordt het indexeerbare gedeelte gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

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

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

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

**Art. 193.** Het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings wordt berekend in de revalidatieovereenkomst. Het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings wordt aan de reële personeelskosten aangepast zodra de werkelijke personeelsuitgaven ten gevolge van de evolutie van de anciënniteit van het werkelijk tewerkgestelde personeel 1 % hoger liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings.

Met het oog op de berekening van het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings en de aanpassing van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings, vermeld in het eerste lid, bezorgt de revalidatievoorziening, volgens een model dat het agentschap bepaald heeft, een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier aan het agentschap.

Het personeelskostendossier vermeldt voor ieder personeelslid van wie de loonkosten in de berekening van de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekkings kan worden opgenomen de volgende gegevens en documenten:

1° de voor- en achternaam;

2° de functie binnen de revalidatievoorziening;

3° een kopie van het diploma;

4° het aantal uren tewerkstelling per week binnen de revalidatievoorziening;

5° de anciënniteit, op het moment van de berekening, uitgedrukt in jaren en maanden, en de bewijsstukken daarvan;

- 6° de loonschaal en het loonbarema;
- 7° de vermelding of de betrokkene al dan niet recht heeft op een functietoeslag;
- 8° in voorkomend geval, het bedrag van de functietoeslag;
- 9° de vermelding of de betrokkene al dan niet recht heeft op een haard- of standplaatsvergoeding;
- 10° in voorkomend geval, het bedrag van de haard- of standplaatsvergoeding;
- 11° de vermelding of de betrokkene al dan niet onregelmatige uren presteert;
- 12° de afstand, in enkele richting, van de woonplaats tot de revalidatievoorziening, uitgedrukt in aantal kilometer;
- 13° het bedrag van de vergoeding voor woon-werkverkeer;
- 14° het brutoloon van de betrokkene.

Het personeelskostendossier bevat de nodige bewijsstukken van de kosten, vermeld in het derde lid.

De revalidatievoorziening bewaart de personeelsgegevens, vermeld in het derde lid, tot één jaar na vertrek van het personeelslid.

Als een personeelskostendossier niet beantwoordt aan de voormelde voorwaarden, wordt het personeelskostendossier door het agentschap als onontvankelijk beschouwd. In voorkomend geval wordt dat meegedeeld aan de revalidatievoorziening binnen dertig dagen nadat het agentschap het personeelskostendossier heeft ontvangen.

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

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

In afwijking van het eerste lid wordt het aandeel van de personeelskosten in de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, vermeld in artikel 191, niet aangepast aan de reële personeelskosten voor de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 9.69, 7.74.6 of 7.90.

#### HOOFDSTUK 2. — Tegemoetkomingen voor reiskosten

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

**Art. 194.** Aan een zorggebruiker die jonger dan achttien jaar is en aan wie een revalidatieverstreking wordt verleend in een revalidatievoorziening wordt een forfaitaire tegemoetkoming voor reiskosten toegekend als voldaan is aan al de volgende voorwaarden:

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

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

**Art. 195.** De tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 194, bedraagt 17,5 euro per dag waarop minstens een ambulante revalidatieverstreking aan de zorggebruiker wordt verleend.

De tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 194, wordt door de verzekeringsinstellingen, waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, automatisch betaald op basis van het attest, vermeld in artikel 194, tweede lid, dat wordt afgeleverd door de zorggebruiker.

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

**Art. 196.** Voor het vervoer van een zorggebruiker aan wie een revalidatieverstreking wordt verleend in een revalidatievoorziening in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, wordt een tegemoetkoming voor reiskosten toegekend als voldaan is aan al de volgende voorwaarden:

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

In afwijking van het eerste lid moet in de gevallen, waarin een verlenging van de revalidatieperiode als vermeld in artikel 214, wordt toegekend en de zorggebruiker al voorheen aanspraak maakte op de tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in dit artikel, niet voldaan zijn aan de voorwaarde, vermeld in het eerste lid, 2°.

**Art. 197.** Als de zorggebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, bedraagt het bedrag van de tegemoetkoming 0,25 euro per kilometer.

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

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

**Art. 198.** § 1. Als de zorggebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, wordt het aantal kilometer dat in aanmerking komt voor de berekening van de tegemoetkoming voor reiskosten vertegenwoordigd door de afstand tussen de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker en de revalidatievoorziening.

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

1° de afstand tussen de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker en de revalidatievoorziening;

2° de afstand heen of terug als er zich geen zorggebruiker in het voertuig bevindt, kan worden toegevoegd. Daarbij gelden de volgende beperkingen:

a) bij transport van één zorggebruiker wordt de afstand, waarbij er zich geen zorggebruiker in het voertuig bevindt, tussen de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker en de zetel van de professionele vervoerder, die het dichtst bij de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker ligt, beperkt tot 5 kilometer;

b) bij transport van verschillende zorggebruikers mag de afstand waarbij er zich geen zorggebruikers in het voertuig bevinden, tussen de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker en de zetel van de professionele vervoerder, die het dichtst bij de werkelijke verblijfplaats van de zorggebruiker ligt, maximaal één keer worden geteld.

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

**Art. 199.** De tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 196, wordt voor elke zorggebruiker berekend met de volgende formule: het bedrag van de tegemoetkoming per kilometer, vermeld in artikel 197, vermenigvuldigd met het aantal kilometer, dat wordt berekend conform artikel 198.

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

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

**Art. 200.** Als de zorggebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, wordt de tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 196, toegekend aan de zorggebruiker.

Als de zorggebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder, wordt de tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 196, toegekend aan de vervoerder of de zorggebruiker.

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

**Art. 201.** De tegemoetkoming voor reiskosten, vermeld in artikel 196, is afhankelijk van de voorafgaandelijk goedkeuring van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven. Die goedkeuring wordt verleend conform de aanvraagprocedure, vermeld in hoofdstuk 3.

#### *Afdeling 3. — Indexering*

**Art. 202.** De bedragen, vermeld in artikel 195 en 197, worden, tenzij het anders vermeld is, gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

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

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

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

**Art. 203.** § 1. De vervoerder bepaalt of hij zijn facturen bezorgt aan de zorggebruiker, of aan de verzekeringsinstelling.

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

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

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

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

#### *HOOFDSTUK 3. — Aanvraagprocedure*

**Art. 204.** In dit hoofdstuk wordt verstaan onder:

1° aanvraag: de aanvraag van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen, waarbij, in voorkomend geval, de aanvraag wordt toegevoegd van de tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 196, die verband houden met die revalidatieverstrekkingen;

2° ontvangstdatum: de datum waarop de volledige aanvraag is ontvangen. Bij verzending met een aangetekende zending is dat de postdatum van de brief waarmee de volledige aanvraag is verzonden. Als de postdatum ontbreekt, is het de datum waarop de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, een volledige aanvraag heeft ontvangen. Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als ten minste de drie delen van het aanvraagformulier, vermeld in artikel 209, gedagtekend en ondertekend zijn.

**Art. 205.** Een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen en, in voorkomend geval, de reiskosten die verband houden met die revalidatieverstrekkingen, kan alleen worden toegekend als de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, een beslissing tot goedkeuring van de aangevraagde tegemoetkoming heeft genomen.

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

De revalidatievoorziening stelt de revalidatieovereenkomst ter beschikking van de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger voordat de aanvraag wordt ingediend.

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

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

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

**Art. 208.** In geval van een beslissing tot weigering van de verzekeringsinstelling is de ontvangstdatum van de aanvraag niet meer van toepassing, behalve in de gevallen waarin de aanvraag administratief wordt geweigerd omdat de zorggebruiker geen rechthebbende is als vermeld in artikel 2, 13°, van het decreet van 6 juli 2018.

**Art. 209.** De revalidatievoorziening stelt samen met de zorggebruiker de aanvraag op. De aanvraag wordt opgemaakt aan de hand van het model van aanvraagformulier dat is opgenomen in de revalidatieovereenkomst. Het aanvraagformulier bestaat uit de volgende delen:

1° deel 1 dat ondertekend en gedagtekend wordt door een administratief verantwoordelijke van de revalidatievoorziening bestaat uit een document dat de volgende informatie bevat:

- a) de gegevens van de revalidatievoorziening;
- b) de gegevens over de soort revalidatieverstrekking;
- c) de periode waarin de revalidatieverstrekkingen plaatsvinden;
- d) in voorkomend geval, met welke frequentie de revalidatieverstrekkingen plaatsvinden.

2° deel 2: de aanvraag van de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkingen en, in voorkomend geval, de aanvraag van de tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel en een geïnformeerde toestemming. De geïnformeerde toestemming kan enkel worden gegeven nadat de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger heeft kennisgenomen van de revalidatieovereenkomst. Dit deel wordt ondertekend en gedagtekend door de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger;

3° deel 3: een gestandaardiseerd medisch verslag. Dit deel wordt ingevuld, ondertekend en gedagtekend door een behandelende arts van de revalidatievoorziening. Dit deel wordt niet ingediend door de revalidatievoorzieningen waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.90;

4° in geval een tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel wordt gevraagd: een gestandaardiseerd medisch verslag waaruit blijkt dat de zorggebruiker door de aard en de ernst van zijn pathologie de rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer.

**Art. 210.** § 1. De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, is belast met de administratieve controle van de aanvraag en controleert:

1° de verzekeringsstatus van de zorggebruiker, vermeld in artikel 4 van het decreet van 6 juli 2018;

2° de naleving door de zorggebruiker van de regels over de cumulatie, vermeld in de revalidatieovereenkomst en in artikel 28 tot en met 38 van dit besluit.

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

Als de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, niet zijn vervuld, wordt de aanvraag administratief geweigerd door de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven. In afwijking van artikel 211 neemt de verzekeringsinstelling die beslissing tot weigering, zonder voorafgaand het advies van de Zorgkassencommissie in te winnen.

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

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

1° het beroepsschrift is gemotiveerd;

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

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

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

**Art. 211.** § 1. In de gevallen die de minister na advies van de Expertencommissie bepaalt, neemt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, rekening houdend met het resultaat van de controle, vermeld in artikel 210, een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag na eensluidend advies van de Zorgkassencommissie. Dat is de standaard aanvraagprocedure.

Als de aanvraag onderworpen is aan de controle door de Zorgkassencommissie, bezorgt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, de aanvraag binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum aan de Zorgkassencommissie, zodra ze heeft vastgesteld dat de voorwaarden, vermeld in artikel 210, § 1, eerste lid, zijn vervuld. Die termijn wordt geschorst als de verzekeringsinstelling ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 210, § 1, tweede lid.

In afwijking van het eerste lid wordt de aanvraag van de tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 196, altijd ingediend conform de standaard aanvraagprocedure.

De beslissing en het advies, vermeld in het eerste lid, is gebaseerd op een analyse van het type zorgaanbod en de medische problematiek van dedoelgroep. Bij deze analyse wordt rekening gehouden met de resultaten van de a posteriori controle, vermeld in artikel 216.

§ 2. De Zorgkassencommissie bezorgt binnen twintig werkdagen na de dag dat ze de aanvraag heeft ontvangen, het eensluidend advies over de aanvraag aan de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven.

De Zorgkassencommissie levert dit advies af op basis van de bepalingen in de revalidatieovereenkomst in kwestie.

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

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

**Art. 212.** Behoudens in de gevallen, die de minister conform artikel 211 na advies van de Expertencommissie bepaalt, neemt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag zonder voorafgaand het advies van de Zorgkassencommissie in te winnen. De verzekeringsinstelling houdt alleen rekening met het resultaat van de controle, vermeld in artikel 210, § 1, eerste lid. Dat is de vereenvoudigde aanvraagprocedure.

**Art. 213.** De beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring van de aanvraag van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, vermeldt:

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

2° in voorkomend geval, de reiskosten, waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend.

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

1° de redenen van de weigering;

2° de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin beroep moet worden aangetekend.

**Art. 214.** De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, kan een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring van een aanvraag verlengen in een nieuwe beslissing.

**Art. 215.** § 1. Bij de standaardaanvraagprocedure, vermeld in artikel 211, is voorzien dat de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na de dag dat ze het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie heeft ontvangen, bezorgt.

Als de Zorgkassencommissie geen eensluidend advies over de aanvraag bezorgt aan de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, binnen de termijn, vermeld in artikel 211, § 2, tweede lid, bezorgt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, de beslissing aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na afloop van de termijn, vermeld in artikel 211, § 2, tweede lid.

Als de Zorgkassencommissie na de termijn, vermeld in artikel 211, § 2, tweede lid, een ongunstig eensluidend advies over de aanvraag bezorgt aan de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, bezorgt de verzekeringsinstelling een nieuwe beslissing aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na de dag dat ze het eensluidend advies van de Zorgkassencommissie heeft ontvangen. Die nieuwe beslissing geldt vanaf de tiende werkdag na de aangetekende kennisgeving ervan.

§ 2. Bij de vereenvoudigde aanvraagprocedure, vermeld in artikel 212, is voorzien dat de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de aanvraag aan de zorggebruiker en de revalidatievoorziening binnen vijftien werkdagen na de ontvangstdatum, bezorgt.

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

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

Als de verzekeringsinstelling na vijftien werkdagen na de ontvangstdatum beslist om de aanvraag te weigeren, is ze verplicht de aanvraag goed te keuren als die betrekking heeft op revalidatieverstrekingen die op zijn vroegst dertig dagen voor de ontvangstdatum en uiterlijk tien werkdagen na de kennisgeving van de beslissing tot weigering plaatsvinden. De beslissing tot weigering kan op zijn vroegst tien werkdagen na de kennisgeving van de beslissing tot weigering ingaan.

De beslissingstermijn van de verzekeringsinstelling wordt geschorst als de verzekeringsinstelling ontbrekende informatie opvraagt conform artikel 210, § 1, tweede lid.

**Art. 216.** Een a posteriori controle van de conformiteit van de medische gegevens, die worden beschreven in het gestandaardiseerd medisch verslag in deel 3 van het aanvraagformulier, vermeld in artikel 209, eerste lid, 3°, is mogelijk. De Zorgkassencommissie voert die controle uit op basis van de bepalingen in de revalidatieovereenkomst in kwestie. De minister kan de nadere regels voor de uitvoering van die controle bepalen.

HOOFDSTUK 4. — *Eigen bijdrage*

**Art. 217.** In de revalidatievoorzieningen kan een persoonlijk aandeel worden aangerekend aan de zorggebruiker. Het persoonlijk aandeel is een financiële bijdrage van de zorggebruiker in de zorgkosten.

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

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

**Art. 218.** In de revalidatievoorzieningen kunnen extra vergoedingen worden aangerekend aan de zorggebruiker. Extra vergoedingen zijn kosten voor de zorggebruiker voor diensten en goederen, die verricht of geleverd worden door de revalidatievoorziening, en die niet worden vergoed door de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, noch door het persoonlijk aandeel.

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

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

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

**Art. 219.** Voor ambulante revalidatie bedraagt het persoonlijk aandeel 1,80 euro per revalidatieverstreking.

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

**Art. 220.** Voor een verblijf in een revalidatievoorziening, bedraagt het persoonlijk aandeel voor de eerste dag van het verblijf 43,20 euro. Vanaf de tweede dag van het verblijf bedraagt het persoonlijk aandeel 15,93 euro per dag.

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

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

**Art. 221.** In afwijking van artikel 220 bedraagt het persoonlijk aandeel voor een verblijf in een revalidatievoorziening de eerste dag van het verblijf 32,93 euro en vanaf de tweede dag van het verblijf 5,66 euro per dag voor de volgende categorieën van zorggebruikers:

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

In afwijking van het eerste lid bedraagt het persoonlijk aandeel voor de categorieën van zorggebruikers, vermeld in het eerste lid, vanaf de eerste dag 5,66 euro per dag in de volgende gevallen:

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

**Art. 222.** In afwijking van artikel 220 bedraagt het persoonlijk aandeel van de zorggebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatievoorziening vanaf de eerste dag 5,66 euro per dag.

**Art. 223.** De bedragen, vermeld in artikel 219 tot en met 222, worden, tenzij het anders is vermeld, gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100).

De bedragen, vermeld in het eerste lid, worden op 1 januari van elk jaar aangepast aan de evolutie van het indexcijfer, vermeld in het derde lid.

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

**Titel 3. — Tegemoetkomingen voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland en reiskosten die daarmee verband houden**

**HOOFDSTUK 1. — Inleidende bepaling**

**Art. 224.** Deze titel voorziet in de gedeeltelijk omzetting van de 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

**HOOFDSTUK 2. — Voorwaarden en bedrag van de tegemoetkomingen**

**Art. 225. § 1.** Voor geplande revalidatieverstrekkings waarvoor de zorggebruiker minstens één nacht in een ziekenhuis moet verblijven in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België, in IJsland, in Liechtenstein, in Noorwegen en in Zwitserland is een voorafgaande toestemming voor geplande zorg conform de richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg vereist. Voor alle andere vormen van revalidatieverstrekkings in het buitenland is een voorafgaande toestemming vereist, waarvoor dezelfde toetssteen wordt gehanteerd als voor de beslissing tot goedkeuring, vermeld in artikel 205.

§ 2. De zorggebruiker kan aanspraak maken op een tegemoetkoming voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland als aan al de volgende voorwaarden is voldaan:

1° de revalidatieverstrekkings behoren tot het zorgaanbod van de revalidatievoorzienings, waarvoor dit besluit in een tegemoetkoming voorziet;

2° de zorggebruiker voldoet aan de voorwaarden waaraan op basis van dit besluit moet zijn voldaan opdat een tegemoetkoming voor revalidatieverstrekkings kan worden toegekend;

3° de revalidatieverstrekkings worden verstrekt door een verstrekker die wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in het land waar de revalidatieverstrekkings plaatsvinden, of in een voorziening, die kan worden gelijkgesteld met een revalidatievoorziening en die voldoende geneeskundige waarborgen biedt of erkend is door de overheid van het land waar ze zich bevindt;

4° de zorggebruiker heeft, conform artikel 229 tot en met 238, een voorafgaande aanvraag ingediend en een goedkeuring voor de revalidatieverstrekkings in kwestie verkregen van de verzekeringsinstelling;

5° op het ogenblik waarop de tegemoetkoming wordt toegekend, heeft de gebruiker de kosten al betaald en levert hij daarvan het bewijs.

De minister kan bepalen hoe het bewijs, vermeld in het eerste lid, 5°, wordt geleverd.

**Art. 226.** De zorggebruiker kan aanspraak maken op een tegemoetkoming voor reiskosten, die verband houden met geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland, als aan al de volgende voorwaarden is voldaan:

1° de zorggebruiker voldoet aan de voorwaarden waaraan op basis van dit besluit moet zijn voldaan opdat een tegemoetkoming voor reiskosten kan worden toegekend;

2° de zorggebruiker kan aanspraak maken op een tegemoetkoming voor de geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland, waarmee de reiskosten verband houden;

3° de zorggebruiker heeft, conform artikel 229 tot en met 238, een voorafgaande aanvraag ingediend en een goedkeuring voor de reiskosten in kwestie verkregen.

**Art. 227.** Behalve in de gevallen, waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 234, 1°, zijn vervuld, is het bedrag van de tegemoetkoming voor geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland het gewogen gemiddelde van de tegemoetkomingen, die worden toegekend voor revalidatieverstrekkings, die worden verleend in revalidatievoorzienings met een vergelijkbaar revalidatieprogramma en een vergelijkbare doelgroep. De tegemoetkoming kan niet hoger zijn dan de werkelijk gemaakte kosten.

**Art. 228.** Voor de berekening van de tegemoetkoming voor reiskosten, die verband houden met geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland, wordt alleen de afstand in vogelvlucht, heen en terug, tussen de het centrum van Brussel en de plaats van de behandeling in aanmerking genomen. Voor de eerste 350 kilometer van de heen- en de terugweg wordt geen tegemoetkoming verleend.

De tegemoetkoming voor reiskosten, die verband houden met geplande revalidatieverstrekkings in het buitenland, wordt voor elke zorggebruiker berekend conform de volgende formule: het bedrag van de tegemoetkoming per kilometer, vermeld in het derde of vierde lid, vermenigvuldigd met het aantal kilometer, vermeld in het eerste lid.

Als de zorggebruiker jonger is dan achttien jaar is en het revalidatieprogramma vergelijkbaar is met het revalidatieprogramma van de revalidatievoorzienings waarvan het erkenningsnummer begint met het nummer 7.74.6 of 9.69, bedraagt de tegemoetkoming 0,25 euro per kilometer.

Als uit een medisch verslag blijkt dat de zorggebruiker wegens de aard en de ernst van zijn aandoening alleen kan worden vervoerd in zijn rolstoel in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel bedraagt de tegemoetkoming:

1° 0,25 euro per kilometer als de zorggebruiker wordt vervoerd in zijn eigen voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel;

2° 1,30 euro per kilometer als de zorggebruiker wordt vervoerd door een professionele vervoerder in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel.

Dit artikel is niet van toepassing in de gevallen, waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 234, 1°, zijn vervuld.

De bedragen, vermeld in dit artikel, worden, tenzij het anders is vermeld, gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013=100). Die bedragen worden aangepast conform de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijsen worden gekoppeld.

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

### HOOFDSTUK 3. — *Aanvraagprocedure*

**Art. 229.** In dit hoofdstuk wordt verstaan onder:

1° aanvraag: de aanvraag van de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen in het buitenland, waarbij, in voorkomend geval, de aanvraag van een tegemoetkoming voor reiskosten die verband houden met die revalidatieverstrekingen, wordt gevoegd;

2° ontvangstdatum: de datum waarop de volledige aanvraag is ontvangen. Bij verzending met de post is dat de postdatum van de brief waarmee de volledige aanvraag is verzonden. Als de postdatum ontbreekt, is het de datum waarop de verzekeringsinstelling een volledige aanvraag heeft ontvangen. Een aanvraag wordt als volledig beschouwd als het aanvraagformulier, vermeld in artikel 231, volledig is ingevuld.

**Art. 230.** Voorafgaand aan de geplande revalidatieverstrekingen en reiskosten in het buitenland, dient de zorggebruiker een aanvraag in voor de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen en, in voorkomend geval, voor de reiskosten die verband houden met deze revalidatieverstrekingen bij de verzekeringsinstelling waarbij hij is aangesloten of ingeschreven.

De aanvraag kan enkel worden ingediend nadat de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger heeft kennisgenomen van de revalidatieovereenkomsten, waarvan het revalidatieprogramma vergelijkbaar is met het voorgeschreven buitenlandse revalidatieprogramma, vermeld in de aanvraag.

**Art. 231.** Het agentschap stelt op zijn website een aanvraagformulier ter beschikking. De verzekeringsinstelling stelt ook een Franse, Engelse en Duitse versie van het aanvraagformulier ter beschikking.

Het aanvraagformulier bevat minstens de volgende onderdelen:

1° een gedetailleerde omschrijving van het buitenlandse revalidatieprogramma dat wordt voorgeschreven;

2° welk soortgelijk revalidatieprogramma bestaat in een revalidatievoorziening als vermeld in het decreet van 6 juli 2018;

3° de motivatie waarom niet voor een revalidatievoorziening wordt gekozen;

4° een bijkomend document als een tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel wordt gevraagd: een gestandaardiseerd medisch verslag waaruit blijkt dat de zorggebruiker wegens de aard en de ernst van zijn aandoening zijn rolstoel niet kan verlaten tijdens het vervoer.

Bij het aanvraagformulier kunnen stukken ter motivatie van de aanvraag worden gevoegd.

Het aanvraagformulier wordt door een arts-specialist, gespecialiseerd in de revalidatie in kwestie, ingevuld, ondertekend en gedagtekend.

**Art. 232.** De verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, is belast met de administratieve controle van de aanvraag en controleert:

1° de verzekeringsstatus van de zorggebruiker, vermeld in artikel 4 van het decreet van 6 juli 2018;

2° de naleving door de zorggebruiker van de regels over de cumulatie, vermeld in de revalidatieovereenkomst en in artikel 28 tot en met 38 van dit besluit.

De cumulatie van tegemoetkomingen wordt onder meer gecontroleerd op basis van de cumulbepalingen, vermeld in de revalidatieovereenkomsten, waarvan het revalidatieprogramma vergelijkbaar is met het voorgeschreven buitenlandse revalidatieprogramma, vermeld in de aanvraag.

De verzekeringsinstelling vraagt, als dat nodig is, ontbrekende informatie op bij de zorggebruiker.

Als de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, niet zijn vervuld, wordt de aanvraag administratief geweigerd door de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven. In afwijking van artikel 233 neemt de verzekeringsinstelling de beslissing tot weigering, zonder voorafgaand eensluidend advies van de Expertencommissie. De beslissing tot weigering van de aanvraag vermeldt de reden van de weigering, de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend. De beslissing tot weigering wordt met een aangetekende zending aan de zorggebruiker bezorgd.

**Art. 233.** De verzekeringsinstelling bezorgt de aanvraag binnen tien werkdagen na de ontvangstdatum aan de Expertencommissie.

De termijn, vermeld in het eerste lid, wordt geschorst als de verzekeringsinstelling ontbrekende informatie vraagt aan de zorggebruiker. De termijn begint opnieuw te lopen op de werkdag na de dag waarop de verzekeringsinstelling de bijkomende informatie heeft ontvangen.

**Art. 234.** De Expertencommissie onderzoekt het dossier en oordeelt of er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

1° de voorwaarden, vermeld in verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels;

2° de voorwaarden, vermeld in artikel 225, eerste lid, 1° tot en met 3°, van dit besluit, en in voorkomend geval, de voorwaarden, vermeld in artikel 226, 1° en 2°, van dit besluit.

**Art. 235.** De Expertencommissie brengt een eensluidend advies uit aan de verzekeringsinstelling binnen vijftien werkdagen na de dag dat ze de aanvraag van de verzekeringsinstelling heeft ontvangen.

Bij een positief advies in de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 234, 1°, zijn vervuld, adviseert de Expertencommissie om een voorafgaande toestemming te verlenen in de vorm van een formulier S2.

Bij een positief advies in de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 234, 2°, zijn vervuld, vermeldt het advies van de Expertencommissie de volgende gegevens:

1° de periode van de tegemoetkoming;

2° de naam en het adres van de instelling waar de revalidatie wordt verleend;

3° de naam en het volledige adres van de verantwoordelijke buitenlandse arts;

4° een omschrijving van de revalidatieverstrekingen;



5° de periode en de frequentie van de revalidatieverstrekingen;

6° het bedrag van de tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen en, in voorkomend geval, de reiskosten.

De termijn, vermeld in het eerste lid, wordt geschorst als de Expertencommissie bijkomende informatie van de zorggebruiker nodig heeft. De Expertencommissie vraagt aan de verzekeringsinstelling om de ontbrekende informatie te vragen aan de zorggebruiker. De termijn, vermeld in het eerste lid, begint opnieuw te lopen op de werkdag dat de aanvraag opnieuw wordt behandeld door de Expertencommissie.

**Art. 236.** Op basis van het eensluidend advies van de Expertencommissie, neemt de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of tot weigering van de gevraagde tegemoetkoming.

Binnen vijf werkdagen na de dag dat de verzekeringsinstelling het advies van de Expertencommissie heeft ontvangen, brengt de verzekeringsinstelling de zorggebruiker op de hoogte van de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring of weigering van de gevraagde tegemoetkoming en, in voorkomend geval, van de redenen van de weigering, van de beroepsmogelijkheden en de termijnen waarin het beroep moet worden aangetekend. De beslissing tot weigering wordt met een aangetekende zending aan de zorggebruiker bezorgd.

In de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 234, 1°, zijn vervuld, voegt de verzekeringsinstelling het formulier S2 bij de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring.

In de gevallen waarin de voorwaarden, vermeld in artikel 234, 2°, zijn vervuld, vermeldt de beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring van de verzekeringsinstelling de gegevens die zijn opgenomen in het advies van de Expertencommissie, vermeld in artikel 235, derde lid.

**Art. 237.** De periode waarvoor de aangevraagde tegemoetkoming kan worden toegekend, begint op zijn vroegst te lopen op de dag nadat de zorggebruiker de beslissing van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven, heeft ontvangen.

Als de verzekeringsinstelling een beslissing tot gehele of gedeeltelijke goedkeuring neemt en die beslissing niet binnen dertig werkdagen na de ontvangstdatum aan de zorggebruiker bezorgt, begint de periode waarvoor een tegemoetkoming kan worden toegekend, op zijn vroegst op de dag na een termijn van dertig werkdagen die volgt op de ontvangstdatum.

Als de verzekeringsinstelling een beslissing tot weigering neemt en die beslissing niet binnen dertig werkdagen na de ontvangstdatum aan de zorggebruiker bezorgt, wordt de aanvraag, geacht te zijn goedgekeurd door de verzekeringsinstelling. De periode waarvoor in dat geval een tegemoetkoming kan worden toegekend, begint op zijn vroegst op de dag na een termijn van dertig werkdagen die volgt op de ontvangstdatum, en eindigt na een termijn van tien werkdagen die volgt op de dag van de beslissing tot weigering.

**Art. 238.** Als de verzekeringsinstelling conform artikel 232, vierde lid, een beslissing tot weigering heeft genomen op basis van een inbreuk op de cumulatieverboden, vermeld in dit besluit, en de zorggebruiker een nieuwe aanvraag indient die dezelfde revalidatieverstrekingen en, in voorkomend geval, dezelfde reiskosten tot voorwerp heeft als de oorspronkelijke aanvraag, voegt de zorggebruiker een bijkomende motivering over de cumulatie van tegemoetkomingen bij de aanvraag.

De verzekeringsinstelling vervolledigt de nieuwe aanvraag, vermeld in het eerste lid, met informatie over de tegemoetkomingen voor revalidatieverstrekingen die al zijn toegekend, op basis waarvan de cumulbepalingen opnieuw kunnen worden geëvalueerd. De verzekeringsinstelling bezorgt de nieuwe aanvraag binnen de termijn, vermeld in artikel 233, eerste lid, aan het agentschap. In afwijking van artikel 232 beoordeelt niet de verzekeringsinstelling, maar wel de Expertencommissie de naleving van de regel over de cumulatie. De Expertencommissie voert die beoordeling uit in het kader van het onderzoek, vermeld in artikel 234.

## Deel 5. — Revalidatieziekenhuizen

### Titel 1. — Vaststelling van het budget

#### HOOFDSTUK 1. — Algemene bepalingen

**Art. 239.** De minister bepaalt jaarlijks het budget voor elk revalidatieziekenhuis voor een dienstjaar. Dat budget wordt op 1 januari van elk jaar vastgesteld.

In afwijking van het eerste lid wordt het budget verhoogd vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de spilindex is overschreden, conform artikel 258.

**Art. 240.** Het budget is samengesteld uit de volgende delen:

1° het basisbudget;

2° het voorwaardelijke budget;

3° het jaarlijks herrekende budget;

4° het corrigerende budget.

#### HOOFDSTUK 2. — Het basisbudget, vermeld in artikel 240, 1°

**Art. 241.** Het basisbudget dekt de kosten van de bestanddelen, vermeld in bijlage 3, die bij dit besluit is gevoegd, die door het budget van financiële middelen zijn gedekt conform artikel 7 van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, en die niet worden gedekt door het voorwaardelijke, jaarlijks herrekende of corrigerende budget, vermeld in artikel 243, 250 en 253 van dit besluit.

**Art. 242.** Het basisbudget voor het dienstjaar dat op 1 januari 2019 begint bestaat uit het budget van financiële middelen, dat is vastgesteld conform het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, en toegekend op 1 juli 2018, als het de kosten dekt, vermeld in artikel 241 van dit besluit.

Het basisbudget voor het dienstjaar dat op 1 januari 2020 begint, en voor elk van de daarop volgende dienstjaren bestaat uit het basisbudget voor het dienstjaar dat begint op 1 januari 2019, zoals geïndexeerd conform artikel 258.

HOOFDSTUK 3. — *Het voorwaardelijke budget, vermeld in artikel 240, 2°**Afdeling 1. — Onderdelen*

**Art. 243.** Het voorwaardelijke budget bestaat uit de volgende onderdelen:

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

*Afdeling 2. — Bedrag om de kwaliteitsbewaking te bevorderen*

**Art. 244.** In dit artikel wordt verstaan onder VIP<sup>2</sup>: het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals, dat wordt gecoördineerd door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, waarin ziekenhuizen worden aangespoord om de manier waarop ze zorg verlenen en de resultaten van hun zorgverlening aan de hand van kwaliteitsindicatoren te meten en te evalueren.

Om de kwaliteitsbewaking te bevorderen, wordt een bedrag van 121.939 euro verdeeld over de revalidatieziekenhuizen die een overeenkomst hebben gesloten met het agentschap over de deelname aan het project VIP<sup>2</sup>.

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

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

Als het bedrag (X), berekend conform het derde lid, lager is dan 10.000 euro, wordt het bedrag (X) geacht 10.000 euro te zijn.

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

Om dit onderdeel van het voorwaardelijke budget te behouden, bezorgen de revalidatieziekenhuizen de registratiegegevens tijdig, conform de afgesproken data, bepaald in de protocollen van de indicatoren van het project VIP<sup>2</sup>, aan het agentschap, conform de regels, bepaald in de overeenkomst die gesloten is met het agentschap over de deelname aan het project VIP<sup>2</sup>.

*Afdeling 3. — Bedrag om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier te bevorderen*

**Art. 245.** Met het oog op de realisatie van het elektronisch patiëntendossier, bepaald in actiepunten 2 van de Roadmap 2.0 van het e-gezondheidsplan, waarvan de inhoud is gedefinieerd in de Belgian Meaningful Use Criteria, hierna de BMUC te noemen, die zijn opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, wordt een forfaitaire financiering voorzien onder de voorwaarden, vermeld in artikel 246 tot en met 249 van dit besluit.

Dit onderdeel van het voorwaardelijke budget bestaat uit een bedrag van 667.293 euro, dat als volgt wordt verdeeld in de vorm van forfaits:

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

**Art. 246.** De sokkel per revalidatieziekenhuis, vermeld in artikel 245, tweede lid, 1°, wordt elk jaar berekend en is identiek voor alle revalidatieziekenhuizen. Die sokkel bedraagt:

- 1° voor het dienstjaar 2019: 10 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid;
- 2° voor elk dienstjaar vanaf het dienstjaar 2020: 5 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis jaarlijks voldoen aan de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in titel 5.

Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in titel 5, niet respecteert, wordt het toegekende bedrag voor het jaar in kwestie gerecupereerd in het volgende budget. Het gerecupereerde bedrag wordt conform dezelfde modaliteiten herverdeeld onder de andere revalidatieziekenhuizen op het moment dat het volgende budget wordt toegekend.

**Art. 247.** De sokkel per erkend bed, vermeld in artikel 245, tweede lid, 2°, wordt elk jaar berekend. Voor de vastlegging van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met de erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget. Die sokkel bedraagt:

- 1° voor het dienstjaar 2019: 15 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid;
- 2° voor elk dienstjaar vanaf het dienstjaar 2020: 10 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis jaarlijks voldoen aan de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in titel 5.

Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden voor de mededeling van de gegevens, vermeld in titel 5, niet respecteert, wordt het toegekende bedrag voor het jaar in kwestie gerecupereerd in het volgende budget. Het gerecupereerde bedrag wordt conform dezelfde modaliteiten herverdeeld onder de andere revalidatieziekenhuizen op het moment dat het volgende budget wordt toegekend.

**Art. 248. § 1.** Het acceleratorbudget, vermeld in artikel 245, tweede lid, 3°, is een bijkomend bedrag dat wordt toegekend aan de revalidatieziekenhuizen als stimulans om het proces te accelereren. Het acceleratorbudget wordt elk jaar berekend per revalidatieziekenhuis. Het acceleratorbudget bedraagt:

- 1° voor het dienstjaar 2019: 65 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid;
- 2° voor de dienstjaren 2020, 2021, 2022 en 2023: 70 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid;
- 3° voor elk dienstjaar vanaf het dienstjaar 2024: 85 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid.

§ 2. Om voor het dienstjaar 2019 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 1°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis uiterlijk op 31 juli 2018 en conform artikel 61/1, § 4, van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, een implementatiedatum voor een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier vastleggen, alsook een stappenplan waarin de implementatiedata worden vermeld van de zeven basisfunctionaliteiten die zijn omschreven in de BMUC.

Het acceleratorbudget wordt verdeeld onder de revalidatieziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

§ 3. Voor het dienstjaar 2020 wordt een vast deel gevormd door 80 % van de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°, en een variabel deel door 20 % van de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°.

Om voor de financiering van het vaste deel, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis uiterlijk op 31 juli 2019 een implementatiedatum voor een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier vastleggen, alsook een stappenplan waarin de implementatiedata worden vermeld van de zeven basisfunctionaliteiten die zijn omschreven in de BMUC. Het revalidatieziekenhuis bezorgt die informatie uiterlijk op 31 augustus 2019 aan het agentschap. Het bedrag voor het vaste deel wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

Om voor de financiering van het variabele deel, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis op 31 juli 2019 stap 1 van de functionaliteit “elektronische ontslagbrief” van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, gerealiseerd hebben. De realisatie wordt gemeten als de verhouding van het aantal ontslagen patiënten in de periode van 1 februari 2019 tot en met 31 juli 2019 voor wie een elektronische ontslagbrief beschikbaar is gesteld op de HUB, ten opzichte van het totale aantal patiënten dat is ontslagen in dezelfde periode. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2019, het gemeten percentage aan het agentschap. Het bedrag voor het variabele deel wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

§ 4. Om voor het dienstjaar 2021 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 1 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2020. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2020, voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

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

§ 6. Om voor het dienstjaar 2023 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 3 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2022. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2022, voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

§ 7. Om vanaf het dienstjaar 2024 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, 3°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis stap 4 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, voor alle functionaliteiten gerealiseerd hebben op 31 juli 2023. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2023, voor elk van de functionaliteiten van de BMUC het gerealiseerde percentage. Het bedrag wordt verdeeld naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het ogenblik van de berekening van het budget.

**Art. 249.** § 1. Het ‘early adopter’-budget, vermeld in artikel 245, 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 248, te implementeren. Het ‘early-adopter’-budget wordt jaarlijks voor elk revalidatieziekenhuis berekend. Het ‘early-adopter’-budget bedraagt:

1° voor het dienstjaar 2019: 10 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid;

2° voor de dienstjaren 2020, 2021, 2022 en 2023: 15 % van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 245, tweede lid.

Het ‘early adopter’-budget wordt verdeeld onder de revalidatieziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 2 tot en met 6, naar rata van het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap op het moment van de berekening van het budget.

De voorwaarden, vermeld in paragraaf 2 tot en met 6, zijn gebaseerd op een puntensysteem. Voor elke behaalde stap, vermeld in bijlage 1 van de BMUC, opgenomen in bijlage 4, die bij dit besluit is gevoegd, wordt per functionaliteit van de BMUC één punt toegekend.

§ 2. Om voor het dienstjaar 2019 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 1°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis minstens een punt hebben behaald op 31 juli 2018.

§ 3. Om voor het dienstjaar 2020 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis minstens twee punten hebben behaald op 31 juli 2019. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2019, hoeveel punten het heeft behaald.

§ 4. Om voor het dienstjaar 2021 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis minstens veertien punten hebben behaald op 31 juli 2010. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2010, hoeveel punten het heeft behaald.

§ 5. Om voor het dienstjaar 2022 voor de financiering, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis minstens eenentwintig punten hebben behaald op 31 juli 2021. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2021, hoeveel punten het heeft behaald.

§ 6. Om voor het dienstjaar 2023 voor de financiering, vermeld paragraaf 1, eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het revalidatieziekenhuis achtentwintig punten hebben behaald op 31 juli 2022. Het revalidatieziekenhuis meldt, via een verklaring op erewoord, uiterlijk op 31 augustus 2022, hoeveel punten het heeft behaald.

HOOFDSTUK 4. — *Het jaarlijks herrekende budget, vermeld in artikel 240, 3°**Afdeling 1. — Onderdelen*

**Art. 250.** Het jaarlijks herrekende budget bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1° het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen;
- 2° het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie.

*Afdeling 2. — Het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen*

**Art. 251.** § 1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1° eindeloopbaanmaatregelen: de maatregelen, genomen in het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren, gesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

2° personeelsleden:

a) het verplegend en verzorgend personeel, vermeld in artikel 8, 5° en 8°, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008. Onder verzorgend personeel worden ook de werknemers verstaan die onder een ermee overeenstemmende loonschaal vallen;

b) de sociaal verpleegkundigen;

c) de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten en de diëtisten;

d) de opvoeders-begeleiders geïntegreerd in de zorgteams;

e) de maatschappelijk assistenten en de psychologische assistenten in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutische programma;

f) de psychologen, de orthopedagogen en de pedagogen in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutische programma;

g) de laboratoriumtechnologen;

h) de technologen van de medische beeldvorming;

i) de technici van medisch materiaal, in het bijzonder in de sterilisatiediensten;

j) het patiëntenvervoer;

k) de logistieke assistenten;

l) de assistenten in de ziekenhuisverzorging;

m) de personen, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

3° verantwoorde afwezigheidsperiode: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden, als ze aanleiding gegeven hebben tot het betalen van een vergoeding door de instelling. Daarin zitten ook de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op 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 herrekende budget een bedrag vastgelegd.

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

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

1° de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uur, 192 uur of 288 uur per jaar. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de bovenvermelde respectieve leeftijdsgrenzen bereikt worden. De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen ook opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26 %, 10,52 % of 15,78 %, berekend op hun voltijdse wedde. Bij combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur. De personeelsleden werken binnen het revalidatieziekenhuis. Het personeel dat tewerkgesteld is in de diensten die beschouwd worden als niet-ziekenhuisactiviteiten, vallen buiten de beschouwing als vermeld in punt 3.3 van bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, met uitzondering van de personen die onder kostenplaatsen 900 tot 909 vallen;

2° het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een gelijk aantal uren van vrijstelling van prestaties of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie die gelijk is aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie. Aan de werknemers van de privésector die deeltijds tewerkgesteld zijn, zal, rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid, voorgesteld worden om binnen de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van de bovenvermelde collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35, de wekelijkse arbeidsduur die ingeschreven is in hun arbeidsovereenkomst, automatisch te verhogen. Ze krijgen eventueel een vrijstelling van de prestaties op basis van hun nieuwe contract. Bij de werknemers van de publieke sector die deeltijds tewerkgesteld zijn en voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden, is de werkgever ertoe gehouden hen drie maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in het kader, voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur, ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst, verhoogd wordt naar rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties dat bepaald is voor de leeftijdscategorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede tot het stelsel of zijn hoger recht in het kader van de eindeloopbaan, aan de werkgever ofwel zijn akkoord met die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur te betekenen ofwel zijn weigering mee te delen. In dat laatste geval geldt voor de werknemer de vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties die is bepaald voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort, in verhouding tot zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer;

3° de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever verricht hebben in een of meer functies, waardoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties, namelijk prestaties op zaterdag, zondag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten, of elke andere vergoeding die valt onder een collectieve arbeidsovereenkomst of een protocolakkoord, ontvangen hebben, of die een compensatierust door die prestaties gekregen hebben, worden gelijkgesteld met de personeelsleden. De verantwoorde afwezigheidsperiodes komen in aanmerking op basis van het gemiddelde van de rest van de referentieperiode. De werknemer die niet meer aan die voorwaarde van 200 uur onregelmatige prestaties over een referentieperiode van maximaal 24 maanden voldoet, behoudt de verkregen vrijstelling van prestatie, maar kan bij de overgang naar een hogere leeftijdscategorie een bijkomende vrijstelling van arbeidsprestaties krijgen. De deeltijdse werknemers bewijzen een aantal uren van onregelmatige prestaties dat overeenstemt met 200 uur, berekend naar verhouding van de arbeidsduur over een referentieperiode van maximaal 24 maanden. De werknemer die, op het moment dat hij de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt, geen 200 uur onregelmatige prestaties bij dezelfde werkgever gewerkt heeft of die vanaf 50 jaar niet meer aan die voorwaarde voldoet, treedt toe tot het statuut van geassimileerd personeel, en dus tot het recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op het moment dat hij die 200 uur in de loop van een periode van maximaal 24 achtereenvolgende maanden heeft uitgevoerd. De vrijstelling van arbeidsprestaties gaat dan in op de dag die in de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord dat van toepassing is, wordt bepaald;

4° de begunstigde personen van de eindeloopbaanmaatregelen vóór 1 oktober 2005 blijven erover genieten. 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.

Er zijn volgende personeelscategorieën:

1° personeelscategorie a: de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in de ziekenhuisverzorging;

2° personeelscategorie b: de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten, de diëtisten, de opvoedersbegeleiders, geïntegreerd in zorgteams, de maatschappelijk assistenten en de psychologisch 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 conform formule  $F = F1 + F2$ , waarbij:

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

a) Aa: 50.560,38 euro voor categorie a;

b) Ab: 50.560,38 euro voor categorie b;

c) Ac: 41.203,52 euro voor categorie c;

d) Ad: 41.164,38 euro voor categorie d;

e) T1: wekelijks aantal vrijgestelde uren die de werknemer ter compensatie in dienst genomen is of de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt, compenseert;

f) S: wekelijkse arbeidsregeling die toegepast wordt in het revalidatieziekenhuis;

g) N: jaarlijks aantal werkuren dat de werkgever moet bezoldigen ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het beschouwde jaar in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen;

h) Y: theoretisch aantal jaarlijkse werkuren die de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn daad van individuele benoeming of het aanhangsel bij zijn arbeidsovereenkomst in geval van verhoging van de werktijd moet presteren;

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

a) Aa: 69.753,17 euro voor categorie a;

b) Ab: 69.753,17 euro voor categorie b;

c) Ac: 51.951,39 euro voor categorie c;

d) Ad: 46.941,53 euro voor categorie d;

e) H: equivalent van het wekelijkse aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer ten opzichte van zijn leeftijd;

f) T2: aantal per week te presteren uren die voortvloeien uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, die in voorkomend geval uitgeoefend zijn in de functie waarvoor de maatregel geldt;

g) S: wekelijkse arbeidsregeling, toegepast in het revalidatieziekenhuis;

h) N: jaarlijks aantal werkuren dat de werkgever bezoldigt in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het beschouwde jaar;

i) Y: theoretisch jaarlijks aantal werkuren die de begunstigde moet presteren volgens zijn arbeidsovereenkomst of zijn individuele benoeming.

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

- 1° een uniek identificatienummer per personeelslid;
- 2° de geboortedatum;
- 3° de functie;
- 4° de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven;
- 5° de kostenplaats waar de lasten in rekening worden gebracht;
- 6° het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat het personeelslid kan verkrijgen ten opzichte van zijn leeftijd;
- 7° de wekelijks uurregeling in het revalidatieziekenhuis;
- 8° het aantal uren dat het personeel moet presteren, zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte, in voorkomend geval verminderd naar verhouding van de prestaties die het personeelslid verricht heeft in de functie die het voordeel van de maatregel, vermeld in deze paragraaf, verantwoordt;
- 9° de datum van de aanwerving;
- 10° de eventuele vertrekdatum;
- 11° in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uren op 24 maanden;
- 12° de door de werkgever niet-bezoldigde perioden van afwezigheid alsook hun aard. Dit zijn niet-gelijkgestelde dagen of uren.

De revalidatieziekenhuizen verstrekken de inlichtingen, vermeld in het eerste lid, aan het agentschap, conform de voorwaarden, vermeld in artikel 271 en 272, 3°.

Als de ziekenhuisbeheerder de inlichtingen, vermeld in het eerste lid, niet binnen de termijn, vermeld in artikel 271, aan het agentschap verstrekt, worden de bedragen, vermeld in paragraaf 5, teruggevorderd.

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

Voor de dienstjaren 2014, 2015 en 2016, waarvoor het bedrag wordt berekend conform artikel 79, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, wordt een inhaalbedrag vereffend, conform artikel 255, § 1.

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

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

De toegekende financiering wordt, in voorkomend geval, begrensd tot het werkelijke totale aantal vervangingen. Daarvoor bezorgt de ziekenhuisbeheerder tegelijk met de gegevens, vermeld in paragraaf 4, eerste lid, de volgende gegevens:

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

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

### *Afdeling 3. — Het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie*

**Art. 252.** In dit artikel wordt onder toegelaten voltijdsequivalenten verstaan: de werknemers, vermeld in de collectieve arbeidsovereenkomst van 30 juni 2006, gesloten in het Paritair Comité voor de gezondheidsdiensten, tot uitvoering van punt 10 van het akkoord van 26 april 2005 betreffende de federale gezondheidssectoren voor de privésector.

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

Voor het complement van de attractiviteitspremie die aan alle werknemers van de openbare revalidatieziekenhuizen wordt toegekend, wordt aan elk revalidatieziekenhuis een bedrag toegekend dat wordt berekend door het aantal toegelaten voltijdsequivalenten van het revalidatieziekenhuis te vermenigvuldigen met 803,75 euro. Die 803,75 euro omvat 596,83 euro verhoogd met de werkgeversbijdrage.

Voor het complement van de attractiviteitspremie die aan alle werknemers van de private revalidatieziekenhuizen wordt toegekend, wordt aan elk revalidatieziekenhuis een bedrag toegekend dat wordt berekend door het aantal toegelaten voltijdsequivalenten van het revalidatieziekenhuis te vermenigvuldigen met 833,89 euro. Die 833,89 euro omvat 619,21 euro verhoogd met de werkgeversbijdrage.

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

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

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

Voor de dienstjaren 2014, 2015 en 2016, waarvoor het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie wordt berekend conform artikel 79bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, wordt een inhaalbedrag vereffend conform artikel 255, § 2, van dit besluit.

#### HOOFDSTUK 5. — *Het corrigerende budget, vermeld in artikel 240, 4°*

**Art. 253.** Het corrigerende budget bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1° de correcties voor de voorbije dienstjaren, vastgesteld conform artikel 254;
- 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 255;
  - b) de bedragen, vastgesteld conform artikel 256;
- 3° de bedragen in geval van sluiting of opening van ziekenhuisbedden, vastgesteld conform artikel 257.

**Art. 254.** 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. 255. § 1.** Om de eindeloopbaanmaatregelen, vermeld in artikel 251, te financieren, wordt voor de dienstjaren 2014, 2015 en 2016 een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

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

§ 2. Om het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in artikel 252, te financieren, wordt, voor de dienstjaren 2014, 2015 en 2016 een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

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

**Art. 256.** Voor de herziening van de opsplitsing van het vaste en variabele gedeelte van het budget dat conform artikel 260, § 2, bij beëindiging van elk dienstjaar wordt berekend, wordt in een inhaalbedrag voorzien in het corrigerende budget.

**Art. 257.** In geval van een vermindering van het aantal erkende ziekenhuisbedden in een revalidatieziekenhuis wordt 80 % van het basisbudget proportioneel verminderd in verhouding tot de vermindering van de bedcapaciteit.

In geval van een vermeerdering van het aantal erkende ziekenhuisbedden in een revalidatieziekenhuis:

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

#### HOOFDSTUK 6. — *Indexering van het budget*

**Art. 258.** De volgende delen van het budget, vermeld in artikel 240, 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 103,04 (basis=2013) en worden aangepast conform de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

*Titel 2. — Kennisgeving van de beslissing*

**Art. 259.** De beslissing van de minister over de vaststelling van het budget, vermeld in artikel 239 en 265, wordt aan de ziekenhuisbeheerder meegedeeld door het agentschap.

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

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

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

*Titel 3. — Vereffening van het budget**HOOFDSTUK 1. — Vaststelling van het vaste en het variabele gedeelte van het budget*

**Art. 260.** § 1. Het vast gedeelte van het budget wordt gevormd door 80 % van het basisbudget, vermeld in artikel 241, vermeerderd met het voorwaardelijke budget, het jaarlijks herrekende budget en het corrigerende budget, vermeld in artikel 243, 250 en 253.

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

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

Zodra het dienstjaar is beëindigd, wordt de opsplitsing van het vaste en variabele gedeelte op basis van de specifieke gegevens van dit dienstjaar herzien om de opsplitsing, vermeld in het eerste lid, in overeenstemming te brengen met de reële verhouding tussen het aantal patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, enerzijds, en artikel 116 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, anderzijds. Die herziening wordt verrekend in het corrigerende budget conform artikel 256.

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

**Art. 261.** Voor de patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, wordt het vaste gedeelte, vermeld in artikel 260, § 1, eerste lid, van dit besluit, door de verzekeringsinstellingen in twaalfden vereffend, en dat in evenredigheid met hun respectievelijk aandeel van de gerealiseerde verpleegdagen in de loop van het laatst bekende dienstjaar voor het revalidatieziekenhuis in kwestie, binnen de termijn, vastgesteld door de minister.

Voor de patiënten, vermeld in het eerste lid, wordt het variabele gedeelte, vermeld in artikel 260, § 1, tweede lid, volledig vereffend volgens een prijs per verpleegdag. De prijs per verpleegdag wordt bepaald door het variabele gedeelte te delen door de verpleegdagen die tijdens het laatst bekende dienstjaar gerealiseerd zijn voor patiënten die onder dit hoofdstuk vallen.

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

**Art. 262.** 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 260, § 1, van dit besluit, worden opgeteld en gedeeld door verpleegdagen die de tijdens het laatst bekende dienstjaar gerealiseerd zijn.

**Art. 263.** Als de ziekenhuisverpleging aanleiding geeft tot een tegemoetkoming van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid voor de overzeese sociale zekerheid, of van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering voor de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers, en de zeevarenden, in het raam van hun eigen reglementering, of van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn voor behoeftigen, wordt 22 % van de conform artikel 262 berekende prijs per verpleegdag betaald door de Vlaamse Gemeenschap. Het resterend gedeelte van de conform artikel 262 berekende prijs per verpleegdag valt, naargelang het geval, ten laste van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor de overzeese sociale zekerheid, of van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering voor de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers, en de zeevarenden, in het raam van hun eigen reglementering, of van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn.

*HOOFDSTUK 4. — Gevolgen van de niet-naleving van voorwaarden*

**Art. 264.** § 1. Als een revalidatieziekenhuis, de voorwaarden, vermeld in titel 4, niet naleeft, stuurt het agentschap het revalidatieziekenhuis elektronisch een herinnering die een termijn van dertig dagen vaststelt om te voldoen aan de voorwaarden.

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

§ 2. Als een revalidatieziekenhuis de voorwaarden, vermeld in titel 5, niet naleeft, stuurt het agentschap het revalidatieziekenhuis elektronisch een herinnering die een nieuwe termijn van dertig dagen vaststelt om de gegevens, vermeld in titel 5, mee te delen.

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

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



**Art. 265.** De minister kan de toekenning van het budget of een gedeelte ervan stopzetten als het revalidatieziekenhuis niet beschikt over de vereiste erkenning, vermeld in artikel 58, 66 en 67 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, de vergunning, vermeld in artikel 39 van de voormelde wet, of de toelating, vermeld in artikel 54 en 57 van de voormelde wet. Die stopzetting geldt voor het budget of het gedeelte ervan dat betrekking heeft op die erkenning, vergunning of toelating.

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

#### *Titel 4. — Verklaring bij opname*

**Art. 266.** § 1. Uiterlijk bij de aanvang van een opname wordt aan de patiënt, of aan de persoon die, conform artikel 12 tot en met 14 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, een patiënt kan vertegenwoordigen, hierna "de vertegenwoordiger" te noemen, een bundel documenten ter ondertekening aangeboden.

Die bundel documenten bestaat uit de twee volgende documenten:

1° een opnameverklaring, opgemaakt conform het model, die opgenomen is in bijlage 5 of 6, die bij dit besluit zijn gevoegd, al naargelang het gaat om een klassieke opname in een revalidatieziekenhuis of een daghospitalisatie in een revalidatieziekenhuis;

2° een document met de nodige toelichting bij de opnameverklaring volgens het model, die opgenomen is in bijlage 7, die bij dit besluit is gevoegd.

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

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

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

§ 4. De cursief gedrukte tekst in de modellen, die opgenomen zijn in bijlage 5, 6 en 7, die bij dit besluit zijn gevoegd, duiden de passages aan die het revalidatieziekenhuis kan weglaten als die niet van toepassing zijn in het revalidatieziekenhuis in kwestie. Als de titel van een rubriek in de modellen cursief gedrukt staat, kan die hele rubriek weggelaten worden als de inhoud van die rubriek in het revalidatieziekenhuis of bij een specifieke opname niet van toepassing is. Elke andere wijziging, weglating of toevoeging in de modellen, die opgenomen zijn in bijlage 5, 6 en 7, die bij dit besluit zijn gevoegd, is niet toegelaten.

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

In afwijking van het eerste lid mogen revalidatieziekenhuizen die noch kamersupplementen, noch ereloon-supplementen aanrekenen, ook afwijken van de niet-cursief gedrukte tekst van de modellen, die opgenomen zijn in bijlage 5, 6 en 7, die bij dit besluit zijn gevoegd, afwijken. Ze mogen de patiënt op een vereenvoudigde manier informeren over de financiële implicaties van een opname in het revalidatieziekenhuis.

§ 5. De opnameverklaring wordt volledig ingevuld.

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

Het revalidatieziekenhuis bewaart de ondertekende opnameverklaring minstens gedurende een periode van twee jaar nadat de laatste factuur verstuurd is die betrekking heeft op de opname die aanleiding heeft gegeven tot de ondertekening van de opnameverklaring in kwestie.

**Art. 267.** De overzichtslijst, vermeld in artikel 266, § 2, met de actuele prijzen van de goederen en diensten die in het revalidatieziekenhuis aangeboden worden, maakt een onderscheid tussen de kosten die verbonden zijn aan het comfort van de kamer, de kosten voor eten en drinken, de kosten voor hygiënische producten, de kosten voor de was, de kosten voor de begeleider van de patiënt en de kosten voor andere diverse goederen en diensten.

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

**Art. 268.** 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. 269.** De ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis stelt aan iedereen die zich vooraf wil informeren, een exemplaar ter beschikking van de opnameverklaring met daarin de geldende tarieven, waaronder die welke specifiek voor het revalidatieziekenhuis zijn vastgesteld.

Elk revalidatieziekenhuis deelt, op eenvoudig verzoek van het agentschap, een exemplaar van de opnameverklaringen die in het revalidatieziekenhuis gebruikt worden, kunnen voorleggen. Op de opnameverklaringen zijn de tarieven ingevuld die in het revalidatieziekenhuis gelden. Als dat van toepassing is, zijn ze aangepast volgens de mogelijkheden, vermeld in artikel 266, § 4, mee.

*Titel 5. — Melding van gegevens*

**Art. 270.** De gegevens over de financiële toestand en de bedrijfsuitkomsten omvatten:

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

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

- 1° het jaaroverzicht van het aantal verpleegdagen, die gerealiseerd zijn gedurende het dienstjaar in kwestie, alsook de uitsplitsing van die dagen per betalingsinstelling;
- 2° de gegevens over de eindloopbaanmaatregelen, vermeld in artikel 251, § 4, eerste lid en § 6, derde lid;
- 3° de gegevens betreffende het complement van de attractiviteitspremie, vermeld in artikel 252, vijfde lid.

De gegevens over de activiteiten en de kwaliteitsopvolging omvatten:

1° het maandoverzicht van de volgende gegevens voor de maand in kwestie, enerzijds voor alle patiënten en anderzijds voor de patiënten voor wie de verzekeringsinstellingen, vermeld in artikel 261, 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 adviserend artsen aangewezen als vermeld in artikel 127 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, de waarachtigheid van de meegedeelde gegevens te laten nagaan.

**Art. 271.** De gegevens, vermeld in artikel 270, worden uiterlijk op 31 augustus van het jaar dat volgt op het jaar waarop ze betrekking hebben, meegedeeld aan het agentschap.

**Art. 272.** De gegevens, vermeld in artikel 270, worden als volgt meegedeeld:

- 1° de gegevens, vermeld in artikel 270, 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 270, eerste lid, 3°, conform de modaliteiten die door de minister worden bepaald;
- 3° de gegevens, vermeld in artikel 270, tweede lid, conform de modaliteiten die door de minister worden bepaald;
- 4° de gegevens, vermeld in artikel 270, derde lid, 1°, conform bijlage 8, die bij dit besluit is gevoegd;
- 5° de gegevens, vermeld in artikel 270, derde lid, 2°, conform de voorwaarden die de Vlaamse Regering bepaalt.

**Art. 273.** De stukken tot staving van de gegevens, vermeld in artikel 270, eerste lid, worden gedurende tien jaar bewaard door het revalidatieziekenhuis.

De stukken tot staving van de gegevens, vermeld in artikel 270, tweede lid en derde lid, worden gedurende vijf jaar bewaard door het revalidatieziekenhuis.

**Art. 274.** Binnen een maand na de bekendmaking van dit besluit deelt de ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis aan het agentschap de voor- en achternaam, het professionele adres, het telefoonnummer en het e-mailadres mee van:

- 1° de directeur, de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement van het revalidatieziekenhuis;
- 2° de persoon of personen die ervoor verantwoordelijk zijn van de gegevens, vermeld in artikel 270, eerste lid, van het revalidatieziekenhuis mee te delen;
- 3° de persoon of personen die ervoor verantwoordelijk zijn de statistische gegevens, vermeld in artikel 270, van het revalidatieziekenhuis mee te delen;
- 4° de veiligheidsconsulent, vermeld in deel I. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn, punt III. Organisatorische normen, 9° quater, g), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Bij de oprichting van een nieuw revalidatieziekenhuis of in geval van samenwerking van revalidatieziekenhuizen met een of meer revalidatieziekenhuizen of ziekenhuizen wordt de mededeling, vermeld in het eerste lid, gedaan binnen een maand nadat de voorlopige erkenning van het revalidatieziekenhuis of van de erkenning van de samenwerkingsvorm van de revalidatieziekenhuizen betekend is.

Elke wijziging van de personen, vermeld in het eerste lid, wordt binnen een maand meegedeeld.

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

**Art. 275.** De minister of het agentschap kan aan de ziekenhuisbeheerder van het revalidatieziekenhuis alle gegevens opvragen die nuttig zijn voor de vaststelling van het budget.

Deel 6. — Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging

*Titel 1. — Procedure om een overeenkomst te sluiten, te wijzigen en te beëindigen*

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

**Art. 276.** § 1. De overeenkomsten met multidisciplinaire begeleidingsequipes worden gesloten of gewijzigd op verzoek van een multidisciplinaire begeleidingsequipe of op initiatief van de minister of het agentschap.

Een erkend palliatief samenwerkingsverband kan een aanvraag indienen in naam van een multidisciplinaire begeleidingsequipe die deel uitmaakt van het palliatieve samenwerkingsverband in kwestie.

§ 2. Per palliatief samenwerkingsverband kan maar met één multidisciplinaire begeleidingsequipe een overeenkomst worden gesloten conform artikel 291.

**Art. 277.** De overeenkomsten met de multidisciplinaire begeleidingsequipes worden beëindigd op aanvraag van de multidisciplinaire begeleidingsequipe in kwestie of op initiatief van de minister of het agentschap.

Een erkend palliatief samenwerkingsverband kan een aanvraag tot beëindiging van de overeenkomst indienen in naam van een multidisciplinaire begeleidingsequipe die deel uitmaakt van het palliatieve samenwerkingsverband in kwestie.

HOOFDSTUK 2. — *Procedure om overeenkomsten te sluiten en te wijzigen*

**Art. 278.** Een aanvraag om een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe als vermeld in artikel 276, te sluiten of te wijzigen wordt aan de minister gericht.

De aanvragen bevatten minstens de volgende gegevens en documenten om ontvankelijk te zijn:

- 1° de identificatiegegevens van de rechtspersoon die de aanvraag indient;
- 2° de datum waarop de aanvrager wil dat de overeenkomst in werking treedt;
- 3° de nodige bewijsstukken waaruit blijkt dat de leden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 335 en 336, voor hun specifieke vorming;
- 4° het personeelskostendossier, vermeld in artikel 322;
- 5° een verklaring van het palliatieve samenwerkingsverband dat ze de aanvraag van de multidisciplinaire begeleidingsequipe ondersteunt, als de multidisciplinaire begeleidingsequipe de aanvraag indient;
- 6° een bewijs dat het palliatieve samenwerkingsverband gemachtigd is om de overeenkomst te sluiten namens de multidisciplinaire begeleidingsequipe als ze de aanvraag indient.

**Art. 279.** § 1. Het agentschap onderzoekt of de aanvraag voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden, vermeld in artikel 278.

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

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

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

- 1° het betreft een uitzondering die de Vlaamse Regering heeft bepaald krachtens artikel 91, § 1, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° de wijzigingen die beoogd worden, vloeien voort uit de bepalingen van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe zelf, vermeld in artikel 91, § 1, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018.

**Art. 280.** Als de minister of het agentschap een voorstel doet om een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe als vermeld in artikel 276, te sluiten of te wijzigen, vraagt het agentschap advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de inhoudelijke aspecten van het voorstel.

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

- 1° het voorstel, vermeld in het eerste lid, betreft een uitzondering die de Vlaamse Regering heeft bepaald krachtens artikel 91, § 1, derde lid, van het decreet van 6 juli 2018;
- 2° de wijzigingen die beoogd worden, vloeien voort uit de bepalingen van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe zelf, vermeld in artikel 91, § 1, vierde lid, van het decreet van 6 juli 2018.

**Art. 281.** De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen in onderling overleg een gezamenlijk advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 279, § 2, en artikel 280. Ze streven daarbij naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom er geen consensus kon worden bereikt.

**Art. 282.** De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie bezorgen hun gezamenlijke advies, vermeld in artikel 281, aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag van het agentschap.

**Art. 283.** Als de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie binnen de door het agentschap toegelaten termijn geen gezamenlijk advies aan het agentschap hebben bezorgd, conform artikel 282, bezorgen ze binnen vijftien dagen na afloop van de termijn, vermeld in artikel 282, elk afzonderlijk een advies aan het agentschap.

**Art. 284.** Bij het opstellen van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 281, en de adviezen, vermeld in artikel 283, kunnen de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, samen of op eigen initiatief:

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

**Art. 285.** Bij ontstentenis van een gezamenlijk advies als vermeld in artikel 281, of van een of de beide van de individuele adviezen, vermeld in artikel 283, binnen de termijnen, vermeld in artikel 282 en 283 wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

**Art. 286.** Het agentschap maakt een advies op over de aanvraag en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 281, of een of de beide van de adviezen, vermeld in artikel 283.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 281, of een of de beide adviezen, vermeld in artikel 283, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 283.

Bij het advies wordt een van de volgende documenten gevoegd:

1° het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 281, dat het agentschap binnen de termijn, vermeld in artikel 282, heeft ontvangen;

2° een of de beide van de adviezen, vermeld in artikel 283, die het agentschap binnen de termijn, vermeld in artikel 283, heeft ontvangen.

**Art. 287.** In het kader van zijn adviesopdracht, vermeld in artikel 286, kan het agentschap aanvullende inlichtingen inwinnen bij de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

**Art. 288.** Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, vermeld in artikel 281 en 283, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

**Art. 289.** De minister beslist over de goedkeuring van de aanvraag nadat hij het advies van het agentschap heeft ontvangen, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 286, tweede lid.

Bij een positieve beslissing over een aanvraag om een overeenkomst te sluiten, wordt een ontwerp van overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe opgemaakt. Bij een positieve beslissing over een aanvraag om een overeenkomst te wijzigen, wordt een ontwerp van addendum bij de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe opgemaakt.

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

**Art. 290.** De beslissingen van de minister, vermeld in artikel 289, worden ter informatie meegedeeld aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

**Art. 291.** Een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe, alsook elke wijziging ervan, wordt ondertekend door de minister.

De overeenkomsten met een multidisciplinaire begeleidingsequipe worden gesloten voor onbepaalde duur.

#### HOOFDSTUK 3. — *Een overeenkomst beëindigen*

##### *Afdeling 1. — Beëindiging van een overeenkomst op verzoek van een multidisciplinaire begeleidingsequipe*

**Art. 292.** Een aanvraag om een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe als vermeld in artikel 277, te beëindigen wordt gericht aan de minister. De aanvraag is ontvankelijk als ze minstens de volgende gegevens bevat:

1° de identificatiegegevens van de rechtspersoon die de aanvraag indient;

2° de redenen voor de beëindiging van de overeenkomst;

3° de maatregelen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen;

4° een bewijs dat aantoonst dat het palliatieve samenwerkingsverband gemachtigd is om de overeenkomst te beëindigen namens de multidisciplinaire begeleidingsequipe als ze de aanvraag indient.

De maatregelen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen, vermeld in het eerste lid, 3°, worden opgesteld in onderling overleg tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipe en het palliatieve samenwerkingsverband waarvan de multidisciplinaire begeleidingsequipe deel uitmaakt.

**Art. 293.** § 1. Het agentschap onderzoekt of de aanvraag voldoet aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden, vermeld in artikel 292.

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

Als de aanvraag niet is ingediend door het palliatieve samenwerkingsverband in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe wordt het palliatieve samenwerkingsverband van de aanvraag, vermeld in artikel 277, op de hoogte gebracht.

§ 2. Binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag vraagt het agentschap advies aan de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie over de maatregelen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen.

**Art. 294.** De Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen samen of elk afzonderlijk een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 293, § 2. In het gezamenlijke advies streven ze naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het gezamenlijk advies waarom geen consensus kon worden bereikt. Ze bezorgen de adviezen aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag.

**Art. 295.** Bij ontstentenis van het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 294, binnen de termijnen, vermeld in artikel 294, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

**Art. 296.** Het agentschap maakt een advies op over de aanvraag en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met het gezamenlijke advies of een of de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 294.

Het agentschap bezorgt dat advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 294, een afzonderlijk advies of, in voorkomend geval, beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 294, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 294. Bij elk advies van het agentschap worden de adviezen gevoegd die binnen de termijn, vermeld in artikel 294, ontvangen zijn.

**Art. 297.** Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissie in kwestie, vermeld in artikel 294, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

**Art. 298.** De minister neemt kennis van de datum van de beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe en kan maatregelen opleggen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe kan geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten die verbonden zijn aan de beëindiging van de overeenkomst. Zij kunnen wel een vergoeding ontvangen voor de maatregelen die hen worden opgelegd om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen, vermeld in het eerste lid.

**Art. 299.** De beslissing van de minister met de maatregelen voor de continuïteit van de dienstverlening, vermeld in artikel 298, wordt met een aangetekende zending bezorgd aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe en het palliatief samenwerkingsverband waarvan de multidisciplinaire begeleidingsequipe deel uitmaakt.

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

#### *Afdeling 2. — Beëindiging van een overeenkomst op initiatief van de minister of van het agentschap*

**Art. 300.** § 1. Het voornemen van de minister of het agentschap om een overeenkomst met een multidisciplinaire begeleidingsequipe te beëindigen, wordt meegedeeld met een aangetekende zending met ontvangstbewijs aan de betrokken multidisciplinaire begeleidingsequipe en het palliatieve samenwerkingsverband waarvan die multidisciplinaire begeleidingsequipe deel uitmaakt. Dat voornemen bevat de redenen voor de beëindiging van de overeenkomst.

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

In zijn reactie op het voornemen kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe een voorstel uitwerken voor de continuïteit van de dienstverlening bij eventuele beëindiging van de overeenkomst.

Als de minister of het agentschap een voornemen tot beëindiging van de overeenkomst neemt omdat de multidisciplinaire begeleidingsequipe niet meer voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 311 tot en met 322, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe een voorstel tot remediëring uitwerken.

**Art. 301.** Het agentschap vraagt binnen vijftien dagen na de dag van de ontvangst van de reactie, vermeld in artikel 300, § 2, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 300, § 2, advies over het voornemen tot beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe aan de Expertencmissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

Bij de adviesvraag, vermeld in het eerste lid, worden, in voorkomend geval, de reactie en het voorstel of, in voorkomend geval, de voorstellen, vermeld in artikel 300, § 2, gevoegd.

**Art. 302.** De Expertencmissie en de sectorale adviescommissie in kwestie stellen samen of elk afzonderlijk een advies op over de adviesvragen, vermeld in artikel 301. In het gezamenlijke advies streven ze naar een consensus. Als ze geen consensus bereiken, vermeldt het advies waarom er geen consensus kon worden bereikt. Ze bezorgen de adviezen aan het agentschap binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van de adviesvraag.

**Art. 303.** Bij ontstentenis van de adviezen, vermeld in artikel 302, binnen de termijn, vermeld in artikel 302, wordt de behandeling van de aanvraag voortgezet door het agentschap.

**Art. 304.** Het agentschap maakt een advies op over de beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe en kan daarbij, in voorkomend geval, rekening houden met de adviezen, vermeld in artikel 302, en de reactie en het voorstel of, in voorkomend geval, de voorstellen, vermeld in artikel 300, § 2.

Het agentschap bezorgt zijn advies aan de minister binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het gezamenlijke advies, vermeld in artikel 302, een afzonderlijk advies of, in voorkomend geval, de beide afzonderlijke adviezen, vermeld in artikel 302, of na afloop van de termijn, vermeld in artikel 302. Bij elk advies van het agentschap worden de adviezen, vermeld in artikel 302, en de reactie en het voorstel of, in voorkomend geval, de voorstellen, vermeld in artikel 300, § 2, gevoegd.

**Art. 305.** Het agentschap bezorgt de adviezen van de Expertencmissie en de sectorale adviescommissie, vermeld in artikel 302, ter informatie aan het raadgevend comité Zorg en Gezondheid en het raadgevend comité VSB.

**Art. 306.** § 1. De minister beslist om de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe al dan niet te beëindigen.

§ 2. Als het voornemen tot beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe is meegedeeld omdat de multidisciplinaire begeleidingsequipe niet meer voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 311 tot en met 322, kan de minister, in afwijking van paragraaf 1, een termijn opleggen waarin de multidisciplinaire begeleidingsequipe de tekortkomingen die in het voornemen vermeld zijn, moet wegwerken.

Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe binnen de termijn die de minister oplegt, vermeld in het eerste lid, de tekortkomingen niet heeft weggewerkt, wordt de overeenkomst alsnog beëindigd.

§ 3. Bij een beslissing tot beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe bepaalt de minister de datum van de effectieve beëindiging van de overeenkomst, die nooit vroeger mag zijn dan drie maanden na de dag van de beslissing tot beëindiging. In die beslissing kan de minister de multidisciplinaire begeleidingsequipe maatregelen opleggen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe kan geen aanspraak maken op een vergoeding voor de kosten die verbonden zijn aan de beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe. Voor de uitvoering van de door de minister opgelegde maatregelen om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen, vermeld in het eerste lid, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe overeenkomstig de voorwaarden, vermeld in artikel 324 tot en met 328 en artikel 337, het éénmalig forfaitair bedrag, vermeld in artikel 324 of het verminderd forfait, vermeld in artikel 327 aanrekenen.

**Art. 307.** De beslissing met de eventuele maatregelen voor de continuïteit van de dienstverlening, vermeld in artikel 306, § 3, wordt ter informatie meegedeeld aan de Expertencmissie en de sectorale adviescommissie in kwestie.

**Art. 308.** De beslissingen van de minister, vermeld in artikel 306, worden meegedeeld aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe en het palliatieve samenwerkingsverband.

**Art. 309.** Bij onmiddellijk, reëel en ernstig gevaar voor de gezondheid en de veiligheid van de zorggebruikers kunnen, conform artikel 14 van het decreet 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, maatregelen worden opgelegd aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe om de veiligheid en gezondheid van de zorggebruikers te garanderen in afwachting van de definitieve beëindiging van de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

De voorlopige maatregelen ten aanzien van de multidisciplinaire begeleidingsequipe hebben geen invloed op de erkenning van het palliatief samenwerkingsverband waaraan de multidisciplinaire begeleidingsequipe ondersteuning verleent.

*Titel 2. — Werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipes*

**Art. 310.** Het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipes valt samen met het werkgebied van het palliatieve samenwerkingsverband waarvan de multidisciplinaire begeleidingsequipes deel uitmaken.

*Titel 3. — Voorwaarden waaraan de multidisciplinaire begeleidingsequipe moet voldoen*

*HOOFDSTUK 1. — Basissamenstelling van de multidisciplinaire begeleidingsequipe*

**Art. 311.** Een multidisciplinaire begeleidingsequipe beschikt over de volgende personeelssamenstelling:

1° als de multidisciplinaire begeleidingsequipe, overeenkomstig artikel 330, § 2, zich ertoe verbonden heeft om 100 palliatieve personen per 200.000 inwoners in hun werkgebied te begeleiden, beschikt de multidisciplinaire begeleidingsequipe minimaal over 2,6 voltijds equivalenten per 200.000 inwoners in het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe;

2° als de multidisciplinaire begeleidingsequipe, overeenkomstig artikel 330, § 3, zich ertoe verbonden heeft om 150 palliatieve personen per 200.000 inwoners in hun werkgebied te begeleiden, beschikt de multidisciplinaire begeleidingsequipe minimaal over 2,85 voltijds equivalenten per 200.000 inwoners in het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

*HOOFDSTUK 2. — Opdrachten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe*

**Art. 312.** Naast het aanbieden van de diensten, vermeld in artikel 90, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018 verzekert de multidisciplinaire begeleidingsequipe een telefonische permanente bereikbaarheid voor de zorgaanbieders van de eerste lijn die betrokken zijn bij de verzorging van een palliatieve persoon in zijn thuismilieu, in het bijzonder als het een persoon is van wie verzorgingsproblematiek al eerder ter sprake kwam tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipe en de zorgaanbieders van de eerste lijn.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe geeft, via de telefonische permanentie, vermeld in het eerste lid, advies aan zorgaanbieders uit de eerste lijn over onverwachte en dringende problemen die rijzen bij de verzorging van een palliatieve persoon.

Als de betrokken zorgaanbieder uit de eerste lijn er niet in slaagt om het probleem zelf op te lossen in het thuismilieu van de palliatieve persoon, gaat een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe ter plaatse om samen met de betrokken zorgaanbieder naar een oplossing te zoeken.

**Art. 313.** Een multidisciplinaire begeleidingsequipe organiseert wekelijks een intern interdisciplinair teamoverleg om tot een optimale verzorging van palliatieve personen in hun thuismilieu of hun thuisvervangende milieu te komen. Op dat teamoverleg worden de palliatieve personen die de multidisciplinaire begeleidingsequipe opvolgt, samen besproken. De problemen die zich daarbij voordoen, worden uitgediept en mogelijke oplossingen worden voorgesteld.

Aan het teamoverleg nemen de huisarts en alle verpleegkundigen van de multidisciplinaire begeleidingsequipe deel. Als dat nodig is kunnen sommige zorgaanbieders van de eerste lijn die bij de verzorging van een palliatieve persoon betrokken zijn, worden uitgenodigd om deel te nemen aan de bespreking van hun palliatieve persoon. Op verzoek van de multidisciplinaire begeleidingsequipe kunnen ook andere deskundigen op het vlak van palliatieve verzorging aan dat teamoverleg deelnemen.

**Art. 314.** De multidisciplinaire begeleidingsequipe kan andere activiteiten ontplooiën die de kwaliteit van de palliatieve verzorging ten goede komen.

*HOOFDSTUK 3. — Werkingsvoorwaarden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe*

**Art. 315.** Een multidisciplinaire begeleidingsequipe kan alleen tussenkomen in de palliatieve verzorging in het thuismilieu of om het even welk thuisvervangend milieu van een palliatieve persoon na voorafgaand overleg met de huisarts van de palliatieve persoon.

In afwijking van het eerste lid kan een multidisciplinaire begeleidingsequipe overleg plegen met artsen-specialisten en paramedici van een ziekenhuis bij het ontslag van een palliatieve persoon uit het ziekenhuis of bij een kortstondige ziekenhuisopname van de palliatieve persoon om een welbepaalde reden. In die gevallen kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe de palliatieve persoon ook moreel en psychologisch ondersteunen in het ziekenhuis, in samenwerking met de palliatieve functie van het ziekenhuis.

**Art. 316.** De multidisciplinaire begeleidingsequipe mag geen taken op zich nemen die de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn kunnen opnemen.

Op verzoek van de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe zijn tussenkomsten samen met de zorgaanbieders van de eerste lijn verrichten, zodat de multidisciplinaire begeleidingsequipe haar specifieke kennis en vaardigheden kan delen met en overdragen aan de zorgaanbieders van de eerste lijn. Zo kunnen die zorgaanbieders van de eerste lijn de palliatieve persoon verder zo zelfstandig mogelijk verzorgen en begeleiden.

**Art. 317.** De tussenkomsten van een multidisciplinaire begeleidingsequipe mogen zich niet beperken tot de tussenkomsten, vermeld in artikel 337, § 2, eerste lid, 2°, of tot de palliatieve personen voor wie conform artikel 324 tot en met 327 een eenmalig forfaitair bedrag of een verminderd forfait mag worden aangerekend. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voert haar doelstellingen en opdrachten maximaal uit, rekening houdend met de concrete situatie in het werkgebied en in overleg met de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn.

**Art. 318.** § 1. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe houdt van elke palliatieve persoon die de multidisciplinaire begeleidingsequipe rechtstreeks of onrechtstreeks volgt, een patiëntendossier bij, bij voorkeur op elektronische wijze. Dat dossier bevat de volgende gegevens:

1° de voor- en achternaam, de geboortedatum, het officiële adres en de feitelijke verblijfplaats van de palliatieve persoon;

- 2° de briefwisseling met de palliatieve persoon;
- 3° in voorkomend geval, het voorschrift van de huisarts van de palliatieve persoon, vermeld in artikel 337, § 1;
- 4° de gegevens over de woonsituatie van de palliatieve persoon;
- 5° de diagnostische gegevens over de ziekte waaraan de palliatieve persoon lijdt;
- 6° de gezinssituatie van de palliatieve persoon;
- 7° de sociale situatie van de palliatieve persoon;
- 8° de gegevens over de hulpverleners die bij de palliatieve verzorging en begeleiding betrokken zijn;
- 9° een vermelding van iedere tussenkomst van de multidisciplinaire begeleidingsequipe bij de palliatieve persoon, met de volgende gegevens:
  - a) de datum, de plaats, de dag, het uur en de duur van de tussenkomst;
  - b) de voor- en achternaam van het lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe dat is tussengekomen;
  - c) of het een telefonische tussenkomst, een persoonlijke ontmoeting of een deelname aan een vergadering betreft;
  - d) wie het initiatief voor het contact heeft genomen;
  - e) informatie over het contact met andere betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn, mantelzorgers, andere zorgaanbieders, de palliatieve persoon of zijn familie;
  - f) de inhoud van de tussenkomst;
- 10° de besluiten van teamvergaderingen over de palliatieve persoon;
- 11° de eventuele tussentijdse periodes van ziekenhuisopname van de palliatieve persoon;
- 12° de datum en de plaats van het overlijden van de palliatieve persoon.

De minister kan nadere bepalingen vastleggen over het bijhouden van een patiëntendossier.

§ 2. De persoonsgegevens van het individuele patiëntendossier worden bijgehouden om een kwaliteitsvolle en optimale palliatieve verzorging van de palliatieve persoon mogelijk te maken.

De persoonsgegevens van het individuele patiëntendossier kunnen verder worden verwerkt voor de statistische doeleinden, vermeld in artikel 321.

§ 3. De persoonsgegevens, vermeld in paragraaf 1, worden conform artikel 13, § 1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die aan het beroepsgeheim gebonden is.

§ 4. De gegevens van het patiëntendossier worden bewaard gedurende een maximumtermijn van tien jaar na het laatste contact met de palliatieve persoon in kwestie.

§ 5. De multidisciplinaire begeleidingsequipe, of het palliatieve samenwerkingsverband, als die de overeenkomst heeft gesloten in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe, is de verwerkingsverantwoordelijke van het patiëntendossier, vermeld in paragraaf 1.

**Art. 319.** Een multidisciplinaire begeleidingsequipe maakt deel uit van een palliatief samenwerkingsverband. Ze fungeert erin als ondersteunende equipe.

Binnen haar werkgebied verzekert de multidisciplinaire begeleidingsequipe een optimale dienstverlening aan de palliatieve personen en hun zorgaanbieders, ongeacht de afstand tussen de zetel van de multidisciplinaire begeleidingsequipe en de woonplaats van de palliatieve persoon. De multidisciplinaire begeleidingsequipe zal elke vraag omtrent levenseindezorg met de nodige professionaliteit beantwoorden en zo nodig doorverwijzen naar de meest geschikte hulpverleners hiervoor.

Als de verblijfplaats van de palliatieve persoon wijzigt naar het werkgebied van een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe maken de betrokken multidisciplinaire begeleidingsequipes de nodige afspraken om ervoor te zorgen dat de continuïteit van de palliatieve verzorging gegarandeerd blijft.

**Art. 320.** Een multidisciplinaire begeleidingsequipe beschikt over voldoende infrastructuur en uitrusting voor het onthaal van bezoekers, administratie en vergaderingen.

Voor het onthaal van bezoekers, administratie en vergaderingen beschikt de centrale zetel van de multidisciplinaire begeleidingsequipe over de volgende lokalen:

- 1° een lokaal om bezoekers te ontvangen en vergaderingen te houden met minstens tien deelnemers;
- 2° een werkruimte voor de verschillende leden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

De lokalen, vermeld in het eerste lid, mogen gedeeld worden met het palliatieve samenwerkingsverband waarvan de multidisciplinaire begeleidingsequipe deel uitmaakt.

**Art. 321.** § 1. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe bezorgt jaarlijks, uiterlijk op 30 juni van het daaropvolgende jaar, een activiteitenverslag aan het agentschap.

Het activiteitenverslag, vermeld in het eerste lid, bevat de volgende gegevens over het werkelijke aantal palliatieve personen voor wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe een bijdrage aan de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu heeft geleverd:

- 1° het werkelijke aantal gevolgde palliatieve personen;
- 2° de verdeling per gemeente van die palliatieve personen op basis van de werkelijke verblijfplaats;
- 3° de leeftijd van de palliatieve persoon;
- 4° de aandoening van de palliatieve persoon;
- 5° de woonsituatie van de palliatieve persoon;
- 6° de gezinssituatie van de palliatieve persoon;
- 7° het aantal huisartsen met wie is samengewerkt voor de opvolging van die palliatieve persoon;
- 8° het aantal tussenkomsten van ieder type als vermeld in artikel 337, § 2, 2°;
- 9° het aantal en het type van de tussenkomsten tussen 22 uur en 7 uur;

- 10° het aantal en het type van de tussenkomsten op zaterdagen, zondagen en wettelijke feestdagen;
- 11° de duur van de tussenkomsten per type;
- 12° het aantal en het type van de contacten met de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn, per discipline;
- 13° de aard van de problematiek;
- 14° als dit gekend is, de plaats van het overlijden van de palliatieve persoon;
- 15° de duur van de periode waarin de multidisciplinaire begeleidingsequipe de palliatieve persoon rechtstreeks of onrechtstreeks gevolgd heeft;
- 16° de reden van het einde van de tussenkomsten, onderverdeeld in overlijden, remissie of andere;
- 17° het geslacht van de palliatieve persoon;
- 18° de hoedanigheid van de aanmelder.

De gegevens, vermeld in het tweede lid, zijn geanonimiseerd. Deze gegevens dragen bij aan beleidsmatige wijzigingen of het ontwikkelen van nieuwe initiatieven.

§ 2. De minister kan de vorm en de inhoud van het activiteitenverslag, vermeld in paragraaf 1, nader bepalen.

**Art. 322.** § 1. Een multidisciplinaire begeleidingsequipe maakt een personeelskostendossier op voor alle personeelsleden.

§ 2. In het personeelskostendossier worden voor ieder personeelslid van wie de loonkosten in de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden opgenomen conform artikel 330, de volgende gegevens en documenten vermeld:

- 1° de voor- en achternaam van het personeelslid;
- 2° de functie binnen de multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 3° een kopie van het diploma;
- 4° het aantal uren tewerkstelling per week in het kader van de multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 5° de vooropgestelde datum van indiensttreding van een nieuw personeelslid;
- 6° de loonanciënniteit, uitgedrukt in jaren en maanden, en de bewijsstukken daarvan;
- 7° de vermelding of de betrokkene al dan niet recht heeft op een haard- of standplaatsvergoeding;
- 8° de afstand, in enkele richting, van de woonplaats tot de centrale zetel van de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

Voor de huisarts worden de gegevens, vermeld in het eerste lid, 6°, vervangen door het aantal dienstjaren in de multidisciplinaire begeleidingsequipe, samen met de vermelding van de datum van indiensttreding bij de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

§ 3. Het personeelskostendossier moet, naast de gegevens en de documenten, vermeld in paragraaf 2, voor de multidisciplinaire begeleidingsequipe de volgende kosten vermelden:

- 1° de kostprijs van de verplichte arbeidsongevallenverzekering voor het personeel;
- 2° de kostprijs van het sociaal secretariaat;
- 3° de kostprijs voor de dienst voor arbeidsgeneeskunde waarop de multidisciplinaire begeleidingsequipe in voorkomend geval een beroep doet.

Het personeelskostendossier bevat de nodige bewijsstukken van de kosten, vermeld in het eerste lid.

§ 4. Het personeelskostendossier bevat de gegevens, vermeld in paragraaf 2, eerste lid, 1° tot en met 8°, van de personeelsleden van de multidisciplinaire begeleidingsequipe van wie de loonkosten niet zijn opgenomen in de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag.

De gegevens, vermeld in het eerste lid, worden duidelijk onderscheiden van de gegevens, vermeld in paragraaf 2.

#### *Titel 4. — Inhoud van de overeenkomst*

**Art. 323.** In de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe worden minstens volgende gegevens opgenomen:

- 1° het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 2° de werkelijke personeelsomkadering van de multidisciplinaire begeleidingsequipe waarop het eenmalige forfaitaire bedrag berekend wordt met de bijbehorende loonkosten;
- 3° andere werkingskosten dan personeelskosten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 4° het totale aantal palliatieve personen dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe jaarlijks moet volgen conform artikel 326;
- 5° het aantal en het bedrag van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe kan aanrekenen;
- 6° het aantal en het bedrag van de verminderde forfaits, vermeld in artikel 327, die de multidisciplinaire begeleidingsequipe kan aanrekenen;
- 7° de wijze van toepassing van de aanpassing van de loonkosten aan de werkelijke loonkosten als de stijging van de anciënniteit of een verandering in samenstelling van de multidisciplinaire begeleidingsequipe de loonkosten met meer dan 2 % verhoogt.

#### *Titel 5. — Financiering*

##### *HOOFDSTUK 1. — Algemeen*

**Art. 324.** Een multidisciplinaire begeleidingsequipe kan, voor iedere rechthebbende voor wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe een belangrijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage heeft geleverd in de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu, een eenmalig forfaitair bedrag aanrekenen aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, als voldaan is aan de voorwaarden, vermeld in artikel 334 tot en met 338.



Dat eenmalige forfaitaire bedrag dekt alle rechtstreekse en onrechtstreekse tussenkomsten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor die palliatieve persoon, alsook alle werkingskosten die daar rechtstreeks of onrechtstreeks mee samenhangen. Het dekt ook de algemene activiteiten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe die niet rechtstreeks verband houden met de palliatieve verzorging van een bepaalde palliatieve persoon.

**Art. 325.** Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, kan maar één keer per palliatieve persoon worden aangerekend. Als voor een bepaalde palliatieve persoon het eenmalige forfaitaire bedrag al is aangerekend, kan dat nooit opnieuw worden aangerekend.

Als een palliatieve persoon voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, al is aangerekend, opnieuw behoefte aan palliatieve verzorging heeft, zorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe die het eenmalige forfaitaire bedrag heeft aangerekend ervoor dat de betrokken palliatieve persoon alsnog de noodzakelijke palliatieve verzorging krijgt. Ze kan zelf de palliatieve verzorging op zich nemen of afspraken daarover maken met een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe. In dat laatste geval bezorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe minstens 75 % van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe die de palliatieve verzorging op zich heeft genomen.

**Art. 326.** § 1. Het maximale aantal rechthebbenden voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, door de multidisciplinaire begeleidingsequipe kan worden aangerekend per kalenderjaar, is afhankelijk van het aantal palliatieve personen dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe begeleidt.

Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich ertoe verbindt om per kalenderjaar 100 palliatieve personen per 200.000 inwoners in haar werkgebied te begeleiden, wordt het maximale aantal rechthebbenden voor wie het forfait kan worden aangerekend, verkregen door het quotiënt van de deling, waarbij het inwonersaantal van het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe op het moment van het sluiten van de overeenkomst het deeltal is en de deler 200.000, te vermenigvuldigen met 100. Het resultaat van die berekening wordt afgerond tot een natuurlijk getal.

Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich ertoe verbindt om per kalenderjaar 150 palliatieve personen per 200.000 inwoners in haar werkgebied te begeleiden, wordt het maximale aantal rechthebbenden voor wie het forfait kan worden aangerekend, verkregen door het quotiënt van de deling, waarbij het inwonersaantal van het werkgebied van de multidisciplinaire begeleidingsequipe op het moment van het sluiten van de overeenkomst het deeltal is en de deler 200.000, te vermenigvuldigen met 150. Het resultaat van die berekening wordt afgerond tot een natuurlijk getal.

§ 2. Het cijfer van het aantal palliatieve personen voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden aangerekend, dat berekend is conform paragraaf 1, wordt in de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe vermeld.

§ 3. Voor de toepassing van dit artikel wordt bij de berekening van het aantal eenmalige forfaitaire bedragen dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe in het kalenderjaar in kwestie heeft aangerekend, rekening gehouden met de datum waarop de multidisciplinaire begeleidingsequipe het eenmalige forfaitaire bedrag aanreket aan de verzekeringsinstellingen, en niet met de datums van de effectieve tussenkomsten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe of de effectieve datum van uitbetaling van het eenmalige forfaitaire bedrag door de verzekeringsinstelling.

§ 4. Als de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe maar voor een gedeelte van een bepaald kalenderjaar van kracht is, wordt het vastgestelde aantal rechthebbenden voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden aangerekend, evenredig verminderd, rekening houdend met de toepassingstermijn van die overeenkomst in het kalenderjaar in kwestie.

**Art. 327.** Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe in een bepaald jaar voor meer rechthebbenden een wezenlijke bijdrage heeft geleverd in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu dan het aantal rechthebbenden voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag kan worden aangerekend conform artikel 326, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe, per rechthebbende, daarvoor een verminderd forfait aanrekenen aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het verminderde forfait kan maar worden aangerekend voor maximaal de helft van het aantal rechthebbenden voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, conform artikel 326, kan worden aangerekend.

Het verminderde forfait kan maar één keer per rechthebbende worden aangerekend en kan niet worden aangerekend voor een rechthebbende voor wie het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, al is aangerekend.

Het verminderde forfait dekt de bijkomende werkingskosten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor iedere bijkomende palliatieve persoon aan wie een wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging is verleend. Dat verminderde forfait mag worden aangewend om een financiële reserve op te bouwen waarmee onverwachte uitgaven en eventuele financiële verliezen kunnen worden gedekt.

**Art. 328.** De multidisciplinaire begeleidingsequipe mag voor haar tussenkomsten in de palliatieve verzorging geen enkele vergoeding aan de palliatieve persoon, zijn omgeving of aan om het even wie aanrekenen, ongeacht of de palliatieve persoon rechthebbende is of niet. Ook mag de multidisciplinaire begeleidingsequipe geen vergoeding aanrekenen aan de zorgaanbieders en de mantelzorgers aan wie ze advies heeft gegeven.

#### HOOFDSTUK 2. — *Samenstelling en berekening van de vergoeding*

**Art. 329.** Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, wordt verkregen door de som van de personeelskosten, berekend aan de hand van het personeelskostendossier, vermeld in artikel 322, en de werkingskosten te delen door het maximale aantal rechthebbenden voor wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe het eenmalige forfaitaire bedrag kan aanrekenen conform artikel 326.

Het bedrag van de personeelskosten en de werkingskosten wordt per multidisciplinaire begeleidingsequipe nader geconcretiseerd in de overeenkomst.

**Art. 330.** § 1. Het aantal voltijdsequivalenten van wie de multidisciplinaire begeleidingsequipe de kosten als personeel in rekening mag brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, is afhankelijk van de keuze die de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft gemaakt over het aantal palliatieve personen die ze behandelen conform artikel 326.

§ 2. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich ertoe verbindt om elk kalenderjaar per 200.000 inwoners in haar werkgebied 100 palliatieve personen te begeleiden, kan ze 2,6 voltijdsequivalenten in rekening brengen per 200.000 inwoners in haar werkgebied.

Als de berekening, vermeld in het eerste lid, tot minder dan 3,7 voltijds equivalenten leidt, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe, in afwijking van het eerste lid, toch 3,7 voltijdsequivalenten in rekening brengen.

§ 3. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich ertoe verbindt om elk kalenderjaar per 200.000 inwoners in haar werkgebied minstens 150 palliatieve personen te begeleiden, kan ze 2,85 voltijdsequivalenten in rekening brengen per 200.000 inwoners in haar werkgebied.

Als de berekening, vermeld in het eerste lid, tot minder dan 3,9 voltijds equivalenten leidt, kan de multidisciplinaire begeleidingsequipe, in afwijking van het eerste lid, toch 3,9 voltijdsequivalenten in rekening brengen.

§ 4. De multidisciplinaire begeleidingsequipe is verplicht om het aantal voltijdsequivalenten voor wie ze de personeelskosten in rekening brengt, conform paragraaf 2 en 3, volledig te vervullen.

**Art. 331.** § 1. Het aandeel van de personeelskosten in het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, wordt aan de realiteit aangepast als de werkelijke personeelsuitgaven door de evolutie van de anciënniteit van het personeel, vermeld in artikel 330, of door wijzigingen in de samenstelling van het personeel, vermeld in artikel 330, op jaarbasis 2 % hoger liggen dan de personeelskosten die als basis hebben gediend voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag.

§ 2. Voor de aanpassing van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in paragraaf 1, bezorgt de multidisciplinaire begeleidingsequipe of, in voorkomend geval, het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van een multidisciplinaire begeleidingsequipe, een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier aan het agentschap. Dat personeelskostendossier beantwoordt aan de vereisten, vermeld in artikel 322 van dit besluit.

Als een personeelskostendossier niet beantwoordt aan de voorwaarden, vermeld in artikel 322, wordt het personeelskostendossier door het agentschap als onontvankelijk beschouwd. Binnen dertig dagen na de dag van de ontvangst van het personeelskostendossier door het agentschap, deelt het agentschap de onontvankelijkheid mee aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe of, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband.

§ 3. De minister neemt een beslissing tot de vaststelling van de aanpassing van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld paragraaf 1. Het agentschap communiceert de beslissing van de minister aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe en, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe. Het aangepaste eenmalige forfaitaire bedrag wordt van kracht de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de minister zijn beslissing neemt en uiterlijk op de eerste dag van de vierde maand die volgt op de maand waarin een ontvankelijk personeelskostendossier als vermeld in de paragraaf 2, is ontvangen door het agentschap.

Als het agentschap de termijn, vermeld in het eerste lid, niet naleeft, ontvangt de multidisciplinaire begeleidingsequipe een financiële vergoeding ter compensatie van de financiële schade die de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft geleden ingevolge de laattijdige toekenning.

§ 4. Een aanpassing als vermeld in paragraaf 1, kan niet gevraagd worden gedurende het eerste loopjaar van de overeenkomst of binnen het jaar nadat een nieuw berekend forfaitair bedrag als vermeld in paragraaf 3 of artikel 332, derde lid, van toepassing is geworden.

**Art. 332.** Als het aandeel van de personeelskosten in het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, ten gevolge van een wijziging in de samenstelling van het personeel op jaarbasis 2 % lager ligt dan de personeelskosten die als basis hebben gediend voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag, wordt het eenmalige forfaitaire bedrag herberekend.

Het agentschap brengt de multidisciplinaire begeleidingsequipe of, in voorkomend geval, het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van zijn multidisciplinaire begeleidingsequipe op de hoogte van de herberekening en vraagt de nodige gegevens op over het tewerkgestelde personeel om het eenmalige forfaitaire bedrag te kunnen herberekenen.

De minister neemt een beslissing tot vaststelling van de aanpassing van het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in het eerste lid. Het agentschap communiceert de beslissing van de minister aan de multidisciplinaire begeleidingsequipe en, in voorkomend geval, aan het palliatieve samenwerkingsverband dat optreedt in naam van de multidisciplinaire begeleidingsequipe. Het aangepaste eenmalige forfaitaire bedrag wordt van kracht op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de minister zijn beslissing neemt.

**Art. 333.** Het verminderde forfait, vermeld in artikel 327, dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe per rechthebbende kan aanrekenen, wordt berekend aan de hand van de bijkomende werkingskosten van de multidisciplinaire begeleidingsequipe, die worden geconcretiseerd in de overeenkomst.

#### HOOFDSTUK 3. — Voorwaarden voor de tegemoetkoming

**Art. 334.** § 1. De samenstelling van het aantal voltijdsequivalenten die de multidisciplinaire begeleidingsequipe conform artikel 330, in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalige forfaitaire bedrag voldoet minstens aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 2, 3 of 4.

§ 2. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe zich ertoe verbindt om per kalenderjaar 100 palliatieve personen te begeleiden als vermeld in artikel 330, § 2, dan heeft ze de volgende samenstelling:

1° een huisarts, die minimaal 3 % en maximaal 6 % van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van vier uur per week;

2° verpleegkundigen, die minimaal twee derde van de totale werkelijke samenstelling uitmaken, met een minimum van drie voltijds equivalenten;

3° administratief personeel, dat minimaal 10 % en maximaal 20 % van de totale werkelijke samenstelling uitmaken, met een minimum van 0,5 voltijds equivalenten.

In afwijking van het eerste lid, 2°, kan de samenstelling van het aantal voltijds equivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag minder dan drie voltijds equivalenten verpleegkundigen bedragen als dit minimum, rekening houdende met het aandeel niet-verpleegkundigen in de samenstelling op de datum van de inwerkingtreding van dit artikel, leidt tot een overschrijding van het maximum aantal voltijds equivalenten dat in rekening kan worden gebracht voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag conform artikel 330, § 2.

§ 3. In afwijking van paragraaf 2 volstaat voor een multidisciplinaire begeleidingsequipe waarvan het totale personeelsbestand uit minder dan 3,7 voltijdsequivalenten bestaat, de volgende samenstelling:

1° een huisarts is minstens vier uren per week voor de multidisciplinaire begeleidingsequipe werkzaam maar mag niet meer dan 6 % van de reële personeelsbezetting van de multidisciplinaire begeleidingsequipe uitmaken;

2° minimaal drie voltijds equivalenten die verpleegkundigen zijn;

3° minimaal 10 % en maximaal 20 % van het totale werkelijke personeelsbestand van de multidisciplinaire begeleidingsequipe bestaat uit administratief personeel.

§ 4. Als de multidisciplinaire begeleidingsequipe ervoor kiest om per kalenderjaar 150 palliatieve personen te begeleiden als vermeld in artikel 330, § 3, dan heeft ze de volgende samenstelling:

1° een huisarts, die minimaal 3 % en maximaal 5 % van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van vier uur per week;

2° niet-medisch begeleidingspersoneel, dat minimaal 77 % van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt. Het niet-medische begeleidingspersoneel bestaat uit verpleegkundigen en de beroepsbeoefenaars, vermeld in paragraaf 5, eerste lid. De verpleegkundigen maken minimaal 75 % van het niet-medische begeleidingspersoneel uit, met een minimum van 3,25 voltijdsequivalenten die verpleegkundigen zijn;

3° administratief personeel, dat minimaal 8 % en maximaal 18 % van de totale werkelijke samenstelling uitmaakt, met een minimum van 0,5 voltijds equivalenten.

In afwijking van het eerste lid, 2°, kan het niet-medische begeleidingspersoneel zijn samengesteld uit minder dan 3,25 voltijdsequivalenten verpleegkundigen, als dit minimum, rekening houdende met het aandeel niet-verpleegkundigen in de samenstelling van het aantal voltijds equivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag op de datum van inwerkingtreding van dit artikel, leidt tot een overschrijding van het maximum aantal voltijds equivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe in rekening kan brengen voor de berekening van het eenmalig forfaitair bedrag, overeenkomstig artikel 330, § 3.

§ 5. Naast het personeel, vermeld in paragraaf 2, 3 en 4, kunnen ook psychologen, kinesitherapeuten, maatschappelijk assistenten en assistenten in de psychologie deel uitmaken van het maximale aantal voltijdsequivalenten dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe in rekening kan brengen om het eenmalige forfaitaire bedrag te berekenen.

Ook personeel met een andere hogeronderwijsopleiding kan daar eventueel deel van uitmaken, na de expliciete goedkeuring van de Expertcommissie.

§ 6. De samenstelling van het personeelskader van de multidisciplinaire begeleidingsequipe, vermeld in paragraaf 2, 3 en 4, wordt opgenomen in de overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

De multidisciplinaire begeleidingsequipe meldt aan het agentschap iedere wijziging in de samenstelling van het personeelsbestand, vermeld in paragraaf 2, 3 en 4, binnen een maand nadat de wijziging is doorgevoerd.

**Art. 335.** § 1. De huisarts, vermeld in artikel 334, § 2, eerste lid, 1°, § 3, 1°, en § 4, eerste lid, 1°, heeft een specifieke theoretische opleiding van minimaal 80 uur over palliatieve verzorging gevolgd. In die opleiding komen de volgende aspecten van de palliatieve verzorging aan bod:

1° overleg plegen met de betrokken zorgaanbieders en hun advies geven over alle aspecten van de palliatieve verzorging;

2° zorgen voor een goede organisatie en coördinatie van de palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt;

3° psychologische en morele ondersteuning verlenen aan de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn.

Die huisarts heeft ook een stage doorlopen van minimaal 192 uur in een erkende palliatieve ziekenhuis eenheid of hij heeft effectief zolang gewerkt in een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die zich richt tot palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt.

§ 2. De huisarts, vermeld in paragraaf 1, volgt ieder jaar twintig uur specifieke bijscholing, waarin bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging worden uitgediept en waarin ingegaan wordt op nieuwe ontwikkelingen en technieken.

**Art. 336.** § 1. De verpleegkundigen, vermeld in artikel 334, § 2, eerste lid, 2°, § 3, 2°, en § 4, eerste lid, 2°, hebben een specifieke theoretische opleiding van minimaal 140 uur over palliatieve verzorging gevolgd. In die opleiding komen de volgende aspecten van de palliatieve verzorging aan bod:

1° overleg plegen met de betrokken zorgaanbieders en hun advies geven over alle aspecten van de palliatieve verzorging;

2° zorgen voor een goede organisatie en coördinatie van de palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt;

3° psychologische en morele ondersteuning verlenen aan de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn.

Die verpleegkundigen hebben ook een stage doorlopen van 456 uur in een erkende palliatieve ziekenhuis eenheid of hebben al één jaar voltijds gewerkt in een multidisciplinaire begeleidingsequipe die zich richt op de palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt.

§ 2. De verpleegkundigen, vermeld in paragraaf 1, volgen ieder jaar minstens veertig uur specifieke bijscholing, waarin bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging worden uitgediept en waarin ingegaan wordt op nieuwe ontwikkelingen en initiatieven.

**Art. 337.** § 1. Het eenmalige forfaitaire bedrag, vermeld in artikel 324, en het verminderde forfait, vermeld in artikel 327, zijn alleen verschuldigd als de multidisciplinaire begeleidingsequipe een wezenlijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage in de palliatieve verzorging van de rechthebbende heeft geleverd.

De indicatie of een multidisciplinaire begeleidingsequipe een wezenlijke bijdrage kan leveren in de palliatieve verzorging van de palliatieve persoon wordt in overleg met de huisarts van de palliatieve persoon vastgesteld. De huisarts van de palliatieve persoon stelt daarvoor een attest op. Dat attest bevat de volgende gegevens:

1° de voor- en achternaam en het RIZIV-nummer van de arts die het attest voorschrijft;

2° de voor- en achternaam, het domicilieadres, de geboortedatum en het rijksregisternummer van de palliatieve persoon;

3° de verklaring dat de palliatieve persoon verzorging nodig heeft waarin de multidisciplinaire begeleidingsequipe een wezenlijke bijdrage kan leveren;

4° de handtekening en de datum van ondertekening van de attesterende arts.

§ 2. Om van een wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging van een rechthebbende in zijn thuismilieu of in zijn thuisvervangende milieu te kunnen spreken, moeten bovendien de volgende voorwaarden vervuld zijn:

1° de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn en de omgeving van de rechthebbende voldoende geïnformeerd over de telefonische permanentie, vermeld in artikel 312;

2° de effectieve tussenkomst van de multidisciplinaire begeleidingsequipe bij de palliatieve verzorging van de patiënt voldoet aan minstens één van de volgende voorwaarden:

a) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft een bezoek gebracht aan de palliatieve persoon in zijn thuismilieu of in zijn thuisvervangende milieu dat minimaal twee uur heeft geduurd of heeft plaatsgevonden tussen 22 uur en 7 uur, op zaterdag, zondag of een wettelijke feestdag. Als niet aan die voorwaarde is voldaan, moeten verschillende bezoeken zijn gebracht, waarbij de totale duur van de bezoektijd minimaal vier uur bedraagt. De verplaatsingstijd mag niet worden meegerekend als bezoektijd;

b) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft deelgenomen aan een vergadering die de verschillende personen die betrokken zijn bij de palliatieve zorgverlening, thuis of in het thuisvervangende milieu, van één patiënt samenbracht. De vergadering had tot doel de palliatieve verzorging van die palliatieve persoon in zijn thuismilieu of in het thuisvervangende milieu praktisch te organiseren of bepaalde problemen die zich voordoen bij de palliatieve verzorging van die persoon, uit te diepen en er een oplossing voor te zoeken. Minstens de huisarts van de palliatieve persoon en de thuisverpleegkundigen nemen deel aan de vergadering;

c) een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft minimaal vier telefonische of persoonlijke contacten gehad met de zorgaanbieders van de eerste lijn die bij de palliatieve verzorging in het thuismilieu of in het thuisvervangende milieu betrokken zijn, met inbegrip van de huisarts van de palliatieve persoon. Minimaal twee van die contacten zijn tot stand gekomen op initiatief van de betrokken zorgaanbieders van de eerste lijn. Van ieder contact met de paramedici geeft de multidisciplinaire begeleidingsequipe feedback aan de huisarts van de rechthebbende.

Het aandeel van de tussenkomsten, vermeld in het eerste lid, 2°, c), in het totaal van de tussenkomsten die de multidisciplinaire begeleidingsequipe heeft aangerekend, mag nooit meer dan de helft bedragen.

**Art. 338.** De multidisciplinaire begeleidingsequipe leeft de vereisten na vermeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2006 betreffende de boekhouding en het financieel verslag voor de voorzieningen in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

#### Deel 7. — Wijzigingsbepalingen

**Art. 339.** In artikel 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de initiatieven van beschut wonen en op de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 september 1998, worden de punten 1°, 2° en 3° opgeheven.

**Art. 340.** Aan artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 mei 1995 betreffende de invordering van niet-fiscale schuldvorderingen voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen die eronder ressorteren, wordt een dertiende lid toegevoegd dat luidt als volgt:

“De onbetwiste en opeisbare ten onrechte door verzekeringsinstellingen uitbetaalde tegemoetkomingen en de aan verzekeringsinstellingen, rechthebbenden, vervoerders, verzekeringsinstellingen en zorgvoorzieningen krachtens 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, opgelegde administratieve geldboeten en eventuele invorderingskosten, worden ingevorderd door personeelsleden van de Vlaamse Belastingdienst.”.

**Art. 341.** In het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende artikelen opgeheven:

1° artikel 137, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 27 juni 2018;

2° artikel 138, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 1 december 2016 en 27 juni 2018;

3° artikel 139, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 oktober 2004, 11 december 2013, 1 februari 2016 en 27 juni 2018;

4° artikel 140 tot en met 142, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 1 februari 2016 en 27 juni 2018;

5° artikel 143, gewijzigd door het koninklijk besluit van 27 juni 2018;

6° artikel 144;

7° artikel 145, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 oktober 2004, 11 december 2013 en 27 juni 2018.

**Art. 342.** Aan hetzelfde koninklijk besluit, wordt een artikel 153<sup>ter</sup> toegevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 153<sup>ter</sup>. Artikel 147 tot en met 153<sup>bis</sup> gelden niet voor woonzorgcentra bedoeld in artikel 37 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, dagverzorgingscentra bedoeld in artikel 25 van het voormelde decreet, centra voor kortverblijf bedoeld in artikel 30 van het voormelde decreet en psychiatrische verzorgingstehuizen bedoeld in artikel 2, 12°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging”.

**Art. 343.** In artikel 294 van hetzelfde koninklijk besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 29 december 1997, 19 juni 1998, 1 april 2004, 6 september 2013, 18 oktober 2013 en 22 november 2013, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

“1° in paragraaf 1, 8°, wordt tussen de zinsnede “door het College overeenkomstig artikel 138, 1°” en de zinsnede “of wiens herscholing” de zinsnede “of, als het om een gemeenschapsbevoegdheid gaat, door de verzekeringsinstelling, conform artikel 33 van het besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging” ingevoegd;

2° in paragraaf § 1/1 wordt tussen de woorden “die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging” en de woorden “niet worden vergoed” de zinsnede “of, in voorkomend geval, het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en de uitvoeringsbesluiten ervan,” ingevoegd;

3° er wordt een paragraaf 4 toegevoegd die luidt als volgt: “§ 4. De paragrafen 2, 2/1 en 2/2 gelden niet voor de revalidatievoorzieningen, vermeld in artikel 2, 16°, 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. 344.** In het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende vaststelling van het maximum aantal plaatsen van beschut wonen dat in gebruik mag worden genomen alsmede van de regelen inzake gelijkwaardige vermindering van een aantal ziekenhuisbedden zoals bedoeld in artikel 35 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt artikel 2, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 6 juni 2000, opgeheven.

**Art. 345.** In het opschrift van het besluit van de Vlaamse Regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van de procedure voor het verkrijgen van een planningsvergunning en een exploitatievergunning voor intramurale en transmurale voorzieningen in de gezondheidszorg worden tussen de woorden “een” en “planningsvergunning”, de woorden “voorafgaande vergunning, een” ingevoegd.

**Art. 346.** In artikel 1 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden “omvat het toepassingsgebied van de wet op de ziekenhuizen en van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging” worden vervangen door de zinsnede:

“omvat:

1° het toepassingsgebied van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;

2° de initiatieven van beschut wonen, vermeld in artikel 2, 9° van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;

3° de psychiatrische verzorgingstehuizen, vermeld in artikel 2, 12° van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;

4° de revalidatieziekenhuizen, vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging voor zover het de revalidatieziekenhuizen betreft.”;

2° er wordt een tweede lid toegevoegd dat luidt als volgt: “In dit besluit wordt met “planningsvergunning” ook de “voorafgaande vergunning” vermeld in artikel 62 decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, bedoeld.”.

**Art. 347.** In artikel 2, 2°, van hetzelfde besluit worden de woorden “de wet op de ziekenhuizen” vervangen door de woorden “de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen”.

**Art. 348.** In artikel 3 van het koninklijk besluit van 28 april 2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type revalidatieovereenkomst heeft gesloten, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 mei 2016, worden punt 6° en punt 9° opgeheven.

**Art. 349.** Aan artikel 2 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen wordt een paragraaf 4 toegevoegd die luidt als volgt: “§ 4. Dit besluit is niet van toepassing op de revalidatieziekenhuizen, vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.”.

**Art. 350.** In het opschrift van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 mei 2004 houdende uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen wordt het woord “categorale” vervangen door het woorddeel “revalidatie-”.

**Art. 351.** In artikel 1 van hetzelfde besluit worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 2° wordt het woord “categoraal” vervangen door het woorddeel “revalidatie-”;

2° punt 3° wordt vervangen door wat volgt: “3° algemeen ziekenhuis: een ziekenhuis, als vermeld in artikel 2 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, dat geen psychiatrisch of universitair ziekenhuis is;”;

3° punt 4° wordt vervangen door wat volgt: “4° revalidatieziekenhuis: een zorgvoorziening, als vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;”;

4° punt 5° wordt vervangen door wat volgt: “5° universitair ziekenhuis: een ziekenhuis, als vermeld in artikel 4 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;”.

**Art. 352.** Aan artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2006 betreffende de boekhouding en het financieel verslag voor de voorzieningen in bepaalde sectoren van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 17 november 2017, wordt een punt 18° toegevoegd, dat luidt als volgt:

“18° het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, met uitzondering van de revalidatieziekenhuizen en de psychiatrische verzorgingstehuizen.”.

**Art. 353.** In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 5° en 6° worden de woorden “een ziekenhuis” telkens vervangen door de woorden “een ziekenhuis of een revalidatieziekenhuis”.

2° in punt 8° wordt de zinsnede “een initiatief van beschut wonen” als vermeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten” vervangen door de zinsnede: “een initiatief van beschut wonen als vermeld in artikel 2, 9° van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;”;

3° in punt 10° wordt de zinsnede “een psychiatrisch verzorgingstehuis als vermeld in het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen” vervangen door de zinsnede: “een psychiatrisch verzorgingstehuis als vermeld in artikel 2, 12° van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging”;

4° in punt 12° wordt het woord “ziekenhuizen” vervangen door de woorden “ziekenhuizen of revalidatieziekenhuizen”;

5° in punt 15° wordt de zinsnede “of een ziekenhuisdienst, als vermeld in artikel 2, 22°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging” toegevoegd;

6° in punt 16° wordt de zinsnede “of een ziekenhuisonderdeel, als vermeld in artikel 2, 22°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging” toegevoegd;

7° een punt 17° wordt toegevoegd, dat luidt als volgt: “17° revalidatieziekenhuis: een zorgvoorziening, als vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.”.

**Art. 354.** In artikel 2, tweede lid, van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° het cijfer “6” wordt vervangen door de woorden “56 en 62 van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, en de artikelen”;

2° na het woord “planningsvergunning” worden de woorden “of voorafgaande vergunning” ingevoegd.

**Art. 355.** In het opschrift van hoofdstuk 2 van hetzelfde besluit wordt tussen de zinsnede “ziekenhuizen,” en het woord “ziekenhuisdiensten” de zinsnede “revalidatieziekenhuizen,” ingevoegd.

**Art. 356.** In het opschrift van afdeling 1 van hoofdstuk 2 van hetzelfde besluit wordt tussen het woord “ziekenhuis” en het woord “of” de zinsnede “, revalidatieziekenhuis” ingevoegd.

**Art. 357.** In het opschrift van afdeling 2 van hoofdstuk 2 van hetzelfde besluit wordt tussen het woord “ziekenhuis” en het woord “of” de zinsnede “, revalidatieziekenhuis” ingevoegd.

**Art. 358.** In het opschrift van afdeling 6 van hoofdstuk 2 van hetzelfde besluit wordt tussen het woord “ziekenhuizen” en het woord “en” wordt de zinsnede “, revalidatieziekenhuizen” ingevoegd.

**Art. 359.** In artikel 12, § 2, tweede lid, wordt een punt 3° toegevoegd, dat luidt als volgt: “3° voor de revalidatieziekenhuizen en voor de ziekenhuisdiensten van revalidatieziekenhuizen: een termijn van onbepaalde duur.”.

**Art. 360.** In artikel 13, § 6, tweede lid, wordt een punt 3° toegevoegd, dat luidt als volgt: “3° voor ziekenhuisonderdelen van revalidatieziekenhuizen en samenwerkingsvormen die exclusief betrekking hebben op revalidatieziekenhuizen, of voor samenwerkingsvormen tussen revalidatieziekenhuizen enerzijds en psychiatrische ziekenhuizen anderzijds: een termijn van onbepaalde duur.”.

**Art. 361.** In de volgende artikelen van hetzelfde besluit worden de woorden “een ziekenhuis” telkens vervangen door de woorden “een ziekenhuis of een revalidatieziekenhuis”:

1° artikel 2, eerste lid;

2° artikel 9, tweede lid;

3° artikel 16, eerste lid;

4° artikel 22, eerste lid;

5° artikel 27;

6° artikel 30, eerste lid.

**Art. 362.** In de volgende artikelen van hetzelfde besluit worden de woorden “het ziekenhuis” telkens vervangen door de woorden “het ziekenhuis of het revalidatieziekenhuis”:

- 1° artikel 4, eerste en tweede lid, 5° en 6°;
- 2° artikel 11, eerste lid;
- 3° artikel 15, § 2, 1°;
- 4° artikel 18;
- 5° artikel 22, eerste, tweede en derde lid;
- 6° artikel 23, § 1 en § 2;
- 7° artikel 24;
- 8° artikel 25, eerste lid;
- 9° artikel 28, eerste lid;
- 10° artikel 30, eerste lid.

**Art. 363.** In artikel 32, tweede lid, van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in punt 2°, a) wordt de zinsnede “de naam van de verantwoordelijke beheerder, de naam van de persoon die voor het dagelijkse beheer zorgt” vervangen door de woorden “de coördinator”;

2° in punt 2°, d) wordt de zinsnede “totale aantal bedden in de voorziening en het aantal bedden waarvoor de bijzondere” vervangen door de zinsnede “het maximaal aantal zorggebruikers waarvoor de”;

3° in punt 2°, e) worden de woorden “architectonische en functionele” opgeheven;

4° in punt 2°, wordt punt f) opgeheven;

5° in punt 3°, d) wordt het woord “patiënten” vervangen door de zinsnede “zorggebruikers waarmee het initiatief van beschut wonen een verblijfsovereenkomst heeft gesloten”;

6° in punt 3°, e) worden de woorden “architectonische en functionele” opgeheven.

**Art. 364.** In artikel 37, § 2 van hetzelfde besluit wordt het eerste lid vervangen door wat volgt: “De beslissing tot erkenning vermeldt de erkende capaciteit, uitgedrukt in maximaal aantal bedden, plaatsen of zorggebruikers”.

**Art. 365.** In artikel 38, eerste lid, van hetzelfde besluit wordt punt 1° opgeheven.

**Art. 366.** Aan hetzelfde besluit wordt een afdeling 3/1, houdende een artikel 38/1 toegevoegd, die als volgt luiden:

“Afdeling 3/1 Erkenning van zorgvernieuwend initiatieven

Artikel 38/1. De aanvraag tot erkenning als zorgvernieuwend initiatief moet door het erkend initiatief van beschut wonen worden ingediend bij het agentschap, samen met de volgende documenten:

1° wat de erkenning als zorgvernieuwend initiatief voor activering betreft:

- a) een beschrijvende nota waarin wordt weergegeven hoe voldaan wordt aan de erkenningsvoorwaarden;
- b) de lijst van het personeel dat wordt ingezet voor activering, met vermelding van hun initialen en arbeidsuren per week;
- c) de naam van de verantwoordelijke van het activeringsaanbod

2° wat de erkenning als zorgvernieuwend initiatief voor psychiatrische zorg in de thuissituatie betreft:

- a) een beschrijvende nota waarin wordt weergegeven hoe voldaan wordt aan de erkenningsvoorwaarden.
- b) de lijst van het personeel dat wordt ingezet voor psychiatrische zorg in de thuissituatie, met vermelding van hun initialen en arbeidsduur per week
- c) de naam van de verantwoordelijke voor psychiatrische zorg in de thuissituatie

Als het ingediende dossier onvolledig is, deelt het agentschap dat binnen de dertig dagen mee aan de aanvrager.

Binnen vier maanden na de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag wordt de beslissing van de administrateur-generaal tot toekenning van de erkenning aan de aanvrager bezorgd, of wordt zijn voornemen tot weigering van de erkenning met een aangetekende zending aan de aanvrager betekend.

Artikel 5, tweede lid, en artikel 6 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing op het voornemen.

De beslissing tot erkenning vermeldt de ingangsdatum van de erkenning. De erkenning wordt verleend voor de resterende erkenningstermijn van het initiatief van beschut wonen.”.

Deel 8. — Slotbepalingen

HOOFDSTUK 1. — *Opheffingsbepaling*

**Art. 367.** De volgende regelingen worden opgeheven:

1° het koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 27 maart 2008;

2° het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 28 mei 1991, 3 juni 1994, 15 januari 1999 en 5 juni 2000;

3° het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 februari 2008;

4° het koninklijk besluit van 10 december 1990 houdende vaststelling van de regels voor het bepalen van de opnemingsprijs voor personen die worden opgenomen in psychiatrische verzorgingstehuizen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 november 1992, 18 november 2003, 29 februari 2008, 27 september 2009 en 13 juni 2010;

5° het koninklijk besluit van 29 september 1992 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

6° het koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 12 februari 1999 en 22 juni 2006;

7° het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opneming in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum, voor zover het betrekking heeft op de revalidatievoorzieningen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 15 september 1997, 11 december 2001 en 11 juni 2002, voor zover het betrekking heeft op de revalidatievoorzieningen;

8° het koninklijk besluit van 20 september 1998 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens van de initiatieven van beschut wonen moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;

9° het koninklijk besluit van 13 oktober 1998 tot bepaling van de minimale criteria waaraan de overeenkomsten tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het Verzekeringscomité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten voldoen;

10° het koninklijk besluit van 18 juli 2001 houdende vaststelling van de regelen volgens dewelke het budget van financiële middelen, het quotum van verblijfdagen en de prijs per verblijfdag voor initiatieven van beschut wonen worden bepaald, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 28 april 2014;

11° het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

12° het koninklijk besluit van 17 december 2002 houdende vaststelling van de regelen volgens welke een gedeelte van de opnemingsprijs in psychiatrische verzorgingstehuizen ten laste van de Staat wordt gelegd;

13° het koninklijk besluit van 11 juni 2003 tot uitvoering, wat de met toepassing van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen door de verzekeringsinstellingen in twaalfden uit te betalen bedragen betreft, van de artikelen 136, § 1, derde lid; 136, § 5, en 162, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

14° het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis, het laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 juni 2014;

15° het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 18 maart 2013 en 10 april 2014;

16° het koninklijk besluit van 12 februari 2008 houdende bepaling van de regels volgens welke de beheerder van de ziekenhuizen aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, mededeling doet van de identiteit van de personen verantwoordelijk voor het mededelen van gegevens die met de inrichting verband houden;

17° het ministerieel besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van het programmacijfer voor psychiatrische verzorgingstehuizen;

18° het ministerieel besluit van 10 juli 1990 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, in de psychiatrische verzorgingstehuizen, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016;

19° het ministerieel besluit van 12 september 1994 tot bepaling van de wijze waarop de tegemoetkoming van de Staat in de prijs per verblijfdag voor initiatieven van beschut wonen wordt bepaald;

20° het ministerieel besluit van 14 december 1995 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten in verband met de revalidatie.

## HOOFDSTUK 2. — *Overgangsbepalingen*

**Art. 368.** In afwijking van deel 5, titel 1 en deel 5, titel 5 gebeurt de vaststelling van het budget voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 januari 2019 op basis van de gegevens die conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002, zoals van kracht op 31 december 2018, aan het agentschap worden meegedeeld.

**Art. 369.** De overeenkomsten, voor 1 januari 2019 gesloten tussen de zorggebruikers en de initiatieven van beschut wonen die erkend zijn op basis van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten, zoals van kracht op 31 december 2018, blijven geldig voor hun resterende duur.

**Art. 370.** De overeenkomsten, voor 1 januari 2019 gesloten tussen de zorggebruikers en de psychiatrische verzorgingstehuizen die erkend zijn op basis van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen, zoals van kracht op 31 december 2018, blijven geldig voor hun resterende duur.

**Art. 371.** Zolang de minister, conform artikel 212, niet heeft bepaald in welke gevallen de vereenvoudigde procedure, vermeld in artikel 212, van toepassing is, bepaalt de onderstaande tabel in welke gevallen de vereenvoudigde procedure, vermeld in artikel 212, van toepassing is. In afwijking van de onderstaande tabel, verlopen de aanvragen van de tegemoetkoming voor reiskosten voor vervoer in een voertuig dat is aangepast voor het vervoer in een rolstoel, vermeld in artikel 196, altijd conform de standaard aanvraagprocedure, vermeld in artikel 211.



Erkenningsnummer dat begint met het nummer	Revalidatievoorzieningen	Aard van de aanvraag	Aanvraagprocedure
7.71	Inkendaal NAH Turnhout	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	andere centra	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
	alle centra	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.72	alle centra	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.73	alle centra	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.74	Appelboom/GAUZZ/De Dauw/COT	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
	De Dauw/COT	verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	Appelboom/GAUZZ	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.74.5		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.74.6		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.76.5		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
7.76.7		eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
7.90		elke aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
9.53 en 9.65	Aanvangsbilans doelgroep 8 en 9	eerste aanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	herhalingsbilans andere doelgroepen dan 8 of 9	eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
	alle doelgroepen	verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure
	herhaling herhalingsbilans	verlengingsaanvraag	standaardaanvraagprocedure
9.69		eerste aanvraag	standaardaanvraagprocedure
		verlengingsaanvraag	vereenvoudigde aanvraagprocedure

**Art. 372. § 1.** De minister sluit, ter uitvoering van artikel 110 van het decreet van 6 juli 2018, een revalidatieovereenkomst met de revalidatievoorzieningen, vermeld in de onderstaande tabel. Het erkenningsnummer, zoals van toepassing voor de inwerkingtreding van dit besluit, blijft ongewijzigd van toepassing.

Erkenningsnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
7.71.011.42	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.71.018.35	Ziekenhuis Inkendaal	Inkendaalstraat 1	1602 Vlezenbeek
7.71.020.33	Revalidatiecentrum NAH	Renier Sniederstraat 20	2300 Turnhout
7.71.023.30	Transmuraal Multiple Sclerose Team (TMST - MS Centrum)	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.72.011.12	Tsedek	Bist 90	2180 Ekeren
7.72.020.03	Revalidatiecentrum Ingelburch	Sint-Jansstraat 11	8000 Brugge
7.72.026.94	Revalidatiecentrum Hasselt (Reval-Hasselt)	Ilgatlaan 11 bus 1	3500 Hasselt
7.72.027.93	vzw Validag	Adelberg 62	3920 Lommel
7.72.029.91	Psychosociaal revalidatiecentrum TG De Evenaar	Sint-Jozefstraat 9-11	2018 Antwerpen
7.72.031.89	vzw Walden (SONAR)	Naamsesteenweg 91	3001 Leuven
7.72.032.88	Psychosociaal Revalidatiecentrum Mirabello	Stapelplein 70/103	9000 Gent

Erkenningsnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
7.72.033.87	Route 11 (psychosociaal revalidatiecentrum Kempen)	Gasthuisstraat 22/2	2300 Turnhout
7.72.036.84	Centrum voor psychische revalidatie Hedera	Rijselstraat 85	8900 Ieper
7.72.037.83	Psychosociaal revalidatiecentrum De Mare	Condédreef 59	8500 Kortrijk
7.72.038.82	RC De Keerkring	Vredebaan 77b	2640 Mortsel
7.72.041.79	Psychosociaal revalidatiecentrum Perron 70	Stationsstraat 70	1730 Asse
7.72.042.78	Revalidatiecentrum TOV	Kloosterstraat 3	8800 Roeselare
7.72.043.77	Psychosociaal revalidatiecentrum Pastel	Liersesteenweg 473/1	2800 Mechelen
7.72.045.75	Psychosociaal revalidatiecentrum Parcoer	Brusselsestraat 90	9200 Dendermonde
7.73.007.83	Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC)	Venusstraat 11	2000 Antwerpen
7.73.008.82	De Sleutel internaatsafdelingen	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gent
7.73.009.81	Katarsis vzw	Hasseltweg 439	3600 Genk
7.73.011.79	Kompas vzw	Minister Vanden Peereboomlaan 86	8500 Kortrijk
7.73.014.76	De Kiem	Vluchtenboerstraat 7A	9890 Gavere
7.73.015.75	Dagcentra De Sleutel Antwerpen-Mechelen-Gent-Brugge	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gent
7.73.030.60	MSOC Oostende	Perronstraat 1	8400 Oostende
7.73.020.70	De Spiegel vzw	pellenbergstraat 160	3010 Kessel-Lo
7.73.021.69	MSOC voor druggebruikers Gent	Gewad 13	9000 Gent
7.73.022.68	MSOC Free Clinic vzw	Schijnpoortweg 14	2060 Antwerpen
7.73.023.67	MSOC Limburg	Salvatorstraat 25	3500 Hasselt
7.73.032.58	MSOC Vlaams Brabant	Maria Theresiastraat 109	3000 Leuven
7.73.034.56	Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma van De Sleutel	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gent
7.74.003.57	De Appelboom vzw	Arbeidsstraat 64	3600 Genk
7.74.004.56	De Dauw vzw	Moregemplein 3	9790 Wortegem-Petegem
7.74.017.43	Centrum voor Ontwikkelingstherapie (COT)	Jules Lagaelaan 18	8800 Roeselare
7.74.051.09	GAUZZ	Leuvensesteenweg 517	3070 Kortenberg
7.74.503.42	Moeder-babyéénheid PZ Bethaniënhuis	Andreas Vesaliuslaan 39	2980 Zoersel
7.74.504.41	Moeder-babyéénheid PZ Sint-Camillus	Beukenlaan 20	9051 Sint-Denijs-Westrem
7.74.601.41	Expertisecentrum voor ASS UZ Leuven Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Leuven
7.74.604.38	Referentiecentrum Autismspectrumstoornissen Antwerpen	Lindendreef 1	2020 Antwerpen
7.74.605.37	Referentiecentrum Autismspectrumstoornissen UZ Gent	De Pintelaan 185 2k5	9000 Gent
7.74.606.36	Referentiecentrum voor Autismspectrumstoornissen UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 Jette

Erkenningsnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
7.76.502.80	Pulderbos - Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
7.76.702.74	Villa Rozerood vzw	Fazantenlaan 28	8660 De Panne
7.76.703.73	Revalidatiecentrum Puldebos Respijteenheid Limmerik	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
7.90.002.63	AZ Sint-Blasius - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Kroonveldlaan 50	9200 Dendermonde
7.90.003.62	AZ Delta Stadscampus	Brugsesteenweg 90	8800 Roeselare
7.90.004.61	Ziekenhuis Inkendaal - dienst Fysische Geneeskunde	Inkendaalstraat 1	1602 Vlezenbeek
7.90.005.60	vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek	Groenebriel 1	9000 Gent
7.90.007.58	GZA Ziekenhuizen - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Oosterveldlaan 22	2610 Wilrijk
7.90.008.57	Ziekenhuis Maas en Kempen - Sp dienst Locomotorische Revalidatie	Mgr. Koningsstraat 10	3680 Maaseik
7.90.009.56	REGIONAAL ZIEKENHUIS JAN YPERMAN, dienst Revalidatie	Briekestraat 12	8900 Ieper
7.90.010.55	Imeldaziekenhuis - dienst voor Fysische Geneeskunde	Imeldalaan 9	2820 Bonheide
7.90.012.53	dienst Fysische Geneeskunde & revalidatie ZNA St. Elisabeth - ZNA Jan	Leopoldstraat 26	2000 Antwerpen
7.90.015.50	UZ Gent - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gent
7.90.018.47	H.-Hartziekenhuis vzw - dienst Fysische Geneeskunde	Mechelsestraat 24	2500 Lier
7.90.020.45	AZ Jan Palfijn Gent AV - dienst Fysische Geneeskunde	Henri Dunantlaan 5	9000 Gent
7.90.022.43	ASZ - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Merestraat 80	9300 Aalst
7.90.023.42	AZ Maria Middelaes - dienst Fysiotherapie en Revalidatie	Kortrijksesteenweg 1026	9000 Gent
7.90.024.41	Koningin Elisabeth Instituut - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Dewittelaan 1	8670 Oostduinkerke
7.90.025.40	Revalidatieziekenhuis RevArte	Drie Eikenstraat 659	2650 Edegem
7.90.026.39	Sint-Jozefskliniek vzw	Roeselaarsestraat 47	8870 Izegem
7.90.027.38	AZ Herentals - dienst Fysische Geneeskunde	Nederrij 133	2200 Herentals
7.90.028.37	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart vzw - dienst Fysische Geneeskunde	Naamsestraat 105	3000 Leuven
7.90.029.36	AZ Sint-Augustinus Veurne - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Ieperse Steenweg 100	8630 Veurne

Erkenningnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
7.90.030.35	Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw - dienst Kinesitherapie en Fysiotherapie	Ziekenhuislaan 100	1500 Halle
7.90.031.34	AZ Sint-Jan Brugge-Oostende - Campus H. Serruys	Kairostraat 84	8400 Oostende
7.90.032.33	Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde VZW	Minderbroederstraat 3	9700 Oudenaarde
7.90.033.32	ZNA Stuivenberg - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Lange Beeldekensstraat 267	2060 Antwerpen
7.90.034.31	Sint-Rembertziekenhuis - dienst Fysische Geneeskunde	Sint-Rembertlaan 21	8820 Torhout
7.90.035.30	AZ Klina - dienst Fysische Geneeskunde	Augustijnslei 100	2930 Brasschaat
7.90.036.29	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Weligerveld 1	3212 Pellenberg
7.90.037.28	Sint-Trudoziekenhuis vzw - dienst Fysische Geneeskunden en Revalidatie	Diestersteenweg 100	3800 Sint-Truiden
7.90.042.23	AZ Salvator St.-Ursula Hasselt - Jessa Ziekenhuis campus St.-Ursula	Diestersteenweg 8	3540 Herk-de-Stad
7.90.044.21	AZ Groeningecampus Maria Voorzienigheid Kortrijk	Reepkaai 4	8500 Kortrijk
7.90.046.19	AZ Vesalius	Hazelereik 51	3700 Tongeren
7.90.049.16	Sint-Franciscusziekenhuis - dienst Fysische Geneeskunde	Pastoor Paquaylaan 129	3550 Heusden-Zolder
7.90.050.15	AZ Groeninghe campus OLV Kortrijk	Reepkaai 4	8500 Kortrijk
7.90.053.12	RZ Tienen - dienst Fysische Geneeskunde	Kliniekstraat 45	3300 Tienen
7.90.054.11	MPI Sint-Lodewijk vzw	Kwatrechtsteenweg 168	9230 Wetteren
7.90.055.10	MPI Sint-Jozef	Galjoenstraat 2	2030 Antwerpen
7.90.056.09	Dominiek Savio Instituut vzw Gits	Koolskampstraat 24	8830 Gits
7.90.057.08	MFC Ten Dries vzw	Poeldendries 32	9850 Landegem
7.90.060.05	AZ Monica vzw - APRA Revalidatiecentrum	Harmoniestraat 68	2018 Antwerpen
7.90.061.04	UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 Brussel
7.90.101.61	Bundeling Zorginitiatieven Oostende	Zeedijk 286 - 288	8400 Oostende
7.90.102.60	AZ Sint-Jan Brugge-Oostende av	Ruddershove 10	8000 Brugge
7.90.111.51	AZ Sint-Lucas Brugge vzw	Sint-Lucaslaan 29	8310 Brugge
7.90.115.47	AZ Sint-Maarten - Campus Rooienberg	Rooienberg 25	2570 Duffel
7.90.116.46	AZ Delta Campus Wilgenstraat	Wilgenstraat 2	8800 Roeselare
7.90.117.45	vzw AZ Damiaan	Gouwelozestraat 100	8400 Oostende
7.90.119.43	AZ Sint-Elisabeth Zottegem	Godveerdegemstraat 69	9620 Zottegem

Erkenningsnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
7.90.120.42	ZNA Antwerpen Middelheim	Lindendreef 1	2020 Antwerpen
7.90.123.39	vzw Jessa Ziekenhuis - Campus St.-Ursula Revalidatiecentrum	Diestsesteenweg 8	3540 Herk-de-Stad
7.90.124.38	AZ Sint-Dimpna - Revalidatiecentrum Kempen	J.B. Stessensstraat 2	2440 Geel
7.90.125.37	Revalidatiecentrum Ziekenhuis Oost-Limburg	Bessemersstraat 478	3620 Lanaken
7.90.127.35	O.L.V.-ziekenhuis Aalst	Moorselbaan 164	9300 Aalst
7.90.128.34	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Leuven
7.90.129.33	AZ Glorieux Ronse	Glorieuxlaan 55	9600 Ronse
7.90.130.32	AZ Turnhout - Campus Sint-Jozef	Steenweg op Merksplas 44	2300 Turnhout
7.90.131.31	AZ Groeninge vzw	President Kennedylaan 4	8500 Kortrijk
7.90.132.30	AZ Alma - Campus Sijsele	Gentse Steenweg 132	8340 Sijsele-Damme
7.90.133.29	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Leuven
7.90.134.28	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Pellenberg	Weligerveld 1	3212 Pellenberg
7.90.135.27	UZ Antwerpen	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
7.90.136.26	Revalidatie- en MS-centrum vzw	Boemerangstraat 2	3900 Overpelt
7.90.138.24	Sint-Andriesziekenhuis vzw	Bruggestraat 84	8700 Tielt
7.90.139.23	AZ Zeno	Graaf Jansdijk 162	8300 Knokke-Heist
7.90.140.22	AZ Maria Middelaars Gent	Buitenring Sint-Denijs 30	9000 Gent
7.90.142.20	AZ Turnhout - Campus Sint-Elisabeth	Steenweg op Merksplas 44	2300 Turnhout
7.90.143.19	Revalidatiecentrum AZ Nikolaas	Moerlandstraat 1	9100 Sint-Niklaas
7.90.145.17	AZ Alma	Moeie 18	9900 Eeklo
7.90.201.58	Referentiecentrum voor neuromusculaire ziekten van UZ Brussel en Inkenaal (vroegere naam: De Bijtjes)	Laarbeeklaan 101	1090 Brussel
7.90.202.57	Neuromusculair Referentiecentrum UZ Leuven Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Leuven
7.90.204.55	UZ Gent	C. Heymanslaan 10	9000 Gent
7.90.206.53	UZ Antwerpen NMRC	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
7.90.209.50	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.90.210.49	UZ Gent - Centrum voor Locomotorische en Neurologische Revalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gent
7.90.215.44	vzw Pulderbos Zandhoven	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
9.53.015.10	UZ Gent Centrum voor Gehoor- en Spraakrevalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gent
9.53.069.53	CAR Sint-Lievenspoort	Sint-Lievenspoortstraat 129	9000 Gent

Erkenningnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
9.53.073.49	Elora Centrum voor Ambulante Revalidatie	Duinkerkestraat 40	8620 Nieuwpoort
9.53.081.41	Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie	Rudderhove 6	8000 Brugge
9.53.082.40	UZ Gasthuisberg - Revalidatiecentrum voor Gehoor- en Spraakgevoorden	Herestraat 49	3000 Leuven
9.53.104.18	vzw CAR Brussel	Leopold-II-Laan 53	1080 Sint-Jans-Molenbeek (Brussel)
9.53.237.79	CAR Ter Kouter vzw	Aaltersesteenweg 2	9800 Deinze
9.53.245.71	CAR Wegwijs vzw	Welzijnstraat 75-77	9620 Zottegem
9.53.253.63	CAR Hasselt	Ilgatlaan 11 bus 2	3500 Hasselt
9.53.265.51	Antwerps Revalidatiecentrum vzw	Lange Elzenstraat 52-54	2018 Antwerpen
9.53.334.79	CAR Oostakker	Wolfputstraat 110	9041 Oostakker
9.53.356.57	CAR Genk	Welzijns-campus 23 bus 1	3600 Genk
9.53.361.52	Vlaamse Gemeenschapscommissie Revalidatiecentrum De Poolster	Poolsterstraat 20	1082 Brussel (Sint-Agatha-Berchem)
9.53.365.48	C.A.R. NOK-centrum	Glorieuxlaan 55	9600 Ronse
9.53.406.07	Het Veer Revalidatiecentrum vzw	Kazernestraat 35A	9100 Sint-Niklaas
9.53.416.94	CAR Stappie vzw	Koninginnelaan 55-57	8400 Oostende
9.53.421.89	Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
9.53.464.46	CAR Therapeutisch Zorgpunt N	Gasthuisstraat 10	8800 Roeselare
9.53.467.43	CAR Horizon	Oudenaardsestraat 215	9500 Geraardsbergen
9.53.494.16	Centrum voor Spraak- en Taalpathologie	St.-Jobstraat 43	3960 Bree
9.53.495.15	CAR Noordhoek (St.-Rembert)	Aatrijksestraat 62	8820 Torhout
9.53.516.91	CAR De Klinker	Heistlaan 123	8301 Knokke-Heist
9.53.518.89	Revalidatiecentrum voor Taal- en Ontwikkelingsproblemen	Jules Lagaelaan 17	8800 Roeselare
9.53.579.28	CAR De Klinker vzw	Cartonstraat 53	8900 Ieper
9.53.593.14	CAR Vijfhoek	Vijfhoek 1A	2800 Mechelen
9.53.991.04	Zeplin CAR Woluwe	Georges Henrilaan 278	1200 Brussel (Sint-Lambrechts-Woluwe)
9.53.992.03	Revalidatiecentrum Overleie vzw	Overleiestraat 57	8500 Kortrijk
9.53.606.01	CAR Antenne 3000 vzw	St. Geertruiabdij 6	3000 Leuven
9.53.607.97	CAR DAT	Houtemstraat 115B	3300 Tienen
9.53.608.96	CAR Medische Sociale Instellingen Midden-Vlaanderen	Melkerij 25	9900 Eeklo
9.65.062.88	CAR Turnhout	Schoolstraat 27/1	2300 Turnhout
9.65.088.62	Zeplin CAR Lovenjoel	Stationsstraat 25	3360 Lovenjoel-Bierbeek
9.65.105.45	CAR De Hert vzw	Botermelkstraat 201	9300 Aalst
9.65.181.66	CAR Kapelhof vzw	Koenvliet 2A	9240 Zele
9.65.182.65	CAR BOLT vzw	Kloosterstraat 6a	9031 Baarle-Drongen
9.65.192.55	CAR De Schakel vzw	Hoenderstraat 51	9230 Wetteren
9.65.244.03	Revalidatiecentrum Noorderkempen	Nieuwmoerse Steenweg 113A	2990 Wuustwezel
9.65.246.01	CAR 't Vlot	Kallobaan 5	9120 Beveren

Erkeningsnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
9.65.248.96	CAR Accent vzw	Lagaeplein 12/14	8501 Kortrijk - Heule
9.65.263.81	CAR De Kindervriend	Tombroekstraat 4	8510 Rollegem
9.65.264.80	CAR 't Veld vzw	Ichtegemsestraat 32	8211 Aartrijke
9.65.292.52	CAR Buggenhout	Klaverveld 3	9255 Buggenhout
9.65.304.40	CAR De Steijger vzw	Kerkham 3	9070 Destelbergen
9.65.415.26	CAR Impuls vzw	Karel Lodewijk Dierickxstraat 30	9000 Gent
9.65.423.18	Waas Revalidatiecentrum vzw	Luikstraat 109	9160 Lokeren
9.65.496.42	Centrum voor Functionele Revalidatie vzw	Stationsstraat 40	9060 Zelzate
9.65.572.63	CAR Land van Halle & Asse vzw	Ziekenhuislaan 100	1500 Halle
9.65.583.52	Revalidatiecentrum Ter Linde vzw	Kapelstraat 12	2880 Bornem
9.65.603.32	Revalidatiecentrum Ter Eecken	Vlaanderenstraat 2	9700 Oudenaarde
9.65.608.27	CAR Zuiderkempen	Diestsebaan 60/1	2431 Veerle (Laakdal)
9.69.004.26	U.Z. Leuven Revalidatiecentrum voor Slechtzienden - Stadscampus	Brusselsestraat 69	3000 Leuven
9.69.006.24	Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave	Markgravelei 81	2018 Antwerpen
9.69.008.22	Centrum voor Visuele Revalidatie en Low-Vision UZ Gent	De Pintelaan 185	9000 Gent
9.69.009.21	Visuele Revalidatie en Low vision UZ Antwerpen	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem

§ 2. Voor het sluiten van de overeenkomsten, vermeld in paragraaf 1, stuurt de minister een door hem ondertekende aangepaste overeenkomst, aangetekend met ontvangstbewijs, naar de revalidatievoorzieningen, vermeld in paragraaf 1. De revalidatievoorziening beschikt over een termijn van dertig dagen, na ontvangst van de door de minister ondertekende overeenkomst, om deze ondertekend terug te bezorgen aan de minister.

De door de revalidatievoorziening ondertekende revalidatieovereenkomst wordt binnen de 30 dagen na ontvangst ervan door de minister gepubliceerd op de website van het agentschap. Deze revalidatieovereenkomst bindt de partijen met ingang van 1 januari 2019.

Als binnen de dertig dagen, na de ontvangst door de revalidatievoorziening van de door de minister ondertekende overeenkomst, geen door de revalidatievoorziening ondertekende overeenkomst ontvangen wordt, kan een nieuwe overeenkomst maar worden gesloten overeenkomstig de artikelen 159 tot en met 173.

**Art. 373.** § 1. De minister sluit, ter uitvoering van artikel 111 van het decreet van 6 juli 2018, een overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipes, vermeld in onderstaande tabel.

Erkeningsnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
96800159	Palliatieve Hulpverlening Antwerpen	Edegemsesteenweg 100	2610 Wilrijk
96800258	Ispahan Palliatieve Zorgen Kempen	Patersstraat 85	2300 Turnhout
96800357	Palliatief Netwerk arrondissement Mechelen	Westzavelland 42	2830 Willebroek
96800456	Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen	Bredabaan 743	2990 Wuustwezel
96800555	Palliatief Netwerk arrondissement Leuven	Waversebaan 220	3001 Heverlee
96800654	Omega	J. Vander Vekenstraat 158	1780 Wommel
96800753	Listel	Albrecht Rodenbachstraat 29	3500 Hasselt
96800852	Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo	Bilksken 36	9920 Lovendegem

Erkeningsnummer	Naam	Straat en nummer	Postcode en gemeente
96800951	Netwerk Palliatieve Zorg regio Aalst – arrondissement Dendermonde – regio Ninove	Gentse steenweg 355	9300 Aalst
96801050	Netwerk Levenseinde	Sint-Walburgastraat 9	9700 Oudenaarde
96801149	Netwerk Palliatieve Zorg Waasland	Rozenlaan 17	9111 Belsele
96801248	Palliatieve Zorgen Westhoek-Oostende	Stovestraat 2	8600 Diksmuide
96801347	Heidehuis Palliatieve Zorg Noord-West-Vlaanderen	Fazantendreef 11	8200 Sint-Michiels
96801446	Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen	Doorniksewijk 168	8500 Kortrijk
96801545	Netwerk palliatieve zorg De Mantel	Handelsstraat 1	8800 Roeselare

§ 2. Voor het sluiten van de overeenkomsten, vermeld in paragraaf 1, stuurt de minister een door hem ondertekende aangepaste overeenkomst, aangetekend met ontvangstbewijs, naar de multidisciplinaire begeleidingsequipes, vermeld in paragraaf 1. De multidisciplinaire begeleidingsequipe beschikt over een termijn van dertig dagen, na ontvangst van de door de minister ondertekende overeenkomst, om deze ondertekend terug te bezorgen aan de minister.

De door de multidisciplinaire begeleidingsequipe ondertekende overeenkomst wordt binnen de 30 dagen na ontvangst ervan door de minister gepubliceerd op de website van het agentschap. De overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsovereenkomst bindt de partijen met ingang van 1 januari 2019.

Als binnen de dertig dagen na de ontvangst door de multidisciplinaire begeleidingsequipe van de door de minister ondertekende overeenkomst, geen door de multidisciplinaire begeleidingsequipe ondertekende overeenkomst ontvangen wordt, kan een nieuwe overeenkomst maar worden gesloten overeenkomstig de artikelen 278 tot en met 291.

**Art. 374.** In de gevallen, vermeld in artikel 47/9, § 4, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, waarin de federale overheid de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten, vermeld in artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1<sup>o</sup>, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, van de ziekenhuizen, voor rekening van de Vlaamse Gemeenschap verzekert, blijven de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2002, met uitzondering van artikel 99 en 100, zoals van kracht op 31 december 2018, van toepassing op de revalidatieziekenhuizen.

**Art. 375.** Voor de uitvoering van de taken, vermeld in artikel 15, 16, 18, 22, 211, 215 en 216, wordt de functie van de Zorgkassencommissie in de periode van 1 januari 2019 tot en met 30 juni 2019 uitgeoefend door de adviserend-arts van de verzekeringsinstelling waarbij de zorggebruiker is aangesloten of ingeschreven.

**Art. 376.** Op 31 december 2018 geldende goedkeuringen voor tegemoetkomingen of betalingsverbintenissen blijven gelden tot de voorziene einddatum.

Nieuwe aanvragen of aanvragen voor verlenging met ontvangstdatum in 2019 maar met een eerste vergoedbare prestatie in 2018 worden behandeld volgens de op 31 december 2018 geldende regelgeving, procedures en formulieren.

Nieuwe aanvragen of aanvragen voor verlenging waarvan de eerste vergoedbare prestatie in 2019 ligt, worden behandeld volgens het decreet van 6 juli 2018 en dit besluit.

Vergoedbare prestaties gepresteerd voor 1 januari 2019 worden conform het Protocol van 15 mei 2014 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Duitstalige Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, met betrekking tot de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de overgangperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, zoals verlengd op 19 oktober 2015 en 24 oktober 2016, door de verzekeringsinstellingen via het RIZIV aan de Vlaamse Gemeenschap gefactureerd.

Vergoedbare prestaties gepresteerd op of na 1 januari 2019 worden door de verzekeringsinstellingen rechtstreeks aan de Vlaamse Gemeenschap gefactureerd.

**Art. 377.** De besluiten van het College van artsen-directeurs betreffende de revalidatieovereenkomsten, die voor de inwerkingtreding van dit besluit werden genomen ter uitvoering van artikel 23, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden gelijkgesteld met de adviezen van de Expertencommissie en de sectorale adviescommissies, vermeld in deel 4, titel 1, hoofdstuk 2 van dit besluit. In afwijking van deel 4, titel 1, hoofdstuk 2, kan de minister op basis van die besluiten van het College van artsen-directeurs beslissen om een revalidatieovereenkomst te wijzigen.

**Art. 378.** Bij de erkenning van de opnamecapaciteit van psychiatrische verzorgingstehuizen als vermeld in artikel 112 van het decreet van 6 juli 2018 kan een onderscheid gemaakt worden tussen definitieve en uitdovende opnamecapaciteit, als de op 31 december 2018 lopende erkenning een onderscheid maakt tussen definitieve en uitdovende bedden. Een uitdovende opnamecapaciteit verdwijnt bij het ontslag of overlijden van de zittende zorggebruiker.



HOOFDSTUK 3. — *Inwerkingtredingsbepaling*

**Art. 379.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019, met uitzondering van het artikel 122, § 1, derde lid, dat op 1 januari 2022 in werking treedt.

HOOFDSTUK 4. — *Uitvoeringsbepaling*

**Art. 380.** De Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, is belast met de uitvoering van dit besluit.  
Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

---

Bijlage 1: Lijst van de door een psychiatrisch verzorgingstehuis aan het agentschap te bezorgen gegevens.

- 1) de naam van de coördinator vermeld in artikel 88;
- 2) het totaal aantal gefactureerde opnamedagen per maand.
- 3) de indeling van de kamers volgens type: een of tweepersoonskamers.
- 4) per zorggebruiker, de volgende gegevens:
  - a) het behandelingsnummer van de zorggebruiker, dat uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven, zoals de geboortedatum, mag bevatten. Wanneer een zorggebruiker binnen de 12 maanden volgend op zijn eerste ontslag opnieuw opgenomen wordt in hetzelfde psychiatrisch verzorgingstehuis dan moet hetzelfde behandelingsnummer gebruikt worden, gevolgd door een volgnummer;
  - b) het geboortjaar;
  - c) het geslacht;
  - d) voor de Belgen, het bestuurlijk arrondissement van hun hoofdverblijf, en voor de vreemdelingen, hun land van herkomst.  
In afwijking op het vorig lid wordt, voor de Belgen wier hoofdverblijf gesitueerd is in de fusiegemeente Gent, Antwerpen, of in het Brussels Hoofdstedelijk gewest, de naam van de fusiegemeente of het gewest aangeduid;
  - e) aantal vorige opnames in het psychiatrisch verzorgingstehuis;
  - f) de datum van opname in het psychiatrisch verzorgingstehuis, uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
  - g) gefactureerde opnamedagen in chronologische volgorde, per leefeenheid uitgedrukt in aantal dagen;
  - h) de aard van de opname;
  - i) identificatienummer van de leefeenheid;
  - j) het leefmilieu voor opname, uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - k) de verwijzer uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - l) vorige medische behandelingen;
  - m) multidimensionele psychiatrische diagnose bij opname;
  - n) de ontslagdatum uit het psychiatrisch verzorgingstehuis uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
  - o) bestemming van de zorggebruiker uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - p) aard van het ontslag;
  - q) multidimensionele psychiatrische problemen die nog resten bij ontslag;
  - r) het onderwijsniveau uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - s) betrokkenheid in het arbeidsproces uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - t) aard van het inkomen uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - u) het huidig of laatste hoofdberoep uitgedrukt in hoofdcategorieën.

In dit artikel wordt onder leefeenheid het volgende verstaan: een groep zorggebruikers die samenleven, eten, ontspannen en die verblijven in een herkenbaar architecturaal afgescheiden gebouw of deel van een gebouw terwijl zij begeleid worden door eenzelfde team van hulpverleners.

Gezien om gevoegd te worden bij artikel 8, §3 van het besluit van de Vlaamse Regering van 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.

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

Bijlage 2: Lijst van de door een initiatief van beschut wonen aan het agentschap te bezorgen gegevens.

- 1) de naam van de coördinator vermeld in artikel 143;
- 2) het totaal aantal gefactureerde verblijfsdagen per maand.
- 3) het aantal plaatsen per woning.
- 4) per zorggebruiker, de volgende gegevens:
  - a) het behandelingsnummer van de zorggebruiker, dat uniek dient te zijn en geen enkel persoonlijk gegeven, zoals de geboortedatum, mag bevatten. Wanneer een zorggebruiker binnen de 12 maanden volgend op zijn eerste ontslag opnieuw opgenomen wordt in begeleiding van hetzelfde initiatief van beschut wonen dan moet hetzelfde behandelingsnummer gebruikt worden, gevolgd door een volgnummer;
  - b) het geboortjaar;
  - c) het geslacht;
  - d) voor de Belgen, het bestuurlijk arrondissement van hun hoofdverblijf, en voor de vreemdelingen, hun land van herkomst.  
In afwijking op het vorig lid wordt, voor de Belgen wier hoofdverblijf gesitueerd is in de fusiegemeente Gent, Antwerpen, of in het Brussels Hoofdstedelijk gewest, de naam van de fusiegemeente of het gewest aangeduid;
  - e) aantal vorige opnames in het initiatief;
  - f) de datum van opname in het initiatief van beschut wonen, uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
  - g) gefactureerde verblijfsdagen in chronologische volgorde, per leefeenheid uitgedrukt in aantal dagen;
  - h) de aard van de opname;
  - i) identificatienummer van de leefeenheid;
  - j) het leefmilieu voor opname, uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - k) de verwijzer uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - l) vorige medische behandelingen;
  - m) multidimensionele psychiatrische diagnose bij opname;
  - n) de ontslagdatum uit het initiatief van beschut wonen uitgedrukt in jaar, maand en dag in de week;
  - o) bestemming van de zorggebruiker uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - p) aard van het ontslag;
  - q) multidimensionele psychiatrische problemen die nog resten bij ontslag;
  - r) het onderwijsniveau uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - s) betrokkenheid in het arbeidsproces uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - t) aard van het inkomen uitgedrukt in hoofdcategorieën;
  - u) het huidig of laatste hoofdberoep uitgedrukt in hoofdcategorieën.

In dit artikel wordt onder leefeenheid het volgende verstaan: een groep zorggebruikers die samenleven, eten, ontspannen en die verblijven in een herkenbaar architecturaal afgescheiden gebouw of deel van een gebouw terwijl zij begeleid worden door eenzelfde team van hulpverleners.

Gezien om gevoegd te worden bij artikel 8, §3 van het besluit van de Vlaamse Regering van 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

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

## Bijlage 3. Lijst van de bestanddelen die door het basisbudget worden gedekt

- 1° De financiële lasten van de korte termijn kredieten om de normale werking van verpleegeenheden en diensten te verzekeren;
- 2° De personeelslasten van huisbewaarders, portiers, nachtwakers, parkingbewakers, tuiniers, liftpersoneel, wagenbestuurders uitgezonderd deze van ziekenwagens;
- 3° De werkings- en onderhoudskosten van siertuinen, wegen, koeren, parkings, vervoermiddelen met uitzondering van die van ziekenwagens;
- 4° De vervoerkosten voor het:
  - Interne en externe vervoer van verbruiksgoederen;
  - Interne patiëntenvervoer;
  - Externe patiëntenvervoer op voorwaarde dat dit vervoer niet het gevolg is van een opname in een ander ziekenhuis;
  - Vervoer van bloed;
- 5° De belastingen en taksen, zoals patrimoniumtaksen, onroerende voorheffingen, belastingen op het afhalen van huisvuil en afvalstoffen of op de aansluiting op het rioolnet, alsmede die op gevaarlijke, hinderlijke en schadelijke bedrijven en op tewerkgesteld personeel;
- 6° De verzekeringskosten voor risico's van brand, waterschade en andere risico's, voor burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de instelling en van het tewerkgesteld personeel, alsook een tegemoetkoming in de verzekeringspremies 'burgerlijke beroepsaansprakelijkheid' van de artsen (inclusief het in 2005 toegevoegde budget als tegemoetkoming in de verzekeringspremies 'burgerlijke aansprakelijkheid' van de artsen);
- 7° De kosten van brandbestrijding;
- 8° De kosten van ophaling en behandeling van vuilnis en van afvalstoffen;
- 9° De kosten van erediensten en gelijkgestelde diensten;
- 10° De kosten van het mortuarium;
- 11° De kosten van personeel voor schoonmaak, technisch onderhoud en veiligheid;
- 12° De normale kosten van schoonmaak, van technisch onderhoud en van de herstelling van werkhuizen;
- 13° De kosten van water, gas en elektriciteit;
- 14° De onderhoudskosten van liften en centrale verwarming;
- 15° De kosten van personeel voor het toezicht op de verwarmingsinstallaties;
- 16° De kosten van brandstoffen, inclusief het in 2006 toegevoegde budget om de gestegen energiekost te dekken;
- 17° De herstellingskosten van de stookinstallaties;
- 18° De personeels- en werkingskosten van de directie, de administratie, de boekhouding, de personeelsdienst, het onthaal, de sociale dienst voor de patiënten (inclusief het in 2006 toegevoegde budget ter versterking van de sociale dienst), de tarificatie, de geschillen, de gecentraliseerde archieven, de kasdienst, het economaat, de magazijnen, de telefooncentrale, de deurwachters, de loopjongens en de boodschappers;
- 19° De kosten van beheer en representatie;
- 20° De informaticakosten
- 21° De kosten voor aansluiting bij ziekenhuisorganisaties;
- 22° De kantoorbenodigdheden, drukwerken en documentatie;
- 23° De verzendingskosten;
- 24° De kosten voor de werving van personeel, de kosten voor opleiding en vervolmaking en inclusief de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel;
- 25° De kosten voor het functioneren van verschillende raden en comités die ingesteld zijn krachtens de vigerende wetgeving;
- 26° De kosten van personeel en werking van wasserij en linnenkamer;
- 27° De aankoopkosten van linnen, beddengoed, wasproducten en herstellingsbenodigdheden;
- 28° De kosten van het personeel en werking van de keuken;
- 29° De aankoopkosten van voedingsproducten en dranken;

- 30°De kosten van het personeel van de dieetkeuken en de kosten voor de aankoop van dieetproducten;
- 31°De kosten van lokalen voorbehouden voor het inwonend personeel, tewerkgesteld in het ziekenhuis of de ziekenhuisdiensten;
- 32°De kosten van personeelsvoorzieningen (kleedkamers, eetzalen, eetmalen);
- 33°De aanpassing van de werkingskosten in functie van historische aanpassing van de bedcapaciteit;
- 34°De historische besparingen;
- 35°De kosten van het verplegend en verzorgend personeel;
- 36°De kosten van de courante geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 1, 1° van het K.B. van 6 juni 1960 betreffende de fabricage, de bereiding en distributie in het groot en de terhandstelling van geneesmiddelen, en de kosten van medische gassen en magistrale bereidingen;
- 37°De verbandmiddelen;
- 38°De medische verbruiksgoederen, de producten voor de zorgverlening en het klein instrumentarium;
- 39°De kosten van bewaring van bloed;
- 40°De kosten van revalidatie en herscholing met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten in de G- en Sp-diensten;
- 41°De extra kosten die verband houden met het sociale profiel van het ziekenhuis;
- 42°De kosten voor actieve verbanden;
- 43°De valorisatie van ongemakkelijke prestaties van de verpleegkundigen en de zorgkundigen werkzaam in de verpleegeenheden, de apotheek of de daghospitalisatie, overeenkomstig de toekenningsmodaliteiten voorzien in het K.B. van 28 december 2011 betreffende de uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en onregelmatige prestaties;
- 44°De kosten die voortvloeien uit de volgende situaties in daghospitalisatie:
- Voor elke toestand waarin dringende verzorging noodzakelijk is en die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt;
  - Voor elke toestand waarin, op voorschrift van de behandelende arts, een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed / bloedproduct via een intraveneus infuus;
- 45°De lasten met betrekking tot de verbetering van de kwaliteit van de zorgverstrekking zoals bedoeld in artikel 109 van de wet op de ziekenhuizen; de toegekende middelen vertegenwoordigen een deel van het budget dat door de historische buitengebruikstelling van bedden vrijgemaakt werd;
- 46°De lasten met betrekking tot het krachtens het sociale akkoord van 1989 toegekende aanvullende personeel;
- 47°De kosten van de bedrijfsrevisor;
- 48°De kosten van de hoofdgeneesheer;
- 49°De kosten van de verpleegkundige-ziekenhuishygiëne;
- 50°De kosten van de geneesheer-ziekenhuishygiëne;
- 51°De kosten van de registratie van de door de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, te bepalen gegevens betreffende de klinische en verpleegkundige activiteiten;
- 52°De kosten van de evaluatie van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteiten en de bevordering van de integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten;
- 53°De kosten van het personeel om het intern transport van patiënten te organiseren in de openbare revalidatieziekenhuizen;
- 54°De kosten die met de historische overeenkomsten van eerste tewerkstelling gepaard gaan;
- 55°De kosten van de historische verhoging van de werkgeversbijdragen voor de pensioenen in de openbare ziekenhuizen te dekken;
- 56°De kosten ter compensatie van het voordeel in de privé-sector in het kader van het historisch interprofessioneel akkoord, in de openbare revalidatieziekenhuizen;

- 57°De tussenkomst voor de proefstudie met betrekking tot de realisatie van proefstudies ter ondersteuning van de ontwikkeling van de ziekenhuistelemedica, de codering van gegevens en het gebruik van gestandaardiseerde terminologie;
- 58°De kosten van het personeel om daghospitalisatie te organiseren voor de geriatrische patiënt, zoals beschreven in afdeling III van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten;
- 59°De kosten met betrekking tot de palliatieve functie;
- 60°De kosten voor de registratie van de nosocomiale ziekenhuisinfecties;
- 61°De bijkomende kosten voor contractuele personeelsleden die gesubsidieerd worden door het interdepartementaal begrotingsfonds, ter bevordering van de werkgelegenheid;
- 62°De kosten voor het personeel ter begeleiding van het verplegend en verzorgend personeel dat pas aangeworven werd of een loopbaanonderbreking beëindigd heeft;
- 63°De kosten voor de oprichting van een mobiel team;
- 64°De kosten die voortvloeien uit de ombudsfunctie;
- 65°De kosten van het bijkomend personeel en van de externe liaisonfunctie zoals bepaald in het koninklijk besluit van 4 juni 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de afdeling 'expertisecentrum voor comapatiënten' moet voldoen om te worden erkend;
- 66°De kosten van de werving van laaggeschoolde jongeren voor de globale projecten 'veiligheid in de ziekenhuizen' bedoeld in artikel 1, 1° van het ministerieel besluit van 31 mei 2007 tot uitvoering van artikel 82 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact en tot de vaststelling van de globale projecten in de sectoren die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen;
- 67°De kosten van de bijkomende jaarlijkse premie per voltijds equivalent voor de verpleegkundigen die houder zijn van een bijzondere beroepstitel en de verpleegkundigen die zich kunnen beroepen op een bijzondere beroepsbekwaming, zoals bepaald in de ministeriële besluiten tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van deze titels en bekwaamingen opgesomd in het koninklijk besluit van 27 september 2006 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamingen voor de beoefenaars van de verpleegkunde, voor de verpleegkundigen die in het bezit waren van deze beroepstitel of beroepsbekwaamheid vóór de opheffing van de premie bepaald bij het besluit van de Vlaamse regering van 15 september 2017;
- 68°De tussenkomst voor de realisatie van het proefproject voedingsteam, het proefproject klinische pharmacie en het proefproject geriatrisch dagziekenhuis;
- 69°De werkingskosten van de ziekenhuisapotheek;
- 70°De kosten voor het antibiotherapiebeheer;
- 71°De kosten van het Medisch Farmaceutisch Comité en van het Comité voor Medisch Materiaal;
- 72°De kosten met betrekking tot de bepalingen van koninklijk besluit van 10 november 2001 tot uitvoering van artikel 100, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, inzake de sectorale akkoorden.;
- 73°De kosten van het aan statutair personeel toegekende aanvullend vakantiegeld;
- 74°De kosten van de versterking van de nachtploegen, bedoeld in punt 9.3 van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt 13 van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;
- 75°De kosten van de historische stijging van het loonsupplement voor nachtprestaties op zon- en feestdagen van 50 naar 56 %;
- 76°De kosten van een functiecomplement toegekend aan hoofdverpleegkundigen, de verpleegkundigen diensthoofd van het middenkader en de hoofdparamedici met een



- geldelijke anciënniteit van minimum 18 jaar en die de opleiding zoals vereist door de besluiten tot vaststelling van hun functie genoten hebben;
- 77°De kosten van de bijkomende betrekkingen van de mobiele equipe;
- 78°De kosten van de bijkomende tewerkstelling in functie van het sociaal akkoord van 2011;
- 79°De kosten voor de harmonisatie naar het barema 1.35 voor de zorgkundigen;
- 80°Het bedrag voor de eenpersoonskamers, waarvoor, overeenkomstig artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen, supplementen boven het budget worden geïnd en waarmee het budget van het revalidatieziekenhuis wordt verminderd, inclusief het historisch toegevoegde budget ter compensatie van het verlies aan inkomsten door het verbod om, vanaf 1 januari 2010, kamersupplementen te factureren aan patiënten die op een tweepersoonskamer verblijven;
- 81°De kosten ter compensatie van langdurig afwezig statutair personeel.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 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.

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

## Bijlage 4. Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) voor de revalidatieziekenhuizen

1. Om in aanmerking te komen voor het budget, vermeld in artikel 232 en 233, moet het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD) een aantal 'Meaningful Use'-functionaliteiten bevatten, zoals hieronder gespecificeerd.
2. Er zijn zeven corefunctionaliteiten gedetermineerd. Die functionaliteiten vormen de basis van een geïntegreerd EPD en zijn de noodzakelijke fundamenten waarop andere functionaliteiten gebouwd kunnen worden.
3. Uiterlijk eind 2020 moeten de geselecteerde corefunctionaliteiten geïmplementeerd zijn.
4. De geselecteerde corefunctionaliteiten voor de revalidatieziekenhuizen zijn:

Functionaliteit	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4
Unieke patiëntenidentificatie en – beschrijving	80 %	90 %	98 %	98 %
Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt	20 %	50 %	80 %	98 %
Lijst van allergieën en intoleranties	30 %	60 %	90 %	98 %
Geneesmiddeleninteracties	ja	ja	ja	ja
Elektronische ontslagbrief	80 %	90 %	95 %	98 %
Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt	10 %	50 %	80 %	98 %
Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health	80 %	90 %	95 %	98 %

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 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.

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

## Bijlage 5. Model van opnameverklaring in geval van opname in een revalidatieziekenhuis

BARCODE VAN HET  
ZIEKENHUIS OM HET  
DOCUMENT ELECTRONISCH  
TE ARCHIVEREN

IDENTIFICATIE VAN DE  
PATIENT OF KLEEFVIGNET  
VAN HET ZIEKENFONDS

IDENTIFICATIE VAN HET  
ZIEKENHUIS

**1. Doel van de opnameverklaring: recht om geïnformeerd keuzes te maken over financiële gevolgen van de opname**

Elke opname in een ziekenhuis brengt kosten met zich mee. U kan als patiënt een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op het uiteindelijke kostenplaatje. Deze kosten maakt u aan de hand van deze opnameverklaring. Het is daarom zeer belangrijk dat u het toelichtingsformulier dat u samen met dit document ontvangt, grondig leest alvorens de opnameverklaring in te vullen en te ondertekenen. Ingeval van vragen, kan u contact opnemen met **de dienst XXX met telefoonnummer XX XXX XXX**.

**2. Kamerkeuze**

**Mijn vrije artskenkeuze wordt hierdoor niet beperkt.**

Ik wens opgenomen en verzorgd te worden:

**zonder honorariumsupplementen en zonder kamersupplement in een:**

- gemeenschappelijke kamer**  **tweepatiëntenkamer**

- in een individuele kamer**

met een kamersupplement van X euro per dag.

Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname in een individuele kamer **een honorariumsupplement van maximaal X %** op het wettelijk vastgelegde tarief van de medische prestaties mogen aanrekenen.

**3. Opname van een kind begeleid door een ouder**

Ik wens dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het wettelijk vastgelegde tarief, **zonder kamersupplement en zonder honorariumsupplement. Ik weet dat de opname gebeurt in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.**

Ik wens uitdrukkelijk dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd **in een individuele kamer, zonder kamersupplement.** Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname **in een individuele kamer een honorariumsupplement van maximaal X %** op het wettelijk vastgelegde tarief van de medische prestaties mogen aanrekenen.

De **hotelkosten voor mijn verblijf als ouder** (o.a. bed, maaltijden, dranken,...) **zal ik zelf betalen** volgens het tarief dat is opgenomen in de overzichtslijst van de prijzen van de courante goederen en diensten.

**4. Voorschot**

ik betaal hierbij X euro als voorschot voor mijn verblijf.

Deze ondertekende opnameverklaring geldt als ontvangstbewijs van het betaalde voorschot. Het voorschot zal bij de eindafrekening van het totaalbedrag van de patiëntfactuur afgetrokken worden.

**Facturatievoorwaarden**

**Alle ziekenhuiskosten zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis. Betaal nooit rechtstreeks aan de arts!**

Vrij in te vullen ruimte waar het ziekenhuis zijn facturatievoorwaarden vermeld: betaalwijze, termijn van betaling, gevolgen van niet tijdige betaling, ...

Elke patiënt heeft recht op informatie over de financiële gevolgen van een ziekenhuisopname en zijn kamerkeuze. Elke patiënt heeft recht om door de betrokken arts geïnformeerd te worden over de kosten die hij zelf zal moeten betalen voor de te voorziene medische behandelingen.

Ik heb als bijlage bij dit document een toelatingsdocument ontvangen met de vermelding van de kamer- en honorariumsupplementen. De overzichtslijst met de kostprijs van de in het ziekenhuis aangeboden goederen en diensten ligt ter inzage. Weet dat niet alle kosten op voorhand te voorzien zijn.

Opgemaakt te PLAATSNAAM ZIEKENHUIS op DATUM xx-xx-20xx in twee exemplaren voor de opname die start op xx-xx-20xx en geldig vanaf xx-xx-20xx om x uur.

De patiënt of zijn vertegenwoordiger	Het ziekenhuis
          Voornaam, naam van de patiënt of zijn vertegenwoordiger (met rijksregisternummer)	          Voornaam, naam, hoedanigheid

Deze informatie van persoonlijke aard wordt u gevraagd door de beheerder van het ziekenhuis met het oog op een correcte behandeling van uw dossier en de facturatie van uw ziekenhuisopname. Door de Wet van 08-12-1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, hebt u recht op toegang tot en correctie van uw gegevens.

Gezien om gevoegd te worden bij 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 beschermt wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

Bijlage 6. Model van opnameverklaring in geval van opname in een dagziekenhuis van een revalidatieziekenhuis

**Opnameverklaring voor opname in dagziekenhuis: kamerkeuze en financiële voorwaarden:**

BARCODE VAN HET ZIEKENHUIS OM HET DOCUMENT ELECTRONISCH TE ARCHIVEREN

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT OF KLEEFVIGNET VAN HET ZIEKENFONDS

IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENHUIS

**1. Kamersupplementen – honorariumsupplementen - voorschotten**

Ik heb kennis genomen van de financiële voorwaarden en wens opgenomen te worden en verzorgd.

**OFWEL tegen verbintenistarieef (ZONDER honorariumsupplementen).(1)**

***Ik ben er mij bewust van dat mijn vrije artskeuze hierdoor beperkt wordt en kies voor het tarief van:***

- een gemeenschappelijke kamer zonder kamersupplement
- een tweepatiëntenkamer zonder kamersupplement (5)

**Het ziekenhuis kan mij geen voorschot vragen (4).**

**OFWEL volgens de verschillende statuten van de artsen (MET eventueel honorariumsupplementen) en ik kies voor het tarief van:**

- een gemeenschappelijke kamer zonder kamersupplement

Ik weet dat de niet-verbonden artsen mij een honorariumsupplement van x % of € x tot x % of € x mogen aanrekenen. (2), (3)&(5)

- een tweepatiëntenkamer zonder kamersupplement (5)

Ik weet dat de niet-verbonden artsen mij een honorariumsupplement van x % of € x tot x % of € x mogen aanrekenen. (2), (3)&(5)

- in een individuele kamer (campus x)

met een kamersupplement van **X euro per dag**

Ik weet dat sommige artsen mij een honorariumsupplement van x % of € x tot x % of € x mogen aanrekenen. (2), (3)&(5)

**Het ziekenhuis kan mij een voorschot van maximaal 1 keer het kamersupplement vragen (4).**

**2. Recht op informatie**

Ik weet dat ik het recht heb om informatie te krijgen over de financiële gevolgen van mijn keuze en om door de betrokken arts geïnformeerd te worden over de kosten die ik zelf zal moeten betalen voor de te voorziene medische behandelingen. Tevens hou ik er rekening mee dat bepaalde kosten niet op voorhand te voorzien zijn.

Ik weet dat de hierboven vermelde bedragen geïndexeerd kunnen worden. In dat geval kunnen ze van rechtswege in de loop van de ziekenhuisopname wijzigen. Ik weet eveneens dat de vermelde tarieven gelden in functie van het wettelijk stelsel van ziekte- en invaliditeitsverzekering waartoe ik behoort. Zo de opname niet valt onder de dekking van dit stelsel, moet ik de verblijfskost en de medische kosten zelf betalen en zullen de bedragen beduidend hoger liggen.

Ik bevestig als bijlage bij deze opnameverklaring een verklarend document ontvangen te hebben omtrent de toepassing van de kamer- en honorariumsupplementen alsook een overzichtslijst omtrent de kost van de courante parafarmaceutische producten en van de diverse goederen en diensten, van toepassing in het NAAM ZIEKENHUIS.

Voor bijkomende inlichtingen kan men steeds terecht bij de dienst NAAM DIENST met telefoonnummer xx/xxx xx xx.

Opgemaakt te PLAATSNAAM ZIEKENHUIS op DATUM xx-xx-20xx in twee exemplaren voor een behandeling die start op xx-xx-20xx en geldig vanaf xx-xx-20xx om x uur en tot maximum xx-xx-xxxx. (6)

De patiënt of zijn vertegenwoordiger	Het ziekenhuis
Voornaam, naam van de patiënt of zijn vertegenwoordiger (met rijksregisternummer)	Voornaam, naam, hoedanigheid

Deze informatie van persoonlijke aard wordt u gevraagd door de beheerder van het ziekenhuis met het oog op een correcte behandeling van uw dossier en de facturatie van uw ziekenhuisopname. Door de Wet van 08-12-1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, hebt u recht op toegang tot en correctie van uw gegevens.

### 3. Overzicht van de wettelijk vastgelegde financiële voorwaarden en deze van het ziekenhuis

#### 3.1. Kamersupplementen per dag

gemeenschappelijke kamer	tweepatiëntenkamer (5)	individuele kamer
<b>geen kamersupplement</b>	<b>geen kamersupplement</b>	<b>€ x (campus x)</b>
		<b>€ x (campus x)</b>

#### 3.2. Honorariumsupplementen (5)

	Gemeenschappelijke kamer (5)	Tweepatiëntenkamer (5)	Individuele kamer
Verbonden artsen	0%	0 %	Van x % of € x tot % of € x (campus x)
Niet-verbonden artsen	Van x % of € x tot % of € x (campus x)	Van x % of € x tot % of € x (campus x)	Van x % of € x tot % of € x (campus x)

### 4. TOELICHTING BIJ DE VOETNOTEN

#### De patiënt die voor een bepaald kamertype kiest, aanvaardt de ermee gepaard gaande financiële voorwaarden inzake kamersupplementen en honorariumsupplementen.

- ➔ Indien de patiënt buiten zijn wil verblijft in een hoger kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarvoor de patiënt gekozen heeft (voorbeeld tweepatiëntenkamer gekozen en individuele kamer gekregen -> voorwaarden van de tweepatiëntenkamer worden toegepast).
- ➔ Inde de patiënt buiten zijn wil verblijft in een lager kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarin de patiënt effectief verblijft (voorbeeld individuele kamer gekozen en tweepatiëntenkamer gekregen -> voorwaarden van de tweepatiëntenkamer worden toegepast).

- (1) Verbintenistarief: men past de erelonen toe zoals overeengekomen in het kader van het akkoord geneesheren-ziekenfondsen, dus zonder honorariumsupplementen.
- (2) De lijst met het statuut van de artsen (verbonden of niet-verbonden) kan op eenvoudige vraag geraadpleegd worden.
- (3) De honorariumsupplementen zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis of door de dienst centrale inning. Betaal deze niet rechtstreeks aan de artsen. Aarzel niet om u te informeren over het percentage honorariumsupplement dat de betrokken arts toepast.
- (4) De betaling van het voorschot is onderhevig aan het afleveren van een ontvangstbewijs. Het (de) betaalde voorschot(ten) zal telkens van het totaalbedrag van uw factuur afgetrokken worden.

	Gemeenschappelijke kamer	Tweepatiëntenkamer	Individuele kamer
Maximumbedrag van de voorschotten	-	-	€ x

- (5) Sommige beschermde categorieën zijn in bepaalde gevallen vrijgesteld van honorariumsupplementen. Voor meer informatie omtrent de kamer- en honorariumsupplementen wordt verwezen naar het verklarend document in bijlage.
- (6) Voor een reeks behandelingen in dagziekenhuis volstaat het ons éénmalig de opnameverklaring te ondertekenen. Als patiënt heeft u de mogelijkheid om uw keuze aan te passen d.m.v. een nieuwe opnameverklaring.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 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

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

## Bijlage 7. Model van toelichting bij de opnameverklaring

IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENHUIS	<b>Toelichting bij de opnameverklaring</b>
-------------------------------------	--

U kan als patiënt een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op de uiteindelijke kostprijs van uw ziekenhuisopname. Deze keuze maakt u aan de hand van de opnameverklaring.

Met dit toelichtingsdocument willen wij u informeren over de kostprijs van uw ziekenhuisopname opdat u op de opnameverklaring weloverwogen keuzes kan maken.

De kostprijs wordt bepaald door de volgende factoren:

1. De manier waarop u verzekerd bent;
2. Het type kamer waarvoor u kiest;
3. De duur van de opname;
4. De kosten voor apotheek;
5. De honoraria die de artsen en paramedici aanrekenen;
6. De kosten van eventuele bijkomende producten en diensten.

**Hebt u bijkomende vragen over de kosten verbonden aan uw medische behandeling en ziekenhuisverblijf?**

Neem dan in eerste instantie contact op met (*tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst*) of met uw behandelende arts.

U kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

Indien nodig kan u ook contact opnemen met de sociale dienst (*contactgegevens*) en met de ombudsdienst van ons ziekenhuis (*contactgegevens*).

Bijkomende informatie over de kosten verbonden aan uw verblijf en behandeling kan u vinden op (*website*).

In het kader van de wet "rechten van de patiënt" is elke beroepsbeoefenaar gehouden om de patiënt duidelijk te informeren over de beoogde behandeling. Deze informatie heeft ook betrekking op de financiële gevolgen van de behandeling.

**1. Verzekering**

Elke inwoner in België moet zich verplicht aansluiten bij een ziekenfonds. De ziekteverzekering betaalt via het ziekenfonds een deel van uw kosten voor medische behandeling en verblijf in het ziekenhuis. Als patiënt dient u een gedeelte zelf te betalen. Dit is een persoonlijk aandeel, ook remgeld genoemd. Sommige personen hebben onder meer op basis van inkomen en/of gezinssituatie recht op een **verhoogde tegemoetkoming** van het ziekenfonds (ook voorkeurtarief genoemd). Deze personen betalen bij een ziekenhuisopname een lager persoonlijk aandeel dan een gewoon verzekerde. U kan bij uw ziekenfonds navragen of u hierop recht hebt.

Personen die **niet in orde zijn** met hun verplichte ziekteverzekering moeten alle kosten van hun ziekenhuisopname zelf betalen. Die kosten kunnen zeer sterk oplopen. Het is dus van het grootste belang dat uw verplichte ziekteverzekering in orde is. Is er een probleem, dan neemt u best zo snel mogelijk contact op met uw ziekenfonds.

Bepaalde ingrepen (o.a. om **zuiver esthetische** redenen) worden niet door het ziekenfonds terugbetaald. In dit geval moet u alle kosten van uw ziekenhuisopname (medische behandeling en verblijf) volledig zelf betalen, ook als u van de verhoogde tegemoetkoming geniet. U kan terecht bij uw arts of uw ziekenfonds voor informatie over de terugbetaalbaarheid van bepaalde ingrepen.



Indien uw opname het gevolg is van een **arbeidsongeval**, dan moet u dat bij uw opname meedelen. Indien de arbeidsongevallenverzekering het ongeval erkent, zal zij de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis betalen. Bepaalde kosten worden nooit door de arbeidsongevallenverzekering vergoed, bijvoorbeeld de supplementen voor een éénpersoonskamer. Die moet u zelf betalen.

Indien u een **bijkomende hospitalisatieverzekering** heeft, dan kan uw verzekeringsmaatschappij eventueel bijkomend tussenkomen in de kosten van uw ziekenhuisopname. Enkel uw verzekeringsmaatschappij kan u informeren over de kosten die zij al dan niet zullen terugbetalen. Informeer u daarom bij uw verzekeraar.

Indien u zichzelf niet terugvindt in één van de gevallen hierboven beschreven (bijvoorbeeld: patiënt ten laste van een OCMW, patiënt verzekerd in een andere lidstaat van de Europese Unie, ...) neem dan contact op met de sociale dienst van het ziekenhuis om verder informatie te verkrijgen over uw rechten.

## 2. Kamerkeuze

Het type kamer dat u kiest voor uw verblijf in het ziekenhuis is bepalend voor de kostprijs van uw ziekenhuisopname. Deze kamerkeuze heeft geen invloed op de kwaliteit van de zorgverstrekking en ook niet op uw vrije keuze van arts.

Als patiënt kan u kiezen voor:

- een gemeenschappelijk kamer
- een tweepatiëntenkamer
- een individuele kamer

Als u bij een opname met overnachting verblijft in een gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer betaalt u **geen kamersupplementen en geen honorariumsupplementen**.

Als u uitdrukkelijk kiest voor een verblijf in een individuele kamer (en er ook effectief verblijft), mag het ziekenhuis **kamersupplementen** en de artsen **honorariumsupplementen** aanrekenen. Het verblijf in een individuele kamer kost dus meer dan het verblijf in een gemeenschappelijke of een tweepatiëntenkamer.

**Bij de keuze voor een bepaald kamertype verklaart u zich akkoord met de ermee gepaard gaande financiële voorwaarden inzake kamersupplementen en honorariumsupplementen.**

- Indien u buiten uw wil verblijft in een duurder kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarvoor u heeft gekozen (bijvoorbeeld: u kiest een gemeenschappelijke kamer en wegens onbeschikbaarheid krijgt u een individuele kamer, dan gelden de voorwaarden van de gemeenschappelijke kamer).
- Indien u buiten uw wil verblijft in een minder duur kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarin u effectief verblijft (bijvoorbeeld: u kiest een individuele kamer en wegens onbeschikbaarheid krijgt u een gemeenschappelijke kamer, dan gelde de voorwaarden van de gemeenschappelijke kamer, ook als u alleen verblijft op deze gemeenschappelijke kamer).

## 3. Kosten voor verblijf

### 1. Wettelijk persoonlijk aandeel per dag

Ongeacht de kamerkeuze, betaalt u voor uw verblijf en verzorging in het ziekenhuis per dag een wettelijk vastgelegd persoonlijk aandeel.

	Rechthebbende met voorkeurtarief	Kind, persoon ten laste	Langdurig werkloze (alleenstaand of gezinshoofd) en zijn persoon ten laste	Andere rechthebbende
<b>1<sup>ste</sup> dag</b>	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag
<b>Vanaf de 2<sup>de</sup> dag</b>	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag
<b>Vanaf de 91<sup>ste</sup> dag</b>	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag

In ons ziekenhuis bedraagt de verblijfskost xx euro per dag opname. Indien u niet in regel bent met uw ziekenfonds moet u dit volledig zelf betalen.

## **2. Kamersupplement per dag**

Bij een verblijf in een *gemeenschappelijke kamer of tweepatiëntenkamer* is het wettelijk verboden kamersupplementen aan te rekenen.

Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en daar ook effectief verblijft, kan het ziekenhuis u een kamersupplement aanrekenen. Het kamersupplement in ons ziekenhuis bedraagt:

- X euro/dag (dienst x of campus x)
- Y euro/dag (dienst x of campus y)

In de volgende uitzonderlijke situaties is het wettelijk verboden een kamersupplement aan te rekenen aan de patiënt:

- Wanneer uw behandelende arts oordeelt dat een opname in een individuele kamer medisch noodzakelijk is;
- Wanneer u wegens organisatorische redenen in een individuele kamer verblijft omdat het gekozen kamertype niet beschikbaar is;
- Wanneer u opgenomen wordt in of overgebracht naar een eenheid intensieve zorg of de spoedgevallendienst, voor de duur van het verblijf in die eenheid;
- Wanneer een kind wordt opgenomen samen met een begeleidende ouder.

## **4. Kosten voor apotheek**

Deze kosten omvatten de geneesmiddelen, implantaten, prothesen, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen enz.

Ongeacht het kamertype kunnen deze kosten gedeeltelijk of volledig ten laste zijn van de patiënt.

Voor de geneesmiddelen waarvoor de ziekteverzekering tussenkomt betaalt u per dag een vast persoonlijk aandeel ("forfait") van 0,62 euro. Op uw ziekenhuisfactuur is dit bedrag verrekend bij de verblijfskosten. Hierin zijn een groot aantal geneesmiddelen inbegrepen, die niet afzonderlijk worden gefactureerd. U moet dit forfait steeds betalen, ongeacht of en welke geneesmiddelen u werkelijk verbruikt.

De geneesmiddelen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt, zijn niet in dit forfait opgenomen en moet u volledig zelf betalen. Zij worden apart op de factuur vermeld.

De kosten van sommige implantaten, prothesen, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen,... moet u ook gedeeltelijk of volledig zelf betalen. De kostprijs ervan is afhankelijk van het type en van het materiaal waaruit zij vervaardigd zijn. Deze materialen en producten worden door de arts voorgeschreven. U kan bij uw arts terecht voor informatie over de aard en de prijs ervan.

## **5. Kosten voor de honoraria van artsen**

### **1. Wettelijk tarief**

Het officieel of wettelijk tarief, is het honorarium dat de arts mag aanrekenen aan de patiënt. Dit honorarium bestaat uit twee delen:

- het bedrag dat de ziekteverzekering terugbetaalt
- het wettelijk persoonlijk aandeel (= het bedrag dat je als patiënt zelf moet betalen). Soms wordt de volledige prestatie terugbetaald door de ziekteverzekering en is er geen persoonlijk aandeel verschuldigd.

Er bestaan ook prestaties waarvoor er geen tussenkomst van de ziekteverzekering is en waarvoor de arts het honorarium vrij kan bepalen.

### **2. Wettelijk persoonlijk aandeel**

Ongeacht de kamerkeuze, dient u voor uw (para)medische behandeling het wettelijk vastgelegd persoonlijk aandeel te betalen (= remgeld). Het wettelijk vastgelegd persoonlijk aandeel geldt voor alle patiënten die in orde zijn met hun ziekteverzekering. Personen die niet in orde zijn met hun verplichte ziekteverzekering moeten immers alle kosten van hun ziekenhuisopname zelf betalen (zie punt1).

### **3. Honorariumsupplement**

Bovenop het wettelijk tarief kunnen de ziekenhuisartsen ook honorariumsupplementen aanrekenen. Deze honorariumsupplementen zijn volledig ten laste van de patiënt, hiervoor is geen tussenkomst vanuit de ziekteverzekering voorzien.

Indien u tijdens een opname met overnachting verblijft in een *gemeenschappelijke kamer of tweepatiëntenkamer* is het wettelijk verboden honorariumsupplementen aan te rekenen. Het maximum honorariumsupplement dat in ons ziekenhuis aangerekend wordt, is terug te vinden in de opnameverklaring en bedraagt ...%.

Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en er ook effectief verblijft, kunnen alle artsen u honorariumsupplementen aanrekenen.

- Het bedrag dat een arts in ons ziekenhuis mag aanrekenen als honorariumsupplement is maximaal xx % van het wettelijk vastgelegd tarief. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling (anesthesist, chirurg,...) kan een ereloonsupplement aanrekenen.

In de volgende uitzonderlijke situaties is het wettelijk verboden een honorariumsupplement aan te rekenen aan de patiënt:

- Wanneer uw behandelend arts oordeelt dat een opname in een individuele kamer medisch noodzakelijk is;
- Wanneer u in een individuele kamer verblijft omdat het gekozen kamertype wegens organisatorische redenen niet beschikbaar is;
- Wanneer u opgenomen wordt in of overgebracht wordt naar een eenheid intensieve zorg of de spoedgevallendienst, voor de duur van het verblijf in die eenheid.

#### 4. Opname van kind met begeleidende ouder

U kan bij de opname van uw kind samen met een begeleidende ouder ervoor kiezen dat uw kind onder uw begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het wettelijk tarief, zonder kamersupplement en zonder honorariumsupplement.

De opname van uw kind met de begeleidende ouder zal dan gebeuren in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.

Indien u bij de opname van uw kind samen met een begeleidende ouder uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en ook effectief op een individuele kamer verblijft, mag het ziekenhuis u geen kamersupplement aanrekenen. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling kan u eventueel wel een honorariumsupplement aanrekenen.

#### 5. Schematisch overzicht van de supplementen bij een opname met overnachting

	<b>Keuze voor gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer</b>	<b>Keuze voor individuele kamer</b>
<b><u>Kamersupplement</u></b>	<b><u>NEEN</u></b>	<p><b><u>JA</u></b></p> <p>NEEN, indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen;</li> <li>- U gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer en die niet beschikbaar is;</li> <li>- U verblijft op de dienst intensieve zorgen of op de spoedgevallendienst;</li> <li>- Het een opnamen van een kind betreft, samen met een begeleidende ouder.</li> </ul>
		<p><b><u>JA</u></b></p> <p>NEEN, indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen;</li> </ul>

<b>Honorariumsupplement</b>	<b>NEEN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- U gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer en die niet beschikbaar is;</li> <li>- U verblijft op de dienst intensieve zorgen of op de spoedgevallendienst;</li> </ul>
-----------------------------	-------------	---

## 6. Facturatie

**Alle honorariumsupplementen zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis.**

**Betaal deze nooit rechtstreeks aan de arts.**

**Aarzel niet om uw behandelende arts naar informatie te vragen over de honorariumsupplementen die hij toepast.**

## 6. Diverse ander kosten

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis kan u om medische en/of comfortredenen gebruik maken van een aantal producten en diensten (bv. Telefoon, water, internet, enz.). Ook de kosten voor het verblijf (bedlinnen, maaltijden, enz.) van een begeleidend persoon die niet als patiënt is opgenomen en die bij u op de kamer verblijft, zullen als "diverse kosten" aangerekend worden.

Ongeacht het kamertype zijn deze kosten volledig ten uwen laste.

Een lijst met de prijzen van deze producten en diensten ligt ter inzage .... (*exacte plaats in het ziekenhuis in te vullen*) en kan ook geconsulteerd worden op de website van het ziekenhuis.

U krijgt hierna enkele voorbeelden van veel gevraagde diensten en producten:

- kamercomfort: telefoon, ijskast, televisie en internetaansluiting;
- eten en drinken: bijkomende maaltijden, tussendoortje, snacks en dranken;
- hygiënische producten: basistoiletproducten (zeep, tandpasta, eau de cologne, ...) en basistoiletgerief (kam, tandenborstel, scheergerei, papieren zakdoekjes, ...);
- was (persoonlijk wasgoed);
- begeleider: bezetting van een kamer of bed, maaltijden en dranken;
- andere diverse goederen en diensten: andere veel gevraagde goederen (papflessen, spenen, borstpomp, krukken, oordopjes, kleine bureaubenodigheden, ...) en veel gevraagde diensten (manicure, pedicure, kapper, ...),...

## 7. Voorschotten

Het ziekenhuis kan per verblijfsperiode van 7 dagen een voorschot vragen. De hoogte van de voorschotten is wettelijk beperkt.

	<b>Rechthebbende met voorkeurtarief</b>	<b>Kinderen als persoon ten laste</b>	<b>Andere rechthebbende</b>
<b>Gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer</b>	50 euro	75 euro	150 euro
<b>Individuele kamer</b>	X euro	X euro	X euro

Als het ziekenhuis op de hoogte is dat u van het voordeel van de maximumfactuur geniet, mag er enkel een voorschot worden gevraagd voor een verblijf op een individuele kamer en niet voor een verblijf op een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.

## 8. Varia

Alle in dit document vermelde bedragen kunnen geïndexeerd worden en daardoor in de loop van de opname wijzigen.

De bedragen gelden voor patiënten die in regel zijn met hun verplichte ziekteverzekering (zie punt1).

**Hebt u nog vragen over de kosten verbonden aan uw medische behandeling en ziekenhuisverblijf?**

Neem dan in eerste instantie contact op met (*tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst*) of met uw behandelende arts.

U kan ook terecht bij uw ziekenfonds.

Indien nodig kan u ook contact opnemen met de sociale dienst (*contactgegevens*) en met de ombudsdienst van ons ziekenhuis (*contactgegevens*).

Bijkomende informatie over de kosten verbonden aan uw verblijf en behandeling kan u vinden op (*website*).

In het kader van de wet "rechten van de patiënt" is elke beroepsbeoefenaar gehouden om de patiënt duidelijk te informeren over de beoogde behandeling. Deze informatie heeft ook betrekking op de financiële gevolgen van de behandeling.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 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.

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

Bijlage 8. Model volgens welke de gegevens, vermeld in artikel 270, 4°, moeten worden aangeleverd

1. Identificatiegegevens

Naam van het revalidatieziekenhuis: .....

Erkenningsnummer: .....

2. Maandelijks gegevens die elk kwartaal moeten worden doorgegeven:

Maand: .....	G	Sp card pulm	Sp loco	Sp neuro	Sp chron	Sp psycho ger	totaal
2.1. Aantal erkende bedden							
2.2. Aantal gerealiseerde ligdagen							
2.2.1. De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten							
2.2.2. Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten							
2.2.3. Het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten							
2.2.4. De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen							
2.2.5. De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen							
2.2.6. De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering							
2.2.7. De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen							
2.2.8. Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in <a href="#">artikel 20 §1</a>							
2.2.9. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor wat betreft de overzeese sociale zekerheid							
2.2.10. Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers							
2.2.11. zeevarenden							
2.2.12. Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in <a href="#">artikel 23</a>							
2.2.13. Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn							
2.2.14. Algemeen totaal							
2.3. Aantal opnames							
2.3.1. De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten							
2.3.2. Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten							
2.3.3. Het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten							
2.3.4. De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen							
2.3.5. De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen							
2.3.6. De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering							
2.3.7. De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen							
2.3.8. Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in <a href="#">artikel 20 §1</a>							
2.3.9. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor wat betreft de overzeese sociale zekerheid							

2.3.10.	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers						
2.3.11.	zeevarenden						
2.3.12.	Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in <a href="#">artikel 23</a>						
2.3.13.	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn						
2.3.14.	Algemeen totaal						
2.4.	Aantal ontslagen						
2.4.1.	De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten						
2.4.2.	Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten						
2.4.3.	Het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten						
2.4.4.	De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen						
2.4.5.	De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen						
2.4.6.	De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering						
2.4.7.	De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen						
2.4.8.	Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in <a href="#">artikel 20 §1</a>						
2.4.9.	Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, voor wat betreft de overzeese sociale zekerheid						
2.4.10.	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, voor wat betreft de oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers						
2.4.11.	zeevarenden						
2.4.12.	Totaal voor de verzekeringsinstellingen vermeld in <a href="#">artikel 23</a>						
2.4.13.	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn						
2.4.14.	Algemeen totaal						

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 tot vaststelling en vereffening van het budget van de revalidatieziekenhuizen.

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

## Bijlage 9. Erkenningsnummers bedoeld in artikel 191

## 1. Erkenningsnummers bedoeld in artikel 191, §2.

erkenningsnummer	revalidatievoorziening
7.71.011.42	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw
7.71.018.35	Ziekenhuis Inkendaal
7.71.020.33	Revalidatiecentrum NAH
7.71.023.30	Transmuraal Multiple Sclerose Team (TMST - MS Centrum)
7.72.011.12	Tsedek
7.72.020.03	Revalidatiecentrum Inghelburg
7.72.026.94	Revalidatiecentrum Hasselt (Reval-Hasselt)
7.72.027.93	Vzw Validag
7.72.029.91	Psychosociaal revalidatiecentrum TG De Evenaar
7.72.031.89	Vzw Walden (SONAR)
7.72.032.88	Psychosociaal revalidatiecentrum Mirabello
7.72.033.87	Route 11 (psychosociaal revalidatiecentrum Kempen)
7.72.036.84	Centrum voor psychische revalidatie Hedera
7.72.037.83	Psychosociaal revalidatiecentrum De Mare
7.72.038.82	RC De Keerkring
7.72.041.79	Psychosociaal revalidatiecentrum Perron 70
7.72.042.78	Revalidatiecentrum TOV
7.72.043.77	Psychosociaal revalidatiecentrum Pastel
7.72.045.75	Psychosociaal revalidatiecentrum Parcoer
7.73.007.83	Antwerps Drugs Interventie Centrum (ADIC)
7.73.008.82	De Sleutel internaatsafdelingen
7.73.015.75	Dagcentrum De Sleutel Antwerpen-Mechelen-Gent-Brugge
7.73.009.81	Katarsis vzw
7.73.011.79	Kompas vzw (gehospitaliseerden)
	Kompas vzw (ambulant)
7.73.014.76	De Kiem (gehospitaliseerden)



	De Kiem (ambulant)
7.73.020.70	De Spiegel (gehospitaliseerden)
	De Spiegel (ambulant)
7.73.021.69	MSOC voor druggebruikers Gent
7.73.022.68	MSOC Free Clinic vzw
7.73.023.67	MSOC Limburg
7.73.030.60	MSOC Oostende
7.73.032.58	MSOC Vlaams-Brabant
7.73.034.56	Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma van De Sleutel
7.74.003.57	De Appelboom vzw
7.74.004.56	De Dauw vzw
7.74.017.43	Centrum voor Ontwikkelingstherapie (COT)
7.74.051.09	GAUZZ
7.74.503.42	Moeder-babyéénheid PZ Bethaniënhuis
7.74.504.41	Moeder-babyéénheid PZ Sint-Camillus
7.76.502.80	Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren
7.76.702.74	Villa Rozerood vzw
7.76.703.73	Revalidatiecentrum Pulderbos – Respijteenheid Limmerik
9.69.004.26	UZ Leuven Revalidatiecentrum voor slechtzienden - Stadscampus
9.69.006.24	Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave
9.69.008.22	Centrum voor Visuele Revalidatie en Low-Vision UZ Gent
9.69.009.21	Visuele revalidatie en low vision UZ Antwerpen

2. Erkenningsnummers bedoeld in artikel 191, §3

erkenningsnummer	revalidatievoorziening
9.53.015.10	UZ Gent Centrum voor Gehoor- en Spraak revalidatie
9.53.069.53	CAR St.-Lievenspoort
9.53.073.49	Elora Centrum voor Ambulante Revalidatie
9.53.081.41	Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie

9.53.082.40	UZ Gasthuisberg Revalidatiecentrum voor gehoor- en spraakgestoorden
9.53.104.18	Vzw CAR Brussel
9.53.237.79	CAR Ter Kouter vzw
9.53.245.71	CAR Wegwijs vzw
9.53.253.63	CAR Hasselt
9.53.265.51	Antwerps revalidatiecentrum vzw
9.53.334.79	CAR Oostakker
9.53.356.57	CAR Genk
9.53.361.52	Vlaamse Gemeenschapscommissie Revalidatiecentrum De Poolster
9.53.365.48	CAR NOK-centrum
9.53.406.07	Het Veer Revalidatiecentrum vzw
9.53.416.94	CAR Stappie vzw
9.53.421.89	Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA
9.53.464.46	CAR Therapeutisch Zorgpunt N
9.53.467.43	CAR Horizon
9.53.494.16	Centrum voor Spraak- en Taalpathologie
9.53.495.15	CAR Noordhoek (St. Rembert)
9.53.516.91	Centrum voor Ambulante Revalidatie De Klinker
9.53.518.89	Revalidatiecentrum voor Taal- en Ontwikkelingsproblemen
9.53.579.28	CAR De Klinker vzw
9.53.593.14	CAR Vijfhoek
9.53.606.01	CAR Antenne 3000 vzw
9.53.607.97	CAR DAT
9.53.608.96	CAR Medische Sociale Instellingen Midden-Vlaanderen
9.53.991.04	Zeplin CAR Woluwe
9.53.992.03	Revalidatiecentrum Overleie vzw
9.65.062.88	CAR Turnhout
9.65.088.62	Zeplin CAR Lovenjoel
9.65.105.45	CAR De Hert vzw

9.65.181.66	CAR Kapelhof vzw
9.65.182.65	CAR Bolt vzw
9.65.192.55	CAR De Schakel vzw
9.65.244.03	Revalidatiecentrum Noorderkempen
9.65.246.01	CAR 't Vlot
9.65.248.96	CAR Accent vzw
9.65.263.81	CAR De Kindervriend
9.65.264.80	CAR t Veld vzw
9.65.292.52	CAR Buggenhout
9.65.304.40	CAR De Steijger vzw
9.65.415.26	CAR Impuls vzw
9.65.423.18	Waas Revalidatiecentrum vzw
9.65.496.42	Centrum voor Functionele Revalidatie vzw
9.65.572.63	CAR Land van Halle & Asse vzw
9.65.583.52	Revalidatiecentrum Ter Linde vzw
9.65.603.32	Revalidatiecentrum Ter Eecken vzw
9.65.608.27	CAR Zuiderkempen

### 3. Erkenningsnummers bedoeld in artikel 191, §4

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

Gezien om gevoegd te worden bij 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.

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN

## TRADUCTION

## AUTORITE FLAMANDE

[C - 2019/30061]

**7 DECEMBRE 2018. — Arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs**

## LE GOUVERNEMENT FLAMAND,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, article 20, modifié par la loi spéciale du 16 juillet 1993 ;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 136, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 24 décembre 1999 et modifié par les lois des 12 août 2000, 22 août 2002, 10 décembre 2009 et 18 octobre 2013 ;

Vu le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale, article 5, article 6, article 7, modifié par le décret du 8 juin 2018, articles 12 et 14 ;

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, article 92, alinéa 1<sup>er</sup>, article 95, alinéa 2, remplacé par le décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, article 98, alinéa 1<sup>er</sup>, remplacé par le décret précité, article 99, remplacé par le décret précité, article 100, alinéa 2, remplacé par le décret précité, article 105, remplacé par le décret précité, article 108, remplacé par le décret précité, article 110, § 2, remplacé par le décret précité, article 114, remplacé par le décret précité, article 115, alinéas 2 et 5, remplacés par le décret précité, article 116, remplacé par le décret précité, article 120, § 1<sup>er</sup>, remplacé par le décret précité et article 152, § 3 ;

Vu le décret du 20 mars 2009 portant diverses dispositions relatives au domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille, article 29, modifié par le décret du 6 juillet 2018, article 30, modifié par les décrets des 21 juin 2013 et 6 juillet 2018, article 33, modifié par le décret du 19 janvier 2018, et article 34, § 2 ;

Vu le décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale, article 14 ;

Vu le décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, article 3, alinéa 4, article 4, § 2, alinéa 3, articles 6, 8, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 22, article 24, § 1<sup>er</sup>, articles 25, 28, 29, 30, 32, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 61, article 62, alinéa 1<sup>er</sup>, articles 63, 66, 67, 69, article 75, § 2, article 78, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, article 78, § 2, article 79, article 80, alinéa 2, article 81, articles 82, 91, 92... ;

Vu l'arrêté royal du 14 décembre 1987 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire de l'hôpital de la situation financière, des résultats d'exploitation, du rapport du réviseur d'entreprise et de tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement ;

Vu l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques ;

Vu l'arrêté royal du 10 juillet 1990 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à des initiatives d'habitations protégées et aux associations d'institutions et de services psychiatriques ;

Vu l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques ;

Vu l'arrêté royal du 10 décembre 1990 fixant les règles pour la fixation du prix d'hébergement pour les personnes admises dans des maisons de soins psychiatriques ;

Vu l'arrêté royal du 29 septembre 1992 portant exécution de l'article 94, troisième alinéa, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mai 1995 relatif au recouvrement des créances non fiscales pour la Communauté flamande et les organismes qui en relèvent ;

Vu l'arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6<sup>e</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 février 1997 fixant la procédure d'obtention d'une autorisation de planification et d'une autorisation d'exploitation pour les établissements dispensant des soins intra-muros et trans-muros ;

Vu l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation, dans la mesure où il concerne les structures de revalidation ;

Vu l'arrêté royal du 20 septembre 1998 déterminant les règles suivant lesquelles des données statistiques minimales psychiatriques pour les initiatives d'habitation protégée doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ;

Vu l'arrêté royal du 16 juin 1999 fixant le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service ainsi que les règles relatives à la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux comme visé à l'article 35 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ;

Vu l'arrêté royal du 18 juillet 2001 fixant les règles selon lesquelles le budget des moyens financiers, le quota de journées de séjour et le prix de la journée de séjour sont déterminés pour les initiatives d'habitations protégées ;

Vu l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant exécution de l'article 94, alinéa 3, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ;

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ;

Vu l'arrêté royal du 17 décembre 2002 fixant les règles selon lesquelles une partie du prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques est mise à charge de l'État ;

Vu l'arrêté royal du 11 juin 2003 portant exécution, en ce qui concerne les montants que les organismes assureurs doivent liquider en douzièmes en application de la loi coordonnée sur les hôpitaux, des articles 136, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3; 136, § 5, et 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 janvier 2006 concernant la comptabilité et le rapport financier pour les structures dans certains secteurs du domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille ;

Vu l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ;

Vu l'arrêté royal du 12 février 2008 déterminant les règles suivant lesquelles le gestionnaire des hôpitaux doit communiquer au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, l'identité des personnes chargées de la communication des données se rapportant à l'établissement ;

Vu l'arrêté royal du 28 avril 2011 royal fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des patients de moins de 18 ans suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type ;

Vu l'arrêté ministériel du 10 juillet 1990 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de soins psychiatriques ;

Vu l'arrêté ministériel du 10 juillet 1990 fixant le nombre programme pour les maisons de soins psychiatriques ;

Vu l'arrêté ministériel du 12 septembre 1994 déterminant le mode de liquidation de l'intervention de l'État dans le prix de la journée de séjour des initiatives d'habitation protégée ;

Vu l'arrêté ministériel du 14 décembre 1995 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 avril 2014 fixant les procédures pour les structures de soins de santé ;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'accord du Ministre flamand ayant le budget dans ses attributions, donné le 16 juillet 2018 ;

Vu l'avis du Conseil consultatif stratégique de la politique du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille du 30 août 2018 ;

Vu l'avis 91/2018 de l'Autorité de protection des données du 26 septembre 2018 ;

Vu l'avis 64.359/3 du Conseil d'État, donné le 19 novembre 2018, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille ;

Après délibération,

Arrête :

Partie 1<sup>re</sup>. — Dispositions de base communes

*Titre 1<sup>er</sup>. — Définitions*

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans le présent arrêté, on entend par :

1<sup>o</sup> agence : l'Agence des Soins et de la Santé (Agentschap Zorg en Gezondheid), créée par l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé) ;

2<sup>o</sup> instance de gestion : une ou plusieurs personnes qui représentent une initiative d'habitation protégée ou une maison de soins psychiatriques et qui peuvent l'engager juridiquement ;

3<sup>o</sup> budget : le budget visé à l'article 95 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, qui est fixé et liquidé séparément pour chaque hôpital de revalidation ;

4<sup>o</sup> contexte : la famille et les proches qui ont un lien social et affectif avec l'utilisateur des soins ;

5<sup>o</sup> Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités : l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités visé à l'article 49, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités ;

6<sup>o</sup> décret du 6 juillet 2018 : le décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ;

7<sup>o</sup> exercice : la période qui débute le 1<sup>er</sup> janvier d'une année et se termine le 31 décembre de la même année pour les hôpitaux de revalidation ;

8<sup>o</sup> loi coordonnées du 10 juillet 2008 : la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

9<sup>o</sup> soins de rétablissement : les soins orientés rétablissement visés à l'article 54, § 1<sup>er</sup>, alinéas 2 et 3, du décret du 6 juillet 2018.

10<sup>o</sup> centre de frais : un centre de frais tel que visé à l'annexe 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux ;

11<sup>o</sup> fonctionnaire dirigeant : le fonctionnaire dirigeant visé à l'article 12 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé)

12<sup>o</sup> ministre : le ministre flamand qui a la politique de la santé dans ses attributions ;

13<sup>o</sup> arrêté royal du 25 avril 2002 : l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ;

14<sup>o</sup> réseau : le réseau de santé mentale. Il s'agit d'une structure de coopération formalisée qui est responsable d'un domaine d'activité déterminé et est associée aux soins destinés à la sous-population à laquelle s'adresse la structure de coopération et qui facilite et optimise l'offre en santé mentale et les fonctions en collaboration avec des représentants des usagers et leur contexte ;

15<sup>o</sup> partenaires du réseau : les structures de soins, les initiatives de soins ou de soutien volontaires et informels, les partenaires d'autres secteurs du domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille et les partenaires d'autres domaines politiques qui sont ou non agréés ou financés en tant que tels par la Communauté flamande et qui font partie des réseaux de santé mentale ;

16° association de soins palliatifs : une association de soins palliatifs telle que visée par l'arrêté royal du 19 juin 1997 fixant les normes auxquelles une association en matière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée ;

17° structure de soins ou d'aide sociale résidentiels : une structure de soins ou d'aide sociale qui propose un traitement ou des soins et un soutien avec hébergement ;

18° intervention majorée : l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

19° comité consultatif PSF : le comité consultatif de l'Agence pour la protection sociale flamande visé à l'article 17 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;

20° comité consultatif Soins et Santé : le comité consultatif de l'agence visé à l'article 18 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé)

21° jour ouvrable : un jour qui n'est ni un samedi, ni un dimanche ou un jour férié légal ;

22° inspection des soins : l'Inspection des soins visée à l'article 3, § 2, alinéa 3, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 31 mars 2006 concernant le Département de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille, relatif à l'entrée en vigueur de la réglementation créant des agences dans le domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille et modifiant la réglementation concernant ce domaine politique ;

## *Titre 2. — Organisation*

**Art. 2.** Les organismes assureurs exercent les missions qui leur sont confiées conformément au décret du 6 juillet 2018 aux conditions et selon les modalités suivantes :

1° collaboration constructive dans la mise en œuvre, l'amélioration, la promotion, l'optimisation de l'organisation des soins visée dans le décret du 6 juillet 2018 ;

2° concertation constructive pour la mise sur pied de nouvelles initiatives et de nouveaux projets visant à améliorer l'organisation de l'offre de soins ;

3° mise en œuvre et application de processus et procédures administratifs tels qu'ils sont appliqués par l'agence en accord avec les organismes assureurs et en concertation avec les structures si une modification des processus administratifs implique pour eux une adaptation intensive.

**Art. 3.** § 1<sup>er</sup>. La convention visée à l'article 6, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018, est conclue pour une période de trois ans.

§ 2. Les organismes assureurs remplissent les missions qui leur sont confiées conformément au décret du 6 juillet 2018. Dans le cadre de ces missions, ils exécutent les tâches suivantes :

1° payer les interventions aux bénéficiaires, aux transporteurs ou aux structures de soins conformément aux conditions visées aux articles 3 et 4 du décret du 6 juillet 2018 et conformément aux conditions du présent arrêté ;

2° payer les interventions visées au point 1° dans les délais fixés dans le présent arrêté et conformément aux spécifications techniques fixées dans instructions de facturation et comptables ;

3° informer et conseiller leurs affiliés, intervenir en leur faveur et défendre leurs droits ;

4° notifier à l'agence les irrégularités et les abus quant au financement, à la sécurité de l'utilisateur de soins et à la qualité de l'offre de soins ;

5° transmettre à l'agence les informations statistiques demandées au sujet de l'exécution des missions des organismes assureurs visées dans le décret en vue de l'établissement de rapports stratégiques.

§ 3. Les organismes assureurs exécutent les missions et les tâches visées au paragraphe 2 avec efficacité et dans un souci de qualité tout en poursuivant les objectifs ci-après :

1° permettre en premier lieu à la Communauté flamande de garantir la continuité des soins à l'utilisateur de soins visé à l'article 3 du décret du 6 juillet 2018 ;

2° permettre en premier lieu à la Communauté flamande de garantir la continuité du financement des structures de soins ;

3° permettre à la Communauté flamande de mener à ces niveaux une politique propre ;

4° œuvrer à et préparer à court terme une intégration de ces soins dans la protection sociale flamande.

§ 4. L'agence suit en permanence la mesure dans laquelle les objectifs visés au paragraphe 3 sont respectés sur la base des rapports que les organismes assureurs font tant verbalement que par écrit tous les six mois.

Les organismes assureurs transmettent à l'agence selon les modalités arrêtées par convention entre l'agence et les organismes assureurs :

1° sur une base mensuelle, les données relatives à la situation de trésorerie au début du mois, les recettes, les dépenses, le montant disponible à la fin du mois et les prestations et interventions non réglées à payer, ainsi que les récupérations et les notes d'échéance, soit les documents T20(VL). Les autres spécifications techniques sont décrites dans la convention avec les organismes assureurs ;

2° sur une base mensuelle, les données de facturation que les structures de soins transmettent aux organismes assureurs, en ce compris les données relatives à l'éventuelle contribution de l'autorité dans l'intervention forfaitaire supplémentaire pour le bénéficiaire dans les maisons de soins psychiatriques, visée à l'article 69, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018. Il s'agit des documents N(VI). Les autres spécifications techniques sont décrites dans la convention avec les organismes assureurs ;

3° sur une base annuelle, le nombre de patients uniques par structure de soins, par année de prestation, par année de naissance, par sexe, par arrondissement et par type de bénéficiaire de manière anonymisée. Les autres spécifications techniques sont décrites dans la convention avec les organismes assureurs ;

4° sur une base annuelle, les informations nécessaires à la clôture de l'exercice. La clôture définitive a lieu sur la base d'informations transmises annuellement avant le 30 juin de l'année X et relatives à l'année précédente X-1. Il s'agit des documents T3(VL) et T4(VL). Les autres spécifications techniques sont décrites dans la convention avec les organismes assureurs ;

5° sur une base annuelle, un rapport annuel contenant les données suivantes : les comptes annuels, les délais de paiement par secteur, le nombre de dossiers et le montant des récupérations dans le cadre de l'application de l'article 22, alinéa 3, et des articles 26 à 38 du décret du 6 juillet 2018.

La convention avec les organismes assureurs reprend les variables spécifiques, les délais et le mode de transmission.

Les organismes assureurs prennent les mesures nécessaires et prévoient les contrôles internes pour que la qualité des données qu'ils fournissent à l'agence puisse être garantie.

En concertation avec les organismes assureurs et les acteurs concernés, l'agence peut adapter les instructions de facturation et comptables mentionnées dans la convention afin d'apporter des modifications qui s'imposent d'urgence à la suite de l'évolution de la collecte technique et de la transmission des données.

§ 5. L'organisme assureur dispose d'une structure de gestion, d'une organisation administrative et comptable et d'un contrôle interne adaptés à ses activités.

Le contrôle interne visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> porte au moins sur la validité, l'exhaustivité et l'exactitude du traitement des opérations financières dans les documents comptables et les comptes.

§ 6. Les organismes assureurs respectent les obligations comptables visées aux articles 29 et 30 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Les règles d'évaluation sont reprises au chapitre 2, section 2 de l'arrêté royal du 21 octobre 2002 portant exécution de l'article 29, § 1<sup>er</sup> et 5, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

### **Titre 3. — Traitement, échange et valeur probante des données**

#### **CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Traitement et échange de données**

**Art. 4.** § 1<sup>er</sup>. Les organismes assureurs traitent les données à caractère personnel suivantes des bénéficiaires pour leurs missions visées dans le décret du 6 juillet 2018 :

- 1° les nom et prénom ;
- 2° l'âge et le sexe ;
- 3° la nationalité ;
- 4° le numéro de registre national ;
- 5° le domicile et la résidence ;
- 6° la composition du ménage ;
- 7° le revenu du ménage ;
- 8° le statut d'assurance ;
- 9° les données salariales ;
- 10° le statut social ;
- 11° l'attestation de détention ;

12° les données relatives à la santé dans le cadre d'une demande, d'un octroi, d'un paiement et d'une éventuelle récupération d'une intervention telle que visée dans la partie 1re, titre 4, du présent arrêté.

§ 2. Les organismes assureurs transmettent à l'agence et l'Agence Intermutualiste visée à l'article 13, § 7, du décret du 6 juillet 2018 les données pseudonymisées suivantes des bénéficiaires affiliés chez eux sur support magnétique selon la périodicité suivante :

- 1° mensuellement : les soins remboursés ;
- 2° les 30 juin et 31 décembre : les données visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11° et 12° ;

§ 3. Les organismes assureurs conservent les données à caractère personnel traitées par eux pendant trente ans à compter de la désinscription ou pendant cinq ans à compter du décès du bénéficiaire.

**Art. 5.** La Commission des caisses d'assurance soins traite les données à caractère personnel suivantes des bénéficiaires pour ses missions visées dans le décret du 6 juillet 2018 :

- 1° les nom et prénom ;
- 2° l'âge ;
- 3° le sexe ;
- 4° le numéro de registre national ;
- 5° le domicile et la résidence ;
- 6° le statut d'assurance ;
- 7° les données relatives à la santé.

**Art. 6.** La Commission d'experts traite les données à caractère personnel suivantes qui s'inscrivent dans le cadre de la demande de soins à l'étranger ou de soins exceptionnels pour ses missions visées dans le décret du 6 juillet 2018 :

- 1° les nom et prénom ;
- 2° l'âge ;
- 3° le sexe ;
- 4° le numéro de registre national ;
- 5° le domicile et la résidence ;
- 6° le statut d'assurance ;
- 7° les données relatives à la santé des usagers de soins ;

8° les données suivantes des structures de revalidation : l'adresse et le siège social de la structure et le nom et les qualifications des dirigeants.

**Art. 7.** Les structures de soins traitent les données à caractère personnel suivantes des usagers de soins pour leurs missions visées dans le décret du 6 juillet 2018 :

- 1° les nom et prénom ;



- 2° l'âge ;
- 3° le sexe ;
- 4° la nationalité ;
- 5° le numéro de registre national ;
- 6° le domicile et la résidence ;
- 7° le statut d'assurance ;
- 8° les données relatives à la santé.

Outre les données à caractère personnel visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitation protégée traitent également les données à caractère personnel suivantes des usagers de soins :

- 1° le niveau d'enseignement, classé par catégorie principale ;
- 2° l'implication dans le processus de travail, classée par catégorie principale ;
- 3° la nature des revenus, classée par catégorie principale ;
- 4° l'activité professionnelle principale actuelle ou exercée en dernier lieu, classée par catégorie principale.

**Art. 8.** § 1<sup>er</sup>. L'agence traite les données à caractère personnel pseudonymisées des usagers de soins et le nom du coordinateur visées aux annexes 1re et 2. Ces données sont conservées jusqu'à 15 ans après réception.

L'agence traite les données à caractère personnel des membres du personnel visés à l'article 89, à l'article 144, à l'article 153, § 2, 7°, d), f) et g), à l'article 251, § 4, alinéa 1<sup>er</sup>, et § 6, alinéa 3, à l'article 252, alinéa 5, et à l'article 274, alinéa 1<sup>er</sup>. Ces données sont conservées jusqu'à 15 ans après réception.

Les données à caractère personnel issues du dossier des frais de personnel visés à l'article 193, alinéa 3, sont conservées par l'agence jusqu'au moment où l'intervention pour des prestations de revalidation est adaptée conformément à l'article 193, soit jusqu'à un an après la fin de la convention de revalidation.

Les données à caractère personnel issues du dossier des frais de personnel visés à l'article 322, § 2, sont conservées par l'agence jusqu'à un an maximum après la réception d'un dossier des frais de personnel actualisé, soit jusqu'à un an après la fin de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

§ 2. L'agence visée à l'article 13, § 2, est l'Agence pour la protection sociale flamande qui traite les données suivantes pour les missions visées à l'article 13, § 2 :

- 1° les nom et prénom ;
- 2° l'âge ;
- 3° le sexe ;
- 4° le numéro de registre national ;
- 5° le domicile et la résidence ;
- 6° le statut d'assurance ;
- 7° les données relatives à la santé.

Ces données sont anonymes ou, lorsque cela n'est pas possible pour la finalité du traitement, pseudonymisées. Des données à caractère personnel non pseudonymisées ne peuvent être traitées que lorsque des données à caractère personnel anonymes ou pseudonymisées sont insuffisantes pour la finalité du traitement.

Les données à caractère personnel visées à l'article 13, § 2, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018 peuvent être échangées par voie électronique.

Les données à caractère personnel traitées par la Commission des caisses d'assurance soins sont détruites une fois l'avis rendu. Les données à caractère personnel traitées par la Commission d'experts sont conservées pendant une durée de 30 ans suivant les soins dispensés.

L'agence visée à l'article 13, § 3, 1°, du décret du 6 juillet 2018 qui pilote la Commission des caisses d'assurance soins est l'Agence pour la protection sociale flamande. L'agence visée à l'article 13, § 3, 1°, du décret du 6 juillet 2018 qui pilote le fonctionnement de la Commission d'experts est l'agence.

§ 3. Les organismes assureurs transmettent à l'agence, aux fins de l'analyse visée à l'article 13, § 6, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018, les données statistiques suivantes des bénéficiaires : l'âge, le sexe, la nationalité, le domicile et la résidence, la composition du ménage, le revenu du ménage, le statut d'assurance, les données salariales, le statut social et les données relatives à la santé.

Les structures de soins transmettent à l'agence, aux fins de l'analyse visée à l'article 13, § 6, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018, les données des usagers de soins visées aux annexes 1re et 2, jointes au présent arrêté, ainsi que les données statistiques suivantes des membres du personnel : l'âge, le domicile et la résidence.

La Commission d'experts transmet à l'agence, aux fins de l'analyse visée à l'article 13, § 6, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018, les données statistiques suivantes des usagers de soins : l'âge, le sexe, le domicile et la résidence, le statut d'assurance et les données relatives à la santé.

La Commission des caisses d'assurance soins transmet à l'Agence pour la protection sociale flamande, aux fins de l'analyse visée à l'article 13, § 6, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018, les données statistiques suivantes des bénéficiaires : l'âge, le sexe, le domicile et la résidence, le statut d'assurance et les données relatives à la santé.

À la demande de l'Agence pour la protection sociale flamande, les données statistiques visées au présent article sont transmises par voie électronique dans les trois mois. Dans sa demande, l'Agence pour la protection sociale flamande précise le but de la recherche.

#### CHAPITRE 2. — Valeur probante des documents électroniques

**Art. 9.** Les documents électroniques rédigés, conformément aux articles 10 à 13 du présent arrêté et conformément à l'arrêté ministériel visé aux articles 10 et 12 du présent arrêté, par catégorie de structure de soins visée à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018 peuvent remplacer leur équivalent papier.

L'échange des données, visé dans l'arrêté ministériel précité, au sein de la structure de soins, entre structures de soins ou au sein de l'organisme assureur n'est pas couvert par le présent chapitre.

**Art. 10.** § 1<sup>er</sup>. L'échange électronique de données entre les structures de soins et les organismes assureurs s'effectue conformément à l'article 36/1 de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.

Les systèmes informatiques utilisés par la structure de soins et les organismes assureurs veillent à une sauvegarde systématique et complète des données échangées. En outre, les données d'identité de la personne responsable de l'envoi ainsi que de l'expéditeur, les données complètes de date et heure et les rapports de défaillances éventuelles constatées pendant le traitement doivent être enregistrés.

§ 2. Le ministre peut préciser les modalités techniques de la procédure de transmission électroniques de données entre les structures de soins et les organismes assureurs.

**Art. 11.** La liste de contrôle pour documenter les différentes exigences à remplir par les systèmes informatiques de la structure de soins ou de son mandataire est complétée et tenue à disposition en cas d'audit de la procédure d'archivage au sein de la structure de soins ou de l'organisme assureur.

**Art. 12.** Les données des structures de soins n'ont valeur probante que si le logiciel utilisé a été approuvé par MyCareNet sur la base d'une série de critères tels que la performance et la sécurité prescrits par le « MyCareNet vademecum ».

Le ministre peut arrêter d'autres modalités.

**Art. 13.** L'Inspection des soins et l'agence veillent, dans leurs sphères de compétences respectives, à ce que les dispositions du présent chapitre soient respectées. Sans préjudice de leurs compétences spécifiques propres, les offices de contrôle signalent les irrégularités ou manquements éventuels à titre d'information à la commission consultative sectorielle respective.

#### *Titre 4. — Interventions*

##### *CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Procédure de demande d'interventions*

**Art. 14.** Sans préjudice de l'application de dispositions contraires dans le présent arrêté, le présent chapitre détermine la procédure de demande d'intervention.

**Art. 15.** § 1<sup>er</sup>. La structure de soins à laquelle l'utilisateur de soins s'adresse introduit la demande d'intervention pour des soins auprès de l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est inscrit ou affilié.

La structure de soins introduit la demande par envoi recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date d'introduction avec certitude.

La structure de soins introduit la demande d'intervention au moyen d'un formulaire dont l'agence peut déterminer le modèle.

La demande est recevable dès que la structure de soins a transmis toutes les informations requises conformément au formulaire de demande.

Toute demande est adressée directement à un point de contact central déterminé par l'organisme assureur concerné. Par dérogation à cette règle, l'organisme assureur peut désigner un point de contact unique par hôpital de revalidation ou par hôpital pour la demande d'intervention pour les hôpitaux de revalidation ou les hôpitaux.

§ 2. L'organisme assureur est chargé de contrôler le statut d'assurance de l'utilisateur de soins en tant que bénéficiaire tel que visé à l'article 2, 13<sup>o</sup>, du décret du 6 juillet 2018 et les conditions de remboursement des soins visés par la demande d'intervention et réclame, au besoin, les informations manquantes.

§ 3. Après l'exécution du contrôle visé au paragraphe 2, l'organisme assureur transmet, au plus tard dans les quinze jours ouvrables de la réception de la demande et dans les cas définis par le ministre, la demande d'intervention pour des soins à la Commission des caisses d'assurance soins pour contrôle. En ce qui concerne les initiatives d'habitation protégée et les maisons de soins psychiatriques, les demandes sont transmises uniquement à la Commission des caisses d'assurance soins en vue d'un éventuel contrôle a posteriori.

Dans les vingt jours ouvrables de la réception de la demande, la Commission des caisses d'assurance soins transmet un avis conforme à l'organisme assureur.

La Commission des caisses d'assurance soins peut demander à l'organisme assureur, dans le délai visé à l'alinéa 2, de réclamer les informations manquantes auprès de la structure de soins qui a introduit la demande si elle le juge nécessaire dans le cadre de sa mission de contrôle et d'avis. Lorsque la Commission des caisses d'assurance soins réclame des informations manquantes, le délai visé à l'alinéa 2 est suspendu. Ce délai continue à courir à partir du jour ouvrable qui suit la réception des informations manquantes.

Le ministre peut préciser ce qu'il faut entendre par 'informations manquantes'.

**Art. 16.** La Commission des caisses d'assurance soins effectue, à l'instigation de l'Agence pour la protection sociale flamande, des contrôles de la conformité des soins dispensés. Aux fins de ces contrôles, la Commission des caisses d'assurance soins peut demander les données visées à l'article 8, § 2, auprès de l'utilisateur de soins, des organismes assureurs, des structures de soins et des transporteurs. L'utilisateur de soins, les organismes assureurs, les structures de soins et les transporteurs transmettent ces informations à la Commission des caisses d'assurance soins.

La Commission des caisses d'assurance soins rend compte à l'Agence pour la protection sociale flamande des contrôles aléatoires et a posteriori qu'elle a effectués. Le ministre peut en arrêter les modalités.

La Commission des caisses d'assurance soins rend compte à l'organisme assureur des contrôles a priori qu'elle a effectués. Le ministre peut en arrêter les modalités.

**Art. 17.** § 1<sup>er</sup>. À chaque admission d'un usager de soins à l'hôpital de revalidation, celui-ci envoie dans les trois jours ouvrables qui suivent celui de l'admission une notification à l'organisme assureur via MyCareNet.

Si l'hospitalisation dure plus de quinze jours, l'hôpital de revalidation envoie, au plus tard le quinzième jour de l'hospitalisation, une demande de prolongation de l'hospitalisation à l'organisme assureur via MyCareNet.

Chaque fois que l'hospitalisation dure plus longtemps que la période fixée par l'organisme assureur, l'hôpital de revalidation introduit une nouvelle demande de prolongation de l'hospitalisation auprès de l'organisme assureur au plus tard le dernier jour de cette période.

§ 2. L'initiative d'habitation protégée introduit la notification de démarrage d'accompagnement au moyen d'un formulaire dont l'agence peut déterminer le modèle dans les trente jours qui suivent le démarrage de l'accompagnement.

§ 3. Pour chaque usager de soins admis dans une maison de soins psychiatriques, celle-ci introduit la demande d'intervention pour des soins et d'intervention forfaitaire supplémentaire dans les sept jours qui suivent celui de l'admission.

Cette demande est accompagnée des deux certificats suivants :

1° un certificat médical établi par le médecin traitant et attestant que l'usager de soins remplit les critères visés à l'article 54 du décret du 6 juillet 2018 ;

2° un certificat d'une maison de soins psychiatriques attestant qu'elle se charge des soins de l'usager de soins.

Le cas échéant, la maison de soins psychiatriques peut solliciter une prolongation au moyen d'un formulaire dont l'agence peut déterminer le modèle.

La demande et la demande de prolongation sont introduites au moyen d'un formulaire dont l'agence peut déterminer le modèle.

§ 4. Pour les équipes d'accompagnement multidisciplinaires, aucune demande préalable ou notification n'est requise.

#### CHAPITRE 2. — Procédure d'octroi d'interventions

**Art. 18.** § 1<sup>er</sup>. Si la demande est soumise à l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins conformément à l'article 24 du décret du 6 juillet 2018 et à l'article 15, § 3, du présent arrêté, l'organisme assureur décide, dans les quinze jours ouvrables suivant l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins, de l'approbation totale ou partielle ou du refus de l'intervention demandée en tenant compte du résultat du contrôle visé à l'article 16 du présent arrêté.

Si la Commission des caisses d'assurance soins ne rend pas d'avis conforme dans les vingt jours ouvrables de la réception de la demande, l'avis est réputé unanimement favorable.

L'organisme assureur prend une décision dans le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> et la communique à la structure de soins et à l'usager de soins dans le délai visé au paragraphe 4.

Si la Commission des caisses d'assurance soins rend un avis conforme défavorable après le délai visé à l'alinéa 2, l'organisme assureur prend une nouvelle décision dans le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> et la communique à la structure de soins et à l'usager de soins dans le délai visé au paragraphe 4. Cette nouvelle décision s'applique à compter du dixième jour ouvrable suivant sa notification recommandée.

§ 2. Si la demande n'est pas soumise à l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins conformément à l'article 24 du décret du 6 juillet 2018 et à l'article 15, § 3, du présent arrêté, l'organisme assureur prend une décision dans les quinze jours ouvrables suivant l'introduction de la demande. Il s'agit de la procédure simplifiée.

§ 3. Le délai de décision de l'organisme assureur visé aux paragraphes 1<sup>er</sup> et 2 est suspendu si l'organisme assureur réclame des informations manquantes comme mentionné à l'article 15, § 2, du présent arrêté. Le délai de décision commence à nouveau à courir le jour ouvrable qui suit celui de la réception des informations manquantes.

§ 4. L'organisme assureur informe la structure de soins et l'usager de soins, dans les quinze jours ouvrables qui suivent soit celui de la réception de l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins, soit celui de la réception de la demande, de la décision au sujet de l'intervention, le cas échéant, du motif du refus et des possibilités de recours et délais dans lesquels le recours contre la décision doit être formé. Une décision défavorable est signifiée par envoi recommandé.

§ 5. Les paragraphes 1<sup>er</sup> à 4 ne s'appliquent pas aux hôpitaux de revalidation ni aux équipes d'accompagnement multidisciplinaires.

**Art. 19.** Afin de pouvoir continuer de prétendre à une intervention, la structure de soins communique immédiatement à l'organisme assureur toute modification de la situation ou des soins ayant une incidence sur l'intervention.

Le ministre peut déterminer les règles de la communication d'informations visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

#### CHAPITRE 3. — Relations financières

##### Section 1<sup>re</sup>. — Relations financières entre l'autorité flamande et les organismes assureurs

**Art. 20.** L'agence taxe, pour chaque année calendrier, le montant total des crédits visés à l'article 8, 5°, du décret du 6 juillet 2018 pour l'année calendrier suivante pour l'ensemble des secteurs visés à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret précité. Ce montant total de crédits est l'avance sur les interventions dans les soins fournies durant l'année calendrier en question que l'agence a payée aux organismes assureurs.

Pour l'ensemble des secteurs à l'exception du secteur des hôpitaux de revalidation, le montant total de crédits est fixé pour chaque année calendrier sur la base des dépenses des années calendrier précédant l'année calendrier en cours. Le montant total de crédits est payé en mensualités.

Pour le secteur des hôpitaux de revalidation, le montant de crédits est déterminé par mois et par organisme assureur conformément à l'article 261.

**Art. 21.** Les organismes assureurs vérifient, sur une base trimestrielle et mensuelle, si les crédits payés suffisent à remplir les obligations de paiement découlant du décret du 6 juillet 2018.

##### Section 2. — Relations financières entre les organismes assureurs et les structures de soins

###### Sous-section 1<sup>re</sup>. — Engagement de paiement et paiement

**Art. 22.** § 1<sup>er</sup>. L'organisme assureur est chargé du paiement :

1° des interventions visées aux articles 119, 120, 155, 156, 191, 194, 196, 262, 324 et 327 ;

2° de la partie fixe du budget des hôpitaux de revalidation, conformément à l'article 261.

L'organisme assureur paie l'intervention visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, directement à la structure de soins.

L'organisme assureur paie l'intervention visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, au plus tard deux mois après réception de la facture. En cas de paiement tardif, l'organisme assureur est redevable sur simple demande d'un intérêt de retard au taux légal en matière civile à la date de l'expiration du délai de paiement. Ces intérêts de retard courent à partir du premier jour suivant l'expiration du délai de paiement.

L'organisme assureur paie la partie fixe du budget des hôpitaux de revalidation visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, au plus tard le cinquième jour de chaque mois.

Le ministre peut fixer les modalités de ce paiement.

§ 2. Après avoir contrôlé le statut d'assurance de l'usager de soins, l'organisme assureur envoie, pour les hôpitaux de revalidation, dans les trois jours suivant la réception de la notification d'admission ou de sa prolongation, via MyCareNet à l'hôpital de revalidation soit l'engagement de paiement ainsi que l'avis indiquant si le plafond du maximum à facturer a été atteint pour l'année calendrier durant laquelle les soins sont dispensés, soit son refus de délivrer l'engagement de paiement.

La communication de l'engagement de paiement ou du refus s'applique à compter du début de l'admission à l'hôpital de revalidation.

Si l'hôpital de revalidation respecte les formes et délais visés à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, l'engagement de paiement est considéré comme étant acquis si l'organisme assureur ne remplit pas les formalités visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> dans le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

En cas de retard répétitif, dans le chef de l'hôpital de revalidation, de la notification des soins, l'organisme assureur l'en informe par envoi recommandé. Si l'hôpital de revalidation n'a pris, dans les trente jours, aucune mesure afin d'envoyer la notification dans les délais, l'organisme assureur est autorisé, pour chaque envoi tardif, à refuser l'intervention correspondant aux jours de retard.

L'hôpital de revalidation ne peut pas répercuter le refus visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> sur l'usager de soins.

Lorsqu'un usager de soins sort de l'hôpital de revalidation, celui-ci envoie une notification de fin de soins via MyCareNet à l'organisme assureur dans les deux jours ouvrables qui suivent le dernier jour de soins. La communication du rapport médical justifiant les soins doit être faite dans les trente jours suivant la sortie.

À chaque prolongation, un rapport médical est transmis à l'organisme assureur. Ce rapport est soumis pour avis conforme à la Commission des caisses d'assurance soins dans les cas définis par le ministre.

Le prix par journée d'hospitalisation visé à l'article 262 est dû pour chaque journée d'hospitalisation qui comporte au moins une nuit. En d'autres termes, une admission qui débute avant minuit et prend fin après huit heures le jour suivant.

Le jour de l'admission et le jour de la sortie sont considérés ensemble comme une journée d'hospitalisation sauf si le bénéficiaire est admis avant 12 heures le jour de l'admission et quitte après 14 heures le jour de sa sortie de l'hôpital.

Dans les cas autres que ceux visés à l'alinéa précédent, les journées d'hospitalisation du bénéficiaire sont comptabilisées comme suit :

1° en cas d'admission avant 12 heures le jour de l'admission et de départ avant 14 heures le jour de sa sortie : comptabilisation du jour de l'admission ;

2° en cas d'admission après 12 heures le jour de l'admission, quelle que soit l'heure de départ le jour de la sortie : comptabilisation du jour de la sortie.

Si le bénéficiaire décède le jour même de son admission, le paiement d'une journée d'hospitalisation est dû.

En cas de congé du bénéficiaire, le jour de départ ne peut être porté en compte que si le bénéficiaire quitte l'établissement hospitalier après 14 heures et le jour du retour ne peut être porté en compte que si le bénéficiaire regagne l'établissement hospitalier avant 12 heures.

§ 3. En cas d'approbation de la demande d'admission dans une maison de soins psychiatriques, l'organisme assureur fixe la période pour laquelle les interventions sont accordées. Cette période prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande a été introduite dans les sept jours qui suivent celui de l'admission. Le cas échéant, la maison de soins psychiatriques précitée peut solliciter une prolongation de cette période au moyen d'un formulaire dont l'agence a déterminé le modèle.

La maison de soins psychiatriques informe l'organisme assureur de la sortie de l'usager de soins au moyen d'un formulaire dont l'agence a déterminé le modèle.

Les maisons de soins psychiatriques facturent à l'usager de soins le prix d'hébergement pour chaque journée de soins orientés rétablissement qui comporte au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui débute avant minuit et prend fin après huit heures le jour suivant.

§ 4. L'initiative d'habitation protégée informe l'organisme assureur de la sortie de l'usager de soins au moyen d'un formulaire dont l'agence a déterminé le modèle.

**Art. 23.** § 1<sup>er</sup>. Les maisons de soins psychiatriques peuvent facturer aux organismes assureurs le prix d'hébergement durant les jours de congé individuel visés à l'article 80 jusqu'à 48 jours de congé maximum par année calendrier par usager de soins bénéficiaire à raison de quatre jours par mois calendrier d'admission entamé.

Pour les jours de congé individuel :

1° une cotisation personnelle dans le prix d'hébergement peut être facturée à l'usager de soins, diminuée de 6,20 euros ;

2° l'intervention dans le prix d'hébergement peut être facturée aux organismes assureurs.

§ 2. Pour les jours de congé collectif visés à l'article 80, la maison de soins psychiatriques peut facturer le prix d'hébergement.

§ 3. Lors de l'introduction de la facturation, la maison de soins psychiatriques informe l'organisme assureur de tous les jours de congé pris par l'usager de soins et enregistre par usager de soins les données suivantes :

1° le nombre de jours de congé pris ;

2° par jour de congé : s'il a été remboursé ou non ;

3° pour chaque séjour de vacances collectif : l'endroit où a eu lieu le congé.

Les congés sont réputés ne pas interrompre l'admission.

## Sous-section 2. — Facturation des soins

**Art. 24.** § 1<sup>er</sup>. Le responsable de la structure de soins valide les factures et les envoie par voie électronique, via MyCareNet, aux organismes assureurs. Dans l'attente de la facturation électronique via MyCareNet, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée, les structures de revalidation et les équipes d'accompagnement multidisciplinaires peuvent transmettre les factures sur support magnétique ou papier.

La structure de soins joint aux factures, par usager de soins et par organisme assureur, les notes de frais individuelles pour les soins dispensés.

Les factures et notes de frais individuelles sont établies conformément aux modèles et aux instructions de facturation définis par l'agence.

En ce qui concerne les hôpitaux de revalidation et les structures de revalidation établies dans les hôpitaux ou dans les hôpitaux de revalidation, ces facturations peuvent être isolées des facturations dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

§ 2. Si les factures et notes de frais individuelles sont introduites via MyCareNet, elles satisfont aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité selon les règles de protection de la vie privée en vigueur.

§ 3. Les structures de soins transmettent les factures et notes de frais individuelles mensuellement par organisme assureur et au plus tard jusqu'à 24 mois suivant la période ou le dernier jour de prestation des soins, sauf disposition contraire reprise dans la convention avec la structure de soins. Un envoi recommandé interrompt le délai de prescription précité.

En ce qui concerne les équipes d'accompagnement multidisciplinaires, les factures sont transmises au plus tard jusqu'à deux mois suivant le décès du bénéficiaire. En attendant l'intégration dans MyCareNet, les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitation protégée peuvent facturer trimestriellement.

§ 4. Si les factures telles que visées au dernier alinéa du paragraphe 3 sont introduites trimestriellement, au plus tard le vingtième jour du premier mois suivant le trimestre calendrier auquel elles se rapportent, l'organisme assureur peut verser à la structure de soins une somme égale à la moitié du montant de la facture trimestrielle précitée. Cela n'est possible que si l'organisme assureur introduit au plus tard le quinze du deuxième mois du trimestre précité une note provisoire tenant lieu de note d'échéance. L'organisme assureur paie la somme au plus tard le premier jour du troisième mois du trimestre calendrier considéré. La somme payée est déduite du montant de la facture suivante.

## Section 3. — Relations financières entre la structure de soins et le bénéficiaire

**Art. 25.** La contribution du bénéficiaire dans l'intervention est mentionnée sur la facture. La facture répartit la contribution du bénéficiaire sur les différentes sous-parties.

## Section 4. — Relations financières entre l'agence assureurs et les structures de soins

**Art. 26.** L'agence paie aux structures de soins l'intervention financière dans le cadre des accords sociaux conclus et la compensation du préjudice financier d'octrois tardifs.

## CHAPITRE 4. — Octroi provisoire d'interventions

**Art. 27.** En attendant que le dommage soit effectivement réparé comme visé à l'article 22, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018, les organismes assureurs accordent les interventions dans les soins visées dans le décret du 6 juillet 2018. La condition en est que les organismes assureurs recourent à tous moyens pour récupérer l'intervention si l'usager de soins est indemnisé en vertu d'une autre législation belge ou étrangère.

## CHAPITRE 5. — Cumul d'interventions

Section 1<sup>re</sup>. — Cumul d'interventions dans les limites des compétences de la Communauté flamandeSous-section 1<sup>re</sup>. — Interdictions de cumul d'interventions suivant le lieu

**Art. 28.** Une intervention pour un séjour dans un hôpital de revalidation ne peut pas être cumulée avec :

- 1° une intervention pour un séjour dans un autre hôpital de revalidation durant la même période ;
- 2° une intervention pour un séjour dans une structure de revalidation durant la même période, à moins que cette structure de revalidation ne soit en même temps un hôpital de revalidation ;
- 3° une intervention pour l'utilisation d'une structure de revalidation à moins que cette structure de revalidation ne soit utilisée en dehors de la période du séjour à l'hôpital de revalidation ;
- 4° une intervention pour l'utilisation d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire si l'utilisation couvre la même période ;
- 5° une intervention pour l'utilisation d'un centre de soins résidentiels, d'un centre de soins de jour ou d'un centre de court séjour ou pour un séjour dans ceux-ci durant la même période ;
- 6° une intervention pour un séjour dans une maison de soins psychiatriques durant la même période.

**Art. 29.** Sans préjudice de l'application des autres articles de la présente sous-section, une intervention pour le séjour dans une structure de revalidation ne peut pas être cumulée avec :

- 1° une intervention pour un séjour dans une maison de soins psychiatriques durant la même période ;
- 2° une intervention pour l'utilisation d'une autre structure de revalidation ou pour un séjour dans celle-ci durant la même période, à moins que cette utilisation de ces deux structures de revalidation ou ce séjour dans celles-ci n'ait pas lieu le même jour ;
- 3° une intervention pour l'utilisation d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

**Art. 30.** Sans préjudice de l'application des autres articles de la présente sous-section, une intervention pour le séjour dans une maison de soins psychiatriques ne peut pas être cumulée avec :

- 1° une intervention pour un séjour dans une maison de soins psychiatriques durant la même période ;
- 2° une intervention pour un accompagnement dans une autre initiative d'habitation protégée durant la même période ;
- 3° une intervention pour l'utilisation d'un centre de soins résidentiels, d'un centre de soins de jour ou d'un centre de court séjour ou pour un séjour dans ceux-ci durant la même période.

**Art. 31.** Sans préjudice de l'application des autres articles de la présente sous-section, une intervention pour un accompagnement dans une initiative d'habitation protégée ne peut pas être cumulée avec une intervention pour un accompagnement dans une autre initiative d'habitation protégée ou dans une maison de soins psychiatriques durant la même période, sauf stipulation contraire. Le ministre fixe les modalités à cet effet.

**Art. 32.** Sans préjudice de l'application des autres articles de la présente sous-section, une intervention pour l'utilisation d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut pas être cumulée avec une intervention pour l'utilisation d'une autre équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

Sous-section 2. — Interdictions de cumul d'interventions suivant le contenu

**Art. 33.** Une intervention pour une prestation de revalidation ambulatoire dans une structure de revalidation ne peut pas être cumulée avec une intervention pour une prestation de revalidation ambulatoire dans une autre structure de revalidation le même jour.

**Art. 34.** Une intervention pour frais de déplacement tels que visés à l'article 18 du décret du 6 juillet 2018 ne peut pas être cumulée avec :

- 1° une intervention pour un séjour dans un hôpital de revalidation ;
- 2° une intervention pour un séjour dans une structure de revalidation ;
- 3° une intervention pour un séjour dans une maison de soins psychiatriques ;
- 4° une intervention pour un séjour dans un centre de soins résidentiels, un centre de court séjour ou un centre de soins de jour.

Sous-section 3. — Interdictions de cumul d'interventions suivant la convention de revalidation

**Art. 35.** Sans préjudice de l'application des autres articles de la présente section, une intervention pour une prestation de revalidation dans une structure de revalidation ne peut pas être cumulée avec une autre intervention pour une prestation de revalidation dans une structure de revalidation si cette interdiction de cumul a été définie dans une convention de revalidation.

Sous-section 4. — Disposition commune

**Art. 36.** Le ministre peut déterminer les modalités pour les cas où il peut être dérogé à une interdiction de cumul d'interventions telle que visée dans la présente section.

*Section 2. — Cumul d'interventions dans les limites des compétences de la Communauté flamande et de prestations dans le cadre de l'assurance maladie fédérale*

Sous-section 1<sup>re</sup>. — Interdictions de cumul d'interventions et de prestations suivant le lieu

**Art. 37.** Une intervention pour un séjour dans un hôpital de revalidation, une intervention pour l'utilisation d'une structure de revalidation ou pour un séjour dans celle-ci, une intervention pour un séjour dans une maison de soins psychiatriques, un accompagnement dans une initiative d'habitation protégée ou une intervention pour un accompagnement par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peuvent être cumulés avec une indemnité pour hospitalisation d'au moins une nuitée sur la base de l'assurance maladie-invalidité fédérale si l'utilisation ou le séjour a lieu le même jour, à moins que l'utilisation ou le séjour ne se situe en dehors de la période du séjour à l'hôpital ou à moins que l'hôpital ne soit une structure de revalidation.

Sous-section 2. — Interdictions de cumul d'interventions et de prestations suivant le contenu

**Art. 38.** Une intervention pour une prestation de revalidation ne peut pas être cumulée avec les interventions monodisciplinaires suivantes fournies au cours de la même période :

- 1° une intervention pour une prestation telle que visée à l'article 36 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- 2° une intervention pour une prestation telle que visée à la section 3, article 7, de l'annexe à l'arrêté royal précité, à moins qu'il ne s'agisse d'une affection différente de celle pour laquelle la prestation de revalidation est dispensée ;
- 3° une intervention pour une prestation telle que visée à la section 10, article 22, de l'annexe à l'arrêté royal précité, lors d'une intervention pour l'utilisation d'un centre de soins résidentiels, d'un centre de soins de jour ou d'un centre de court séjour ou pour un séjour dans ceux-ci durant la même période, à moins qu'il ne s'agisse d'une affection différente de celle pour laquelle la prestation de revalidation est dispensée ;
- 4° une intervention pour des prestations d'ergothérapie, à l'exception des prestations dispensées durant ou après la procédure de sortie dans les structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par les numéros 7.76.5 et 7.71, ou des prestations de psychothérapie.

Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut pas porter en compte l'indemnité forfaitaire unique visée à l'article 324 ou le forfait réduit visé à l'article 327 pour une intervention si le médecin traitant de la personne palliative, qui fait partie de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, a lui-même déjà demandé un remboursement pour cette prestation conformément aux conditions de la nomenclature des prestations de santé, reprise en annexe à l'arrêté royal précité.

CHAPITRE 6. — Récupération des interventions payées indûment

*Section 1<sup>re</sup>. — Récupération d'interventions payées indûment à l'usager de soins*

**Art. 39.** L'organisme assureur communique à l'usager de soins, par envoi recommandé, sa décision de récupérer l'intervention payée indûment.

L'envoi recommandé mentionne la faculté pour l'usager de soins d'introduire un recours contre la récupération auprès du tribunal du travail.

Le ministre peut déterminer les autres mentions que doit contenir la décision visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 40.** Pour rembourser les interventions payées indûment, l'usager de soins peut solliciter un plan d'apurement auprès de l'organisme assureur.

L'organisme assureur statue sur ce plan d'apurement. L'organisme assureur transmet à l'usager de soins un plan d'apurement adapté ou non ou l'informe que le plan d'apurement ne peut pas être accepté.

Si l'usager de soins vient à décéder pendant l'exécution du plan d'apurement, la récupération n'est pas poursuivie, sauf en cas de fraude ou de dol.

**Art. 41.** L'intervention payée indûment est recouvrée par voie de contrainte dans les cas suivants :

1° à défaut de plan d'apurement, l'usager de soins n'a pas remboursé le montant des interventions payées indûment dans les trois mois de l'expédition de l'envoi recommandé visé à l'article 39, alinéa 1<sup>er</sup> ;

2° l'usager de soins ne suit pas le plan d'apurement.

L'organisme assureur transmet au Service flamand des Impôts les données de l'usager de soins auprès duquel les interventions payées indûment doivent être recouvrées par voie de contrainte via l'agence.

**Art. 42.** L'usager de soins peut former recours auprès du tribunal du travail contre la décision de récupération de l'organisme assureur dans les trois mois de la réception de la décision de l'organisme assureur visée à l'article 39.

Le recours auprès du tribunal du travail suspend la récupération de l'intervention jusqu'à ce qu'une décision judiciaire définitive soit intervenue.

*Section 2. — Récupération d'interventions payées indûment à la structure de soins ou au transporteur*

**Art. 43.** La structure de soins ou le transporteur qui a reçu indûment une intervention est tenu d'en rembourser la valeur. Conformément à l'article 35 du décret du 6 juillet 2018, la valeur est, si possible, portée en déduction d'interventions futures payées à la structure de soins ou au transporteur.

Si une personne physique ou une personne morale a perçu les interventions pour compte propre, elle est solidairement responsable, avec la structure de soins ou le transporteur, de leur remboursement.

**Art. 44.** L'organisme assureur communique sa décision de récupérer l'intervention payée indûment auprès de la structure de soins ou du transporteur ou de la déduire par un envoi recommandé adressé à la structure de soins ou au transporteur.

L'envoi recommandé par lequel la décision est communiquée précise :

1° le montant de l'intervention payée indûment et le motif pour lequel elle est indue ;

2° que les interventions payées indûment seront déduites d'interventions futures ;

3° la possibilité pour la structure de soins ou le transporteur d'introduire auprès du tribunal du travail un recours contre la récupération ou la déduction.

Le ministre peut déterminer les autres mentions que doit contenir la décision visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 45.** La structure de soins ou le transporteur peut solliciter un plan d'apurement auprès de l'organisme assureur pour rembourser les interventions payées indûment.

L'organisme assureur statue sur ce plan d'apurement. L'organisme assureur transmet à la structure de soins ou au transporteur un plan d'apurement adapté ou non ou l'informe que le plan d'apurement ne peut pas être accepté.

**Art. 46.** L'intervention payée indûment est recouvrée par voie de contrainte dans les cas suivants :

1° il n'y a pas de plan d'apurement ou ce de plan d'apurement n'est pas respecté ou la structure de soins ou le transporteur n'a pas remboursé le montant des interventions payées indûment dans les trois mois de l'expédition de l'envoi recommandé visé à l'article 44, alinéa 1<sup>er</sup> ;

2° l'organisme assureur ne peut déduire les interventions payées indûment d'interventions futures pour la structure de soins ou le transporteur.

**Art. 47.** La structure de soins ou le transporteur peut former recours auprès du tribunal du travail contre la décision de l'organisme assureur de récupérer ou de déduire l'intervention dans les trois mois de la réception par la structure de soins ou le transporteur de la décision de l'organisme assureur visée à l'article 44.

Le recours auprès du tribunal du travail suspend la décision de récupérer ou de déduire l'intervention jusqu'à ce qu'une décision judiciaire définitive soit intervenue.

*Section 3. — Dispositions communes pour la récupération*

**Art. 48.** L'organisme assureur auprès duquel l'usager de soins est affilié au moment de la décision de récupération récupère les interventions payées indûment. Si l'usager de soins change ensuite d'organisme assureur, l'organisme assureur auprès duquel l'usager de soins était affilié au moment de la décision de récupération demeure chargé de la récupération. L'usager de soins ne peut pas changer d'organisme assureur tant qu'il n'a pas remboursé le montant dont il est débiteur.

**Art. 49.** Les interventions payées dont le caractère indu est la conséquence du décès du bénéficiaire sont restitués aux organismes assureurs par les organismes financiers qui sont les bénéficiaires des interventions, selon les modalités déterminées par le ministre.

Le bénéficiaire autorise l'organisme financier choisi à rembourser aux organismes assureurs toutes les sommes payées indûment concernant des prestations dispensées jusqu'à deux ans avant la notification du caractère indu de l'intervention en débitant son compte bancaire de la somme payée indûment.

L'autorisation visée à l'alinéa 2 reste en vigueur après le décès du bénéficiaire.

*Section 4. — Renonciation à la récupération*

**Art. 50.** § 1<sup>er</sup>. L'organisme assureur renonce à la récupération d'une intervention payée indûment à l'usager de soins, à la structure de soins ou au transporteur lorsque l'intervention payée indûment résulte purement et simplement d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur ou d'un service administratif ou organisme dont le bénéficiaire ou la structure de soins ne peut normalement se rendre compte et que l'organisme assureur n'a pas notifiée à l'usager de soins, à la structure de soins ou au transporteur dans les deux mois de la constatation de l'erreur ou de la négligence susvisée.

§ 2. L'organisme assureur peut renoncer de sa propre initiative à la récupération d'interventions payées indûment si le montant total des interventions payées indûment est inférieur à 28,20 euros, rattaché à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

§ 3. L'usager de soins auquel une décision de récupération d'une intervention a été communiquée peut introduire, dans les trois mois à partir du jour suivant l'expiration du délai de recours ou à partir du jour où la décision judiciaire est passée en force de chose jugée, une demande de renonciation auprès de l'organisme assureur auquel il est affilié afin qu'il renonce à la récupération.

L'organisme assureur transmet la demande visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> à l'agence.

L'agence examine la demande et transmet son avis au fonctionnaire dirigeant.

Le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné prend une décision sur la base de l'avis de l'agence.

La renonciation à la récupération n'est autorisée que si l'usager de soins est de bonne foi et se trouve dans une situation digne d'intérêt.

Le caractère digne d'intérêt visé à l'alinéa 5 est déterminé sur la base du revenu du ménage. Il est question de caractère digne d'intérêt si le revenu du ménage du bénéficiaire se situe sous le seuil de pauvreté, tel que fixé par Eurostat et publié par le ministre. Le revenu du ménage est fixé conformément à l'article 4 du règlement du 22 mai 2006 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

**Art. 51.** Si le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné décide de renoncer à la récupération de l'indu, il en informe l'organisme assureur par lettre dans les plus brefs délais. L'organisme assureur en informe l'usager de soins.

Si le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné décide de rejeter la demande ou d'y accéder partiellement, il en informe l'organisme assureur dans les plus brefs délais par un envoi recommandé qui contient les mentions visées à l'article 14 de la charte de l'assuré social. L'organisme assureur informe l'usager de soins de la décision précitée.

#### Section 6. — Agence compétente

**Art. 52.** L'agence visée à l'article 38 du décret du 6 juillet 2018 est l'Agence pour la protection sociale flamande.

#### CHAPITRE 7. — Interventions pour des soins exceptionnels

**Art. 53.** L'organisme assureur accorde au bénéficiaire une intervention pour des soins exceptionnels dans le cadre de la revalidation ou des soins de santé mentale si les soins dispensés dans la région de langue néerlandaise ou dans une structure agréée par la Communauté flamande sise dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont dispensés pour une indication rare et si chacune des conditions suivantes est remplie :

1° les soins sont onéreux ;

2° les soins présentent une valeur scientifique et une efficacité qui sont largement reconnues par des instances faisant autorité actives dans le même domaine de la revalidation ou des soins de santé mentale et ont dépassé le stade expérimental ;

3° l'affection pour laquelle les soins sont appliqués menace les fonctions vitales du bénéficiaire ;

4° il n'existe aucune alternative sur le plan médico-social aux soins dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire belge, de la Protection sociale flamande ou du décret du 6 juillet 2018 ;

5° les soins sont prescrits par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et légalement autorisé à exercer l'art de guérir dans un État membre de l'Union européenne ou un État qui appartient à l'Espace économique européen.

Le fait qu'il n'y ait pas d'intervention pour les soins ou du moins pour l'indication sur laquelle est basée la demande d'intervention alors tel pourrait être le cas pour d'autres indications ne constitue pas en soi un caractère de rareté.

**Art. 54.** L'organisme assureur accorde au bénéficiaire une intervention pour des soins exceptionnels dans le cadre de la revalidation ou des soins de santé mentale dispensés dans la région de langue néerlandaise ou dans une structure agréée par la Communauté flamande sise dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale si le bénéficiaire souffre d'une affection rare et si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° les soins sont onéreux ;

2° les soins sont désignés de manière motivée par des instances faisant autorité actives dans le même domaine de la revalidation ou des soins de santé mentale comme l'approche spécifique pour cette affection rare ;

3° l'affection pour laquelle les soins sont appliqués menace les fonctions vitales du bénéficiaire ;

4° il n'existe aucune alternative thérapeutique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire belge, de la Protection sociale flamande ou du décret du 6 juillet 2018 ;

5° les soins sont prescrits par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et légalement autorisé à exercer l'art de guérir dans un État membre de l'Union européenne ou un État qui appartient à l'Espace économique européen.

**Art. 55.** L'organisme assureur accorde au bénéficiaire une intervention pour des soins exceptionnels dans le cadre de la revalidation ou des soins de santé mentale dispensés dans la région de langue néerlandaise ou dans une structure agréée par la Communauté flamande sise dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale si le bénéficiaire souffre d'une affection rare qui nécessite des soins continus et complexes et si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° les soins sont, en leur totalité, onéreux ;

2° les soins visent à traiter une atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire qui constitue une conséquence directe et spécifique de l'affection rare ;

3° il n'existe aucune alternative thérapeutique dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire belge, de la Protection sociale flamande ou du décret du 6 juillet 2018 ;

4° les soins complexes sont prescrits dans le cadre d'un plan de traitement par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et légalement autorisé à exercer l'art de guérir dans un État membre de l'Union européenne ou un État qui appartient à l'Espace économique européen.



**Art. 56.** L'organisme assureur accorde au bénéficiaire une intervention pour des soins exceptionnels dans le cadre de la revalidation ou des soins de santé mentale dispensés pour une indication rare, une affection rare ou une affection rare qui nécessite des soins continus et complexes et qui sont dispensés en Communauté française, en Communauté germanophone ou à l'étranger si chacune des conditions suivantes est remplie :

1° les soins sont onéreux ;

2° les soins présentent une valeur scientifique et une efficacité qui sont largement reconnues par les instances internationale faisant autorité actives dans les mêmes domaines de la revalidation et des soins de santé mentale et ont dépassé le stade expérimental ;

3° les soins visent le traitement d'une affection portant atteinte aux fonctions vitales ;

4° il n'existe aucune alternative thérapeutique acceptable en matière de diagnostic ou de thérapie qui puisse être délivrée dans la région de langue néerlandaise ou dans des structures agréées par la Communauté flamande sises dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale dans un délai raisonnable sur le plan médical en tenant compte de l'état de santé du bénéficiaire au moment de la demande ;

5° les soins ont été préalablement prescrits par un médecin spécialiste, spécialisé dans les mêmes domaines de la revalidation et des soins de santé mentale et légalement autorisé à exercer l'art de guérir dans un État membre de l'Union européenne ou un État qui appartient à l'Espace économique européen.

**Art. 57.** § 1<sup>er</sup>. Dans les cas visés aux articles 53 à 56, une intervention pour des soins exceptionnels ne peut être accordée que dans la mesure où :

1° bien qu'ayant fait valoir tous ses droits en vertu de la législation belge, étrangère, supranationale ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif en vue d'obtenir une intervention, le bénéficiaire ne se voit accorder aucune intervention par ces législations ou contrats pour les soins exceptionnels demandés dans le cadre de la revalidation ou des soins de santé mentale ;

2° les montants demandés sont effectivement dus par le bénéficiaire.

Les contributions portées à charge du bénéficiaire par le décret du 6 juillet 2018 ou en vertu de celui-ci ne font jamais partie des interventions qui peuvent être accordées dans le cadre de soins exceptionnels.

§ 2. En ce qui concerne la revalidation ou les soins de santé mentale dispensés en Communauté française, en Communauté germanophone ou à l'étranger :

1° l'intervention pour des soins exceptionnels ne peut être octroyée que si l'organisme assureur, se fondant sur l'avis de la Commission d'experts, accorde l'autorisation pour une intervention pour ces soins exceptionnels avant que les soins ne soient dispensés ;

2° une intervention peut être octroyée pour les frais de déplacement qui y sont liés si la distance, calculée à vol d'oiseau, du lieu du traitement jusqu'au centre de Bruxelles est supérieure à 350 km pour les personnes de moins de dix-huit ans. L'indemnité s'élève à 0,25 euro maximum par kilomètre à vol d'oiseau depuis la résidence principale du bénéficiaire jusqu'au lieu où les soins exceptionnels sont administrés.

3° une intervention peut être octroyée pour des personnes dont il est démontré par un rapport médical qu'elles ne peuvent être transportées qu'en voiturette. L'intervention s'élève à 0,25 euro par kilomètre à vol d'oiseau pour le transport dans un véhicule adapté ou à 1,30 euro par kilomètre à vol d'oiseau pour le transport par un transporteur professionnel depuis la résidence principale jusqu'au lieu du traitement.

§ 3. En ce qui concerne la revalidation ou les soins de santé mentale dispensés à l'étranger, une intervention peut également être octroyée pour les frais de déplacement et de séjour de la personne qui accompagne le bénéficiaire :

1° âgé de moins de dix-neuf ans ;

2° âgé de plus de dix-neuf ans mais qui doit nécessairement être accompagné pour des raisons médicales. La nécessité en est établie par un rapport médical.

**Art. 58.** § 1<sup>er</sup>. Le bénéficiaire introduit la demande d'intervention pour des soins exceptionnels et, le cas échéant, la demande d'intervention dans les frais de déplacement et de séjour auprès de son organisme assureur par envoi recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date d'introduction avec certitude.

La demande d'intervention dans les frais de déplacement et de séjour est introduite en même temps que la demande d'intervention pour des soins exceptionnels.

§ 2. La demande contient les éléments suivants :

1° une feuille de renseignements datée et complétée, dont le modèle est établi par l'agence ;

2° une prescription, dont le modèle peut être établi par l'agence, établie, datée et signée par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée, accompagnée d'un rapport médical circonstancié qui contient toutes les informations permettant de conclure si les soins exceptionnels répondent aux conditions pour une intervention posées par le décret du 6 juillet 2018 ou en vertu de celui-ci ;

3° une facture détaillée dans le cas de soins exceptionnels de revalidation ou de soins de santé mentale administrés dans une structure sise dans la région de langue néerlandaise ou dans une structure agréée par la Communauté flamande sise dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, ou un devis circonstancié dans le cas de soins exceptionnels de revalidation ou de soins de santé mentale programmés dans une structure sise en Communauté française, en Communauté germanophone ou à l'étranger ;

4° une déclaration sur l'honneur, dont le modèle est établi par l'agence, dans laquelle le bénéficiaire :

a) atteste, en ce qui concerne les soins pour lesquels il demande une intervention, avoir épuisé ses droits en vertu de la législation visée à l'article 39, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018, et ne pas pouvoir faire valoir de droits en vertu d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif ;

b) communique le montant à concurrence duquel il peut, le cas échéant, faire valoir ses droits en vertu du contrat précité ;

c) atteste avoir été informé de ce qu'une autorisation de se faire soigner à l'étranger délivrée par son organisme assureur n'ouvre pas d'office le droit à une intervention pour des soins exceptionnels ;

d) précise s'il encaissera lui-même ou non l'intervention ;

5° une copie signée du consentement écrit du bénéficiaire, de son représentant légal ou de la personne de confiance visée par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient sur un document qui contient les informations visées à l'article 8, § 2, de la loi précitée ainsi que, le cas échéant, les données collectées et enregistrées par le médecin prescripteur pour évaluer la pertinence des interventions ;

6° la preuve des frais de déplacement et de séjour pour lesquels une intervention est demandée le cas échéant.

§ 3. La demande est soumise pour avis à la Commission d'experts dans les dix jours ouvrables de sa réception par l'organisme assureur.

La Commission d'experts peut demander l'avis concernant l'indication ou le prix indicatif auprès des instances scientifiques autorisées, auprès du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ou auprès du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

La Commission d'experts rend un avis conforme dans les vingt jours ouvrables de la réception de la demande.

La Commission d'experts transmet son avis conforme à l'organisme assureur dans les cinq jours ouvrables.

L'organisme assureur statue sur la demande dans les cinq jours ouvrables de la réception de l'avis conforme de la Commission d'experts et fixe, le cas échéant, le montant de l'intervention.

La décision de l'organisme assureur visée à l'alinéa 5 est communiquée au bénéficiaire dans les cinq jours ouvrables.

Dans les quinze jours ouvrables, l'organisme assureur paie le montant qui a été octroyé pour les soins exceptionnels au dispensateur de soins ou à l'institution de soins et, le cas échéant, le montant pour les frais de déplacement et de séjour qui a été accordé au bénéficiaire ou à la personne qui l'accompagne.

Les délais visés dans le présent paragraphe sont suspendus par toute demande d'information complémentaire adressée directement au bénéficiaire. Il en va de même lorsque le bénéficiaire est informé de ce que des informations complémentaires ont été demandées aux structures ou aux prestataires de soins visés dans le dossier de demande.

§ 4. Une demande n'est pas transmise à la Commission d'experts si elle concerne uniquement une intervention pour :

1° des contributions portées à charge du bénéficiaire par le décret du 6 juillet 2018 ou en vertu de celui-ci ;

2° des frais de logement, de déplacement et de séjour d'un bénéficiaire ou d'une personne qui l'accompagne durant l'admission dans un hôpital belge ;

3° des soins exceptionnels dispensés plus de trois ans avant la demande ;

4° des soins qui n'entrent pas dans le champ d'application du décret du 6 juillet 2018.

#### CHAPITRE 8. — *Surveillance et maintien*

##### *Section 1<sup>re</sup>. — Sanctions applicables aux bénéficiaires ou au transporteur*

**Art. 59.** § 1<sup>er</sup>. Le bénéficiaire ou, le cas échéant, le transporteur est informé du procès-verbal constatant l'infraction visée à l'article 42, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018, établi par le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné, par un envoi recommandé dans les quatorze jours ouvrables suivant la constatation de l'infraction.

§ 2. La décision d'infliger ou non la sanction visée à l'article 42, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018, est prise par le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné.

La décision visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est prise après que le bénéficiaire ou le transporteur a été invité par envoi recommandé à faire valoir ses moyens de défense dans les quatorze jours ouvrables.

La décision visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> fixe le montant de l'amende et, le cas échéant, le montant de l'amende infligée avec sursis à son exécution et la durée de ce sursis.

La décision est notifiée au bénéficiaire ou au transporteur par envoi recommandé et est réputée avoir été reçue le troisième jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste à moins que le destinataire ne puisse prouver que la notification ne lui est parvenue qu'ultérieurement. Elle prend effet le jour de sa notification.

§ 3. Le produit des amendes administratives est versé à l'agence.

§ 4. L'amende administrative qui est infligée sans sursis à son exécution est acquittée dans les deux mois suivant la date de la notification de la décision.

La décision définitive de paiement de l'amende est exécutoire de plein droit.

Si le bénéficiaire ou le transporteur omet de payer l'amende, la décision du fonctionnaire dirigeant ou du fonctionnaire qu'il a désigné ou la décision judiciaire coulée en force de chose jugée est transmise au Service flamand des Impôts en vue de la perception du montant de l'amende.

Une copie de la décision du fonctionnaire dirigeant ou du fonctionnaire qu'il a désigné est communiquée à l'organisme assureur.

§ 5. Une amende ne peut plus être prononcée à partir du jour où il s'est écoulé cinq ans depuis que l'infraction a été commise.

La notification du procès-verbal de constat interrompt la prescription de l'infraction visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

La sanction administrative prononcée se prescrit par cinq ans. La prescription commence à courir le jour suivant celui de la notification au bénéficiaire ou au transporteur.

Toutefois, si le bénéficiaire ou le transporteur a introduit un recours auprès du tribunal du travail, la prescription est suspendue jusqu'à ce qu'une décision coulée en force de chose jugée ait mis fin à l'instance. La prescription est par ailleurs interrompue conformément aux articles 2244 à 2250 du Code civil.

La prescription est également suspendue pendant les périodes couvertes par des allocations de chômage ou pendant les périodes durant lesquelles l'intervention est réduite conformément à l'article 22 du décret du 6 juillet 2018.

Si l'infraction visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> a donné lieu à des poursuites pénales, la prescription est suspendue jusqu'à ce qu'une décision coulée en force de chose jugée ait mis fin à l'instance.

*Section 2. — Sanctions à charge des structures de soins**Sous-section 1<sup>re</sup>. — Généralités*

**Art. 60.** Les documents autorisant le paiement des interventions, visés à l'article 43, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> à 5<sup>o</sup>, du décret du 6 juillet 2018, sont :

- 1<sup>o</sup> les engagements de paiement des organismes assureurs ;
- 2<sup>o</sup> les factures des structures de soins ;
- 3<sup>o</sup> l'approbation de la demande d'intervention.

*Sous-section 2. — Soins superflus*

**Art. 61.** Afin de vérifier si des soins sont superflus tels que visés à l'article 43, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, du décret du 6 juillet 2018, le fonctionnaire dirigeant de l'Agence pour la protection sociale flamande ou le fonctionnaire qu'il a désigné peut demander à la Commission des caisses d'assurance soins d'effectuer un contrôle conformément à l'article 25 du décret du 6 juillet 2018.

Sur la base des résultats de l'examen de la Commission des caisses d'assurance soins et sur avis de la Commission d'experts qui engage au préalable un dialogue avec la commission consultative sectorielle concernée, l'agence détermine si les soins sont ou non superflus conformément à l'article 43, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, du décret du 6 juillet 2018.

L'avis de la Commission d'experts visé à l'alinéa 2 évalue si les actes de soins contribuent à la qualité des soins ou à la réalisation des objectifs de soins.

**Art. 62.** § 1<sup>er</sup>. La structure de soins est informée du procès-verbal constatant l'infraction visée à l'article 43, § 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018, établi par le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné, par un envoi recommandé dans les quatorze jours ouvrables suivant la constatation de l'infraction.

§ 2. La décision d'infliger ou non la sanction visée à l'article 43, § 4, du décret du 6 juillet 2018, est prise par le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné.

La décision est prise après que la structure de soins a été invitée par envoi recommandé à faire valoir ses moyens de défense dans les quatorze jours ouvrables.

La décision du fonctionnaire dirigeant ou du fonctionnaire qu'il a désigné fixe le montant de l'amende.

La structure de soins est informée par envoi recommandé de la décision visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>. Cette décision est réputée avoir été reçue le troisième jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste à moins que le destinataire ne puisse prouver que la notification ne lui est parvenue qu'ultérieurement. Cette décision prend effet le jour de sa notification.

§ 3. Le produit des amendes administratives est versé à l'agence.

§ 4. L'amende administrative est acquittée dans les deux mois suivant la date de la notification de la décision.

La décision définitive de paiement de l'amende est exécutoire de plein droit.

Une copie de la décision du fonctionnaire dirigeant ou du fonctionnaire qu'il a désigné est transmise à l'organisme assureur.

Si la structure de soins omet de payer l'amende, l'amende peut être recouvrée conformément à l'article 35 du décret du 6 juillet 2018.

§ 5. Une amende ne peut plus être prononcée à partir du jour où il s'est écoulé cinq ans depuis que l'infraction a été commise.

La notification du procès-verbal de constat interrompt la prescription de l'infraction visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

La sanction administrative prononcée se prescrit par cinq ans. La prescription commence à courir le jour suivant celui de la notification à la structure de soins.

Toutefois, si la structure de soins a introduit un recours auprès du tribunal du travail, la prescription est suspendue jusqu'à ce qu'une décision coulée en force de chose jugée ait mis fin à l'instance. La prescription est par ailleurs interrompue conformément aux articles 2244 à 2250 du Code civil.

Si l'infraction a donné lieu à des poursuites pénales, la prescription est suspendue jusqu'à ce qu'une décision coulée en force de chose jugée ait mis fin à l'instance.

*Sous-section 3. — Fraude*

**Art. 63.** L'organisme assureur ou le bénéficiaire peut communiquer les indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef de la structure de soins à l'agence.

Le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné peut informer la structure de soins par un envoi recommandé des faits sur lesquels reposent les indices. L'envoi recommandé est réputé avoir été reçu le troisième jour ouvrable qui suit la remise de la lettre aux services de la Poste. Il invite la structure de soins à lui transmettre ses moyens de défense par envoi recommandé dans le s quinze jours ouvrables.

Après l'examen des moyens de défense ou s'il n'a pas reçu de moyens de défense dans le délai visé à l'alinéa précédent, le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné transmet le dossier à l'Inspection des soins. L'Inspection des soins examine tous les éléments nécessaires, évalue les moyens de défense et fait rapport à l'agence. L'agence prend la décision sur la base du rapport de l'Inspection des soins. Si l'agence décide de suspendre les paiements, elle détermine la durée de la période de suspension. L'agence détermine également si la suspension est totale ou partielle.

La structure de soins est informée par envoi recommandé de la décision visée à l'alinéa 3. La décision prend effet, nonobstant recours, à partir de sa notification qui est réputée avoir été reçue le troisième jour ouvrable qui suit la remise de la lettre aux services de la Poste à moins que le destinataire ne puisse prouver que la notification ne lui est parvenue qu'ultérieurement. Copie de la décision est simultanément notifiée aux organismes assureurs.

Un recours non suspensif peut être formé devant le tribunal du travail qui est compétent conformément à l'article 50 du décret du 6 juillet 2018.

La suspension prend fin de plein droit si, dans l'année qui suit la décision, aucun procès-verbal de constat n'a été établi.

## Section 3. — Amendes administratives

**Art. 64.** La contrainte visée à l'article 46 du décret du 6 juillet 2018 est visée et rendue exécutoire soit par le fonctionnaire dirigeant, soit par le fonctionnaire qu'il a désigné.

## Section 4. — Obligations pour les organismes assureurs, les structures de soins et les bénéficiaires

**Art. 65.** § 1<sup>er</sup>. Les renseignements et documents visés à l'article 47, alinéa 1<sup>er</sup> du décret du 6 juillet 2018 sont transmis dans les trente jours à compter de la date de la demande.

§ 2. Dans les trente jours à compter de la date de la demande, les organismes assureurs transmettent aux inspecteurs visés à l'article 2, 7<sup>o</sup>, du décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale, sur support papier ou électronique, l'ensemble des informations suivantes nécessaires pour juger du droit à l'intervention pour des soins et pour les frais de déplacement tels que visés dans le décret du 6 juillet 2018:

1<sup>o</sup> les informations nécessaires à l'identification complète :

- a) des soins prodigués en vertu du décret du 6 juillet 2018 ;
- b) des structures de soins qui ont prescrit, réalisé ou délivré les soins ;
- c) du bénéficiaire ;

2<sup>o</sup> les informations concernent aussi bien les soins portés en compte que ceux qui ont été remboursés par la Communauté flamande ou dont le remboursement est demandé à la Communauté flamande.

## Section 5. — Prescription

**Art. 66.** § 1<sup>er</sup>. L'envoi recommandé interruptif de prescription visé à l'article 51, alinéa 8, du décret du 6 juillet 2018, remplit l'ensemble des conditions suivantes :

1<sup>o</sup> la lettre est envoyée par recommandé avec accusé de réception ;

2<sup>o</sup> la lettre est envoyée par la personne qui désire interrompre la prescription, par son avocat, par l'huissier de justice désigné à cet effet ou par la personne qui peut comparaître en justice au nom de la personne qui désire interrompre la prescription ;

3<sup>o</sup> la lettre est envoyée au domicile ou à la résidence principale de la personne physique au siège social de la personne morale à l'égard de laquelle la prescription est interrompue ;

4<sup>o</sup> la lettre contient toutes les informations suivantes :

a) les coordonnées de la partie qui désire interrompre la prescription, à savoir :

1) pour la personne physique : les nom et prénom et le domicile ou la résidence principale ;  
2) pour la personne morale : la forme juridique, la dénomination et l'adresse du siège social ou du siège administratif ;

b) les coordonnées de la personne à l'égard de laquelle la prescription est interrompue, à savoir :

- 1) pour la personne physique : les nom et prénom et le domicile ou la résidence principale ;
- 2) pour la personne morale : la dénomination, la forme juridique et l'adresse du siège social ;

c) la description de l'intervention ;

d) la justification des montants qui sont réclamés ou récupérés ;

e) le délai dans lequel la partie à l'égard de laquelle la prescription est interrompue peut s'acquitter de son engagement avant que des mesures supplémentaires de recouvrement ne soient prises ;

f) la possibilité d'agir en justice en cas d'absence de réaction de la partie à l'égard de laquelle la prescription est interrompue dans le délai fixé ;

g) l'effet interruptif de prescription de la mise en demeure ;

h) la signature de la personne qui désire interrompre la prescription, de l'avocat, de l'huissier de justice désigné à cet effet ou de la personne qui peut comparaître en justice au nom de la personne qui désire interrompre la prescription .

§ 2. La prescription visée à l'article 51 du décret du 6 juillet 2018 peut également être interrompue par l'envoi d'un fichier électronique s'il est confirmé par un envoi recommandé. L'envoi recommandé contient la référence de l'interruption mentionnée dans le fichier électronique.

Le ministre fixe la forme du fichier électronique.

**Art. 67.** Le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné statue, pour chaque cas séparément dans lequel elle est invoquée, sur l'existence de la force majeure qui, conformément à l'article 51, alinéa 9, du décret du 6 juillet 2018, suspend la prescription.

**Art. 68.** § 1<sup>er</sup>. Les structures de soins et le bénéficiaire sont informés par envoi recommandé de la décision du fonctionnaire dirigeant ou du fonctionnaire qu'il a désigné.

La décision est également communiquée à l'organisme assureur.

§ 2. La notification de la décision visée au paragraphe 1<sup>er</sup> à la structure de soins et au bénéficiaire mentionne que la décision est susceptible de recours auprès du tribunal du travail ainsi que les formes et les délais d'introduction du recours.

## Partie 2. — Maisons de soins psychiatriques

Titre 1<sup>er</sup>. — AgrémentCHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Dispositions générales

**Art. 69.** Le présent titre détermine les normes auxquelles il doit être satisfait pour obtenir et conserver un agrément comme maison de soins psychiatriques.

La fonctionnaire dirigeant accorde l'agrément par maison de soins psychiatriques et fixe le nombre maximal d'usagers de soins que la maison de soins psychiatriques peut soutenir simultanément chaque jour sur la base d'un contrat de séjour tel que visé à l'article 74. Ce nombre correspond à la capacité d'admission de la maison de soins psychiatriques.

## CHAPITRE 2. — Normes générales de fonctionnement

**Art. 70.** Les soins orientés rétablissement visent à maintenir les facultés résiduelles, à renforcer l'autonomie et l'autogestion de l'utilisateur de soins, y compris apprendre à gérer les conséquences de la maladie et la vulnérabilité psychique, et à soutenir le développement du fonctionnement personnel et social.

En fonction des besoins en soins, des souhaits, des compétences et des possibilités de l'utilisateur de soins, les soins orientés rétablissement consistent :

- 1° à aider à conserver et à acquérir des aptitudes ;
- 2° soutenir ou accompagner l'utilisateur de soins dans l'exercice de ses activités ;
- 3° reprendre des activités si l'utilisateur de soins ne peut les exécuter lui-même.

Les soins orientés rétablissement sont axés sur les domaines suivants :

- 1° la prise en charge personnelle comme se laver, s'habiller, tâches ménagères, gestion de son argent et administration ;
- 2° la santé physique et psychique dans une perspective médicale et des points forts ;
- 3° les activités quotidiennes et les loisirs ;
- 4° les contacts sociaux ;
- 5° la recherche de sens.

## CHAPITRE 3. — Normes de dispensation de soins

Section 1<sup>re</sup>. — Généralités

**Art. 71.** La maison de soins psychiatriques offre des soins orientés rétablissement tout en assurant la surveillance permanente des usagers de soins qui y résident, de jour comme de nuit. Au moins dix usagers de soins résident dans chaque maison de soins psychiatriques.

## Section 2. — Politique d'admission

**Art. 72.** La maison de soins psychiatriques élabore des critères d'admission d'usagers de soins sur la base des normes générales de fonctionnement visées à l'article 70 et du principe de non-discrimination visé à l'article 85.

**Art. 73.** La maison de soins psychiatriques adopte une procédure d'entrée qui décrit la façon dont les candidats-usagers de soins se présentent à la maison de soins psychiatriques, la façon dont les besoins en soins du candidat-usager de soins sont identifiés de manière standardisée et structurée et la façon dont les critères d'admission visés à l'article 72 sont vérifiés.

La politique d'entrée est évaluée périodiquement par le coordinateur et les membres de l'équipe visés à l'article 89, conjointement avec le psychiatre coordinateur visé à l'article 90.

**Art. 74.** § 1<sup>er</sup>. La maison de soins psychiatriques conclut avec les usagers de soins un contrat de séjour reprenant les éléments suivants :

- 1° l'identification de la maison de soins psychiatriques et de l'utilisateur de soins ;
- 2° les principales conditions de séjour ;
- 3° la date de début ;
- 4° la durée du contrat ;
- 5° les frais à charge de l'utilisateur de soins qui ne sont pas compris dans les frais de séjour ;
- 6° les réglementations spécifiques en cas d'absence temporaire ou de décès de l'utilisateur de soins ;
- 7° les conditions de résiliation du séjour ;
- 8° la procédure de plainte ;
- 9° les frais de séjour ;
- 10° la période d'essai.

Le contrat de séjour ne peut être modifié qu'après notification préalable à l'utilisateur de soins ou à son représentant légal. Si l'utilisateur de soins ou son représentant légal n'est pas d'accord avec les modifications proposées du contrat de séjour, l'utilisateur de soins ou son représentant légal peut y mettre fin moyennant un délai de préavis.

Le contrat prend fin d'un commun accord s'il est dénoncé par l'une des parties ou si l'utilisateur de soins vient à décéder. Le contrat est dénoncé par envoi recommandé ou par remise contre récépissé.

Le contrat de séjour est accompagné d'une copie du règlement visé à l'article 108 et d'un règlement d'ordre intérieur supplémentaire dans lequel sont stipulées toutes les autres conditions de séjour et règles pertinentes qui n'ont pas été fixées dans le contrat de séjour. Le règlement d'ordre intérieur décrit notamment la politique relative aux problèmes éthiques. Chaque usager de soins signe le règlement d'ordre intérieur pour accord.

Les modifications apportées au règlement d'ordre intérieur sont préalablement communiquées à l'utilisateur de soins et peuvent être appliquées au plus tôt trente jours après leur notification à l'utilisateur de soins.

§ 2. Hormis l'acceptation des soins orientés rétablissement prodigués par les membres du personnel de la maison de soins psychiatriques et le psychiatre coordinateur et traitant visé à l'article 90, l'utilisateur de soins a le droit de choisir librement le praticien professionnel visé à l'article 2, 3°, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

§ 3. Sous réserve du paragraphe 4 ou 5, l'utilisateur de soins ou son représentant légal peut mettre fin au contrat de séjour visé au paragraphe 1<sup>er</sup> moyennant un délai de préavis de trente jours.

L'hospitalisation temporaire d'un usager de soins n'entraîne toutefois pas la résiliation du contrat de séjour.

Sous réserve du paragraphe 4 ou 5, la maison de soins psychiatriques peut mettre fin au contrat de séjour visé au paragraphe 1<sup>er</sup> moyennant les délais de préavis suivants et dans les cas suivants :

- 1° soixante jours lorsque, de l'avis du psychiatre coordinateur et traitant visé à l'article 90, l'état physique ou mental de l'utilisateur de soins est de nature telle qu'un transfert définitif vers une structure plus adaptée est nécessaire. Dans ce cas, la maison de soins psychiatriques se charge du renvoi vers un hébergement adapté en concertation avec l'utilisateur de soins ou son représentant légal et son contexte et prolonge au besoin le délai de préavis ;

2° trente jours lorsque, de l'avis de l'instance de gestion, le comportement de l'utilisateur de soins perturbe gravement les autres usagers de soins ou lorsque le comportement de l'utilisateur de soins empêche gravement l'accompagnement. Dans ce cas, la maison de soins psychiatriques envoie au préalable une sommation écrite à l'utilisateur de soins en le priant instamment de remédier aux manquements mentionnés dans la sommation. Si l'utilisateur de soins ne donne pas suite à cette sommation, la maison de soins psychiatriques peut dénoncer le contrat de séjour après approbation du psychiatre coordinateur et traitant visé à l'article 90. La maison de soins psychiatriques se charge, conjointement avec le psychiatre coordinateur et traitant visé à l'article 90, du renvoi vers un hébergement adapté en concertation avec l'utilisateur de soins ou son représentant légal et son contexte et prolonge au besoin le délai de préavis.

Le délai de préavis commence le premier jour ouvrable qui suit la réception du préavis par l'utilisateur de soins ou la maison de soins psychiatriques.

§ 4. Les trente premiers jours du séjour sont considérés comme une période d'essai. Durant cette période, un délai de préavis réduit de sept jours s'applique à l'utilisateur de soins et un délai de préavis réduit de trente jours s'applique à la maison de soins psychiatriques. Le délai de préavis commence le premier jour ouvrable qui suit la réception du préavis par l'utilisateur de soins ou la maison de soins psychiatriques.

§ 5. L'utilisateur de soins et la maison de soins psychiatriques peuvent déroger aux délais visés dans le présent article d'un commun accord écrit.

### Section 3. — Plan de soins

**Art. 75.** Les soins prodigués par la maison de soins psychiatriques partent d'une exploration soigneuse et structurée des besoins en soins de l'utilisateur de soins et de son contexte dans les divers domaines de la vie visés à l'article 70.

Sur la base des besoins en soins visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'utilisateur de soins et les accompagnateurs élaborent un plan de soins. Si c'est possible et si l'utilisateur de soins le souhaite, les personnes du contexte sont également associées à l'élaboration du plan de soins. Le plan de soins comprend un relevé des besoins en soins, les préférences de l'utilisateur de soins, les objectifs que l'on souhaite atteindre par le biais de l'accompagnement, une priorisation des objectifs et un plan d'approche des objectifs prioritaires sous la forme d'actions et d'activités de soins.

Les actions réalisées et le plan de soins visés à l'alinéa 2 font de préférence l'objet d'une évaluation continue et sont ajustés si nécessaire. Le plan de soins complet est évalué au moins tous les douze mois conjointement avec l'utilisateur de soins et, s'il le souhaite, son contexte. Au terme de chaque évaluation, une décision est prise à l'appui de la poursuite des soins dans les différents domaines de la vie et quant à la cessation ou à la poursuite des soins.

**Art. 76.** Il est tenu, pour chaque usager de soins, un dossier individuel qui contient au minimum les éléments et données ci-après :

- 1° les données d'identité ;
- 2° les antécédents ;
- 3° les informations de base médicales, sociales et juridiques ;
- 4° le contrat de séjour ;
- 5° le plan de soins de l'utilisateur de soins.

Le délai de conservation du dossier visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est de 30 ans après la sortie de l'utilisateur de soins.

Lors de la conservation et de la consultation du dossier, la protection de la vie privée de l'utilisateur de soins est garantie au maximum.

**Art. 77.** En situation de crise psychique ou en cas de nécessité d'un traitement et de soins somatiques, l'utilisateur de soins peut être temporairement admis dans un hôpital psychiatrique ou général pour examen.

**Art. 78.** La maison de soins psychiatriques mène une politique articulée autour des mesures restrictives de liberté, des comportements sexuels déviants, de la prévention du suicide et des crises. Elle développe l'expertise nécessaire à cet effet par biais de la formation.

**Art. 79.** La maison de soins psychiatriques communique aux candidats-usagers de soins et aux partenaires du réseau pertinents son offre de soins et sa politique interne en matière d'entrée, de groupes-cibles, de sortie et de transition. Elle coordonne cette offre de soins et cette politique interne avec les partenaires du réseau pertinents.

**Art. 80.** Afin de promouvoir la réinsertion, des jours de congé individuel sont accordés aux usagers de soins admis dans une maison de soins psychiatriques.

Un congé individuel ininterrompu ne peut durer plus de deux semaines ni être pris à la fin du séjour. En cas de sortie et de réadmission dans les nonante jours, le nombre de jours de congé non pris est reporté à la nouvelle période de séjour.

Les maisons de soins psychiatriques peuvent organiser et diriger pour leurs usagers de soins admis des séjours de vacances collectifs pendant quatorze jours maximum. Durant cette période, les usagers de soins demeurent sous la responsabilité de la maison de soins psychiatriques.

Un usager de soins ne peut pas prendre de congé collectif à la fin de son séjour.

La maison de soins psychiatriques répond également durant les jours de congé individuel et les séjours de vacances collectifs de la continuité de la fourniture des produits pharmaceutiques aux usagers de soins.

### Section 4. — Argent de poche

**Art. 81.** Chaque usager de soins dispose d'un montant mensuel minimal de 192,43 euros comme argent de poche exclusivement destiné à des buts personnels.

Le montant visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> n'est destiné à supporter ni les coûts d'achat, de lavage, d'entretien et de réparation des habits, chaussures, lunettes et prothèses, ni les coûts de la quote-part personnelle de l'utilisateur de soins dans le prix d'hébergement, ni les coûts d'assurances ni l'éventuelle rémunération de l'administrateur de la personne ou des biens de l'utilisateur de soins.

L'argent de poche correspond aux ressources privées de l'utilisateur de soins et ne fait pas partie des frais de fonctionnement qui sont à charge de la sous-partie B1 et ni de l'intervention pour les soins.

Le montant visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est indexé conformément à la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit celui dont l'indice atteint une valeur justifiant une modification.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 3 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Le montant visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est lié à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

#### Section 5. — Sortie et postcure

**Art. 82.** La maison de soins psychiatriques mène une politique claire de sortie de ses usagers de soins, qui est régulièrement évaluée et discutée d'un point de vue stratégique.

**Art. 83.** À chaque sortie d'un usager de soins, une lettre est rédigée et accompagnée d'un rapport relatif aux soins et au soutien durant le séjour.

**Art. 84.** Si un usager de soins est temporairement admis dans une autre structure de soins ou d'aide sociale résidentiels, le personnel de la maison de soins psychiatriques se tient à sa disposition durant trois mois au moins pour poursuivre son accompagnement à condition que ses chances de retour à la maison de soins psychiatriques soient réelles.

Si l'usager de soins est renvoyé vers une autre structure de soins ou d'aide sociale résidentiel, la maison de soins psychiatriques assurera une transition en douceur.

#### Section 6. — Non-discrimination

**Art. 85.** La maison de soins psychiatriques garantit à ses usagers de soins la liberté entière d'opinion philosophique, religieuse et politique.

Lors de l'exécution de ses missions, la maison de soins psychiatriques exclut toute forme de discrimination fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la langue, l'état de santé actuel ou futur, un handicap, la race, le sexe, le genre, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine sociale.

#### Section 7. — Plaintes

**Art. 86.** La maison de soins psychiatriques élabore une procédure de plainte interne. Elle communique de manière systématique et accessible à tout nouvel usager de soins le but, le fonctionnement et l'accessibilité de la fonction de médiation des soins de santé mentale liée aux plates-formes de concertation des soins de santé mentale, visée aux articles 11 à 21 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

#### CHAPITRE 4. — Normes fonctionnelles et organisationnelles de fonctionnement

**Art. 87.** La maison de soins psychiatriques dispose d'un organigramme propre et est gérée séparément d'autres institutions ou services.

Un représentant des usagers de soins ou de leur contexte ou des experts du vécu d'une association représentative d'usagers ou de familles siègent au sein des organes de gestion de la maison de soins psychiatriques.

La maison de soins psychiatriques mène une politique systématique, explicite et transparente. Cette politique est évaluée.

Dans le présent article, l'évaluation s'entend notamment, mais pas exclusivement, de l'évaluation du fonctionnement de la maison de soins psychiatriques sur la base d'indicateurs de qualité, de données d'enregistrement, de la formation et de l'accompagnement.

**Art. 88.** La maison de soins psychiatriques transmet chaque année à l'agence les données reprises à l'annexe 1<sup>re</sup> jointe au présent arrêté aux fins de leur analyse, de la mise en œuvre d'une politique scientifiquement fondée dans le cadre de la politique flamande de l'aide sociale et de la santé et de la communication d'informations à ce sujet, comme prévu à l'article 13, § 6, du décret du 6 juillet 2018.

Dans chaque maison de soins psychiatriques, une personne est chargée par l'instance de gestion de coordonner la transmission des données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> à l'agence et de pseudonymiser les données à caractère personnel qui relèvent des données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>. Ces données offrent la possibilité d'aboutir à des vues stratégiques et de justifier des mesures.

Le délai de conservation des données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> est d'un an après leur transmission.

#### CHAPITRE 5. — Normes de personnel

**Art. 89.** La maison de soins psychiatriques dispose, pour les soins orientés rétablissement de l'usager de soins, d'une équipe multidisciplinaire placée sous la direction d'un coordinateur qui possède les compétences de direction et de management nécessaires.

Hormis le coordinateur visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la capacité de personnel est de treize équivalents temps plein minimum pour trente usagers de soins, dont cinq équivalents temps plein maximum sont aides-soignants et huit équivalents temps plein minimum possèdent l'une des qualifications suivantes :

- 1° infirmier, de préférence infirmier psychiatrique ;
- 2° travailleur social ;
- 3° assistant social ;
- 4° orthopédagogue ;
- 5° ergothérapeute ;
- 6° psychologue ;
- 7° kinésithérapeute ;
- 8° éducateur.

Au moins quatre des huit membres du personnel qualifiés visés à l'alinéa 2 possèdent le grade de bachelier ou de master.

La norme de personnel visée à l'alinéa 2 est augmentée d'un orthopédagogue à mi-temps pour quinze usagers de soins présentant un handicap intellectuel.

Un responsable d'équipe est désigné, dans les limites de la norme de personnel visée à l'alinéa 2, pour trente usagers de soins.

L'équipe d'accompagnateurs est en mesure de garantir une approche multidisciplinaire pour chaque usager de soins en accompagnement avec, entre autres, des interventions psycho-éducatives et psychosociales.

La maison de soins psychiatriques fournit à l'agence, sur demande et suivant les modalités arrêtées par celle-ci, les renseignements suivants au sujet du personnel :

- les nom et prénom du membre du personnel ;
- le numéro de registre national ;
- la date de naissance ;
- la fonction ;
- le diplôme ;
- le nombre d'heures que le membre du personnel doit prester et a prestées ;
- la date de l'engagement ;
- la date éventuelle de départ.

La maison de soins psychiatriques conserve les données à caractère personnel visées à l'alinéa précédent jusqu'à un an après le départ du membre du personnel.

**Art. 90.** La maison de soins psychiatriques désigne un ou plusieurs médecins coordinateurs et traitants, spécialistes en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, qui sont responsables :

1° du traitement médico-psychiatrique des usagers de soins admis. Cette tâche englobe :

- a) la mise en place, le suivi périodique et l'ajustement éventuel du traitement médico-psychiatrique durant le séjour à la maison de soins psychiatriques ;
- b) la demande et le suivi des examens éventuels pour l'évaluation du traitement médico-psychiatrique ;
- c) la tenue de concertations avec le médecin généraliste traitant et avec d'autres praticiens éventuels des usagers de soins au sujet des problèmes somatiques et psychiques ;
- d) la prescription et le suivi de la médication pour le problème psychiatrique ;
- e) la disponibilité pour la concertation et les contacts avec les usagers de soins et leurs proches ;
- f) l'établissement des documents administratifs ;
- g) le suivi des thématiques éthiques.

2° de la coordination médico-psychiatrique de la maison de soins psychiatriques. Cette tâche englobe :

- a) la prise de décision quant à l'admission d'usagers de soins dans la maison de soins psychiatriques et à leur sortie en assistant au moins aux entretiens d'entrée ;
- b) l'évaluation et la validation de la politique d'admission et de sortie ;
- c) la tenue de concertations et l'entretien de contacts avec les référents et les partenaires du réseau ;
- d) la conception et l'application de scénarios d'intervention en situations de crise ;
- e) la supervision des processus de soins orientés rétablissement en assistant au moins aux réunions d'équipe ;
- f) la direction de la politique de formation pour le personnel de soutien et d'accompagnement ;
- g) l'élaboration de la politique stratégique et opérationnelle en collaboration avec le coordinateur.

La maison de soins psychiatriques dispose au minimum six heures par semaine d'un psychiatre coordinateur et traitant pour remplir les responsabilités visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> et peut démontrer que les missions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont réalisées. Le nombre précis d'heures à pourvoir dépend du nombre d'usagers de soins et est fixé dans la convention de collaboration entre la maison de soins psychiatriques et le psychiatre.

**Art. 91.** Une concertation d'équipe a lieu à intervalles réguliers, au cours de laquelle toutes les disciplines sont représentées, y compris le psychiatre visé à l'article 90.

#### CHAPITRE 6. — Normes d'hébergement

##### Section 1<sup>re</sup>. — Implantation, cadre de vie et atmosphère

**Art. 92.** La maison de soins psychiatriques est implantée au sein de la communauté de vie locale, en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique.

**Art. 93.** La maison de soins psychiatriques dispose d'un jardin ou d'une terrasse.

**Art. 94.** Les fenêtres offrent une vue dégagée sur l'environnement de la maison de soins psychiatriques.

**Art. 95.** La maison de soins psychiatriques vise une atmosphère agréable.

##### Section 2. — Espaces communs

**Art. 96.** La maison de soins psychiatriques comporte au moins les espaces communs suivants :

- 1° une salle à manger ;
- 2° une salle de séjour, de préférence séparée de la salle à manger dont l'aménagement est aussi intime et familial que possible ;
- 3° un espace pour les activités communes et les activités occupationnelles ;
- 4° un espace pour l'aide et l'accompagnement individuels ;
- 5° un espace pour le personnel.

Chaque maison de soins psychiatriques à étages dispose d'un ou de plusieurs ascenseurs.



*Section 3. — Les chambres*

**Art. 97.** La maison de soins psychiatriques dispose de dix lits au moins, répartis sur des chambres individuelles et à deux personnes. Le nombre maximum de deux lits par chambre n'est pas dépassé.

Au moins la moitié des usagers de soins disposent d'une chambre individuelle. Dans une chambre à deux personnes, il est possible de placer une séparation entre les deux lits.

Les plans de construction établis à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 prévoient un nombre maximum de chambres individuelles.

**Art. 98.** La superficie des chambres individuelles s'élève à huit mètres carré au minimum. Les chambres à deux personnes ont une superficie de douze mètres carrés au moins. Dans les constructions neuves, la préférence va à des chambres plus spacieuses.

*Section 4. — Accessibilité aux voitures*

**Art. 99.** La maison de soins psychiatriques est adaptée aux besoins des usagers de soins moins valides.

Toutes les portes sont suffisamment larges pour permettre le passage d'une voiturette.

La maison de soins psychiatriques détermine le nombre de chambres adaptées aux usagers de soins moins valides et leur degré d'adaptation en fonction du groupe cible. Dans les plans de construction établis à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, au moins 20 % des chambres sont adaptées aux usagers de soins moins valides.

Les chambres sont suffisamment spacieuses pour permettre l'utilisation de matériels de soutien durant les soins dans le cas d'usagers de soins moins valides.

*Section 5. — Installations sanitaires*

**Art. 100.** Des installations sanitaires sont prévues en suffisance pour les usagers de soins et le personnel. Les installations sanitaires pour les usagers de soins se trouvent à proximité immédiate des salles à manger, des salles de séjour et des espaces destinés aux activités communes.

**Art. 101.** Les installations sanitaires comprennent au moins :

1° un lavabo avec eau courante chaude et froide par usager de soins ;

2° un bain ou une douche pour six usagers de soins ;

3° un W.C. pour six usagers de soins, avec le nombre nécessaire de W.C. accessibles aux usagers de soins moins valides. Chaque étage dispose d'un W.C. au moins. Dans les plans de construction établis à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, un W.C. est prévu dans chaque chambre.

*Section 6. — Sécurité*

**Art. 102.** Les portes des W.C. et des salles de bain s'ouvrent vers l'extérieur et sont équipées de serrures de sécurité pouvant être actionnées de l'extérieur par le personnel.

**Art. 103.** Les chambres et les installations sanitaires sont équipées d'un système d'appel discret et efficace.

**Art. 104.** Les médicaments sont conservés au nom de chaque usager de soins dans une armoire fermée à clef, située dans un local auquel les usagers de soins n'ont pas libre accès.

**Art. 105.** Les dossiers des usagers de soins sont conservés dans un local auquel les usagers de soins n'ont pas libre accès.

**Art. 106.** La maison de soins psychiatriques satisfait à la réglementation de sécurité incendie applicable et prend toutes les précautions afin de prévenir le risque d'incendie.

Le risque d'incendie est prévenu en :

1° protégeant les matériaux combustibles des planchers et des murs par un revêtement ininflammable ;

2° plaçant un nombre suffisant d'extincteurs ;

3° réalisant tous les ascenseurs dans des matériaux incombustibles ou ignifugés ;

4° aménageant des voies d'accès pour les véhicules des pompiers ;

5° prévoyant des possibilités d'évacuation clairement indiquées ;

6° plaçant des systèmes de détection d'incendie adéquats, de préférence électroniques ;

7° organisant une formation à la sécurité incendie tant pour les usagers de soins que le personnel.

*CHAPITRE 7. — Drogation temporaire et motivée aux normes d'agrément*

**Art. 107.** À la demande motivée de la maison de soins psychiatriques, l'agence peut lui accorder, conformément à l'article 58 du décret du 6 juillet 2018, une dérogation temporaire à une ou plusieurs normes d'agrément dans le cadre d'un projet-pilote.

L'agence peut également accorder, à la demande motivée de la maison de soins psychiatriques, une dérogation temporaire aux normes d'hébergement visées aux articles 92 à 106.

La demande visée aux alinéas 1<sup>er</sup> et 2 est introduite auprès de l'agence. Une demande mentionne clairement les normes auxquelles elle se rapporte et contient au moins une motivation de la demande et une proposition de mesures alternatives afin de garantir la sécurité des usagers de soins et la qualité des soins dispensés à un niveau suffisant. L'agence examine la demande et fixe, en fonction de sa motivation, la durée de la dérogation temporaire.

*CHAPITRE 8. — Protection de la vie privée lors du traitement des données à caractère personnel des usagers de soins, en particulier des données médicales*

**Art. 108.** Chaque maison de soins psychiatriques dispose, pour le traitement des données à caractère personnel relatives aux usagers de soins, en particulier pour les données concernant la santé telles que visées à l'article 4, 15), du règlement général sur la protection des données, d'un règlement pour la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Le règlement est communiqué aux usagers de soins conjointement avec les informations visées à l'article 13, paragraphes 1<sup>er</sup> et 2, du règlement précité.

Le règlement mentionne, pour chaque traitement, au moins les données suivantes :

- 1° la finalité du traitement ;
- 2° les dispositions de l'article 13 du décret du 6 juillet 2018 et des articles 7 et 8 du présent arrêté décidant la création du traitement ;
- 3° l'identité et les coordonnées de la maison de soins psychiatriques et de l'instance de gestion ;
- 4° le nom de la personne sous la responsabilité de laquelle les données concernant la santé sont traitées, visée à l'article 13, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018, et qui a été désignée à cet effet par la maison de soins psychiatriques ;
- 5° le nom de la personne chargée par la maison de soins psychiatriques de la sécurité du traitement ;
- 6° l'identité et les coordonnées du coordinateur visé à l'article 89 du présent arrêté ;
- 7° les catégories de personnes qui ont accès aux données concernant la santé ou sont autorisées à les obtenir ;
- 8° les catégories des personnes concernées ;
- 9° la nature des données traitées et la manière dont elles sont obtenues ;
- 10° l'organisation du circuit des données concernant la santé à traiter ;
- 11° la procédure d'anonymisation ou de pseudonymisation de données ;
- 12° les procédures de sécurité afin d'empêcher la destruction accidentelle ou non autorisée de données, la perte accidentelle de données ou l'accès non autorisé aux données, leur altération ou leur diffusion non autorisée ;
- 13° le délai au-delà duquel les données ne peuvent plus, le cas échéant, être conservées, utilisées ou diffusées ;
- 14° les rapprochements, interconnexions ou tout autre forme de mise en relation de données faisant l'objet d'un traitement ;
- 15° les interconnexions et les consultations ;
- 16° les cas dans lesquels les données sont effacées ;
- 17° la manière dont les usagers de soins peuvent exercer leurs droits visés dans la réglementation relative à la protection à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

La maison de soins psychiatriques désigne la personne sous la responsabilité de laquelle les données concernant la santé sont traitées, visée à l'article 13, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018.

La maison de soins psychiatriques désigne une personne chargée de la sécurité du traitement.

#### *Titre 2. — Programmation*

**Art. 109.** La programmation des maisons de soins psychiatriques sises dans la région de langue néerlandaise est de 0,6 usager de soins pour mille habitants. La programmation des maisons de soins psychiatriques sises dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale est de 0,2 usager de soins pour mille habitants.

#### *Titre 3. — Financement*

**Art. 110.** Le prix d'hébergement est fixé par jour.

**Art. 111.** Le prix d'hébergement se compose des trois parties suivantes :

- 1° la partie A qui comporte :
  - a) la sous-partie A1 qui couvre les frais de pré-exploitation et les charges d'amortissement, y compris les charges financières d'emprunts contractés, de constructions ou de transformations, d'équipement et d'appareillage, de gros travaux d'entretien et de première installation ;
  - b) la sous-partie A2 qui couvre les charges de crédits à court terme. Elle couvre les charges financières des crédits à court terme contractés en vue d'assurer le fonctionnement normal de la maison de soins psychiatriques ;
- 2° la partie B qui comporte :
  - a) la sous-partie B1 qui couvre tous les frais de fonctionnement à l'exception des charges du personnel soignant et paramédical ;
  - b) la sous-partie B2 qui couvre les charges du personnel soignant et paramédical ;
  - c) la sous-partie B3 qui couvre les coûts de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum ;
- 3° la partie C qui comporte la sous-partie C2A et la sous-partie C2B, qui comprend les montants de rattrapage pour un manque ou un surplus de recettes par rapport au budget fixé pour l'année calendrier en cours ou pour une ou plusieurs années calendrier antérieures.

**Art. 112.** § 1<sup>er</sup>. La sous-partie A1 visée à l'article 111, 1°, a), couvre :

- 1° les frais de pré-exploitation :
  - a) les frais de constitution d'une association sans but lucratif ou de toute personne morale sans but lucratif ;
  - b) les frais d'actes hypothécaires ;
  - c) les taxes sur la construction ;
  - d) les frais d'assurance ;
  - e) les frais de chauffage ;
  - f) les frais de nettoyage avant la mise en service ;
  - g) les charges financières d'emprunts ou de crédits intercalaires pour le financement de la partie propre ;
  - h) les frais de notaire et d'enregistrement résultant des emprunts visés au g°.

2° les charges d'amortissement. Les charges d'investissement, couvertes par la sous-partie A1 du prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques sont amorties conformément aux dispositions et aux délais visés par l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux. Les amortissements des charges de construction, d'équipement et d'appareillage sont calculés sur les valeurs réelles d'investissement et sont limités aux montants maxima déterminés à cet effet, sous déduction :

a) des subventions à fonds perdus ;

b) de l'indemnisation visée à l'article 10bis de l'arrêté royal du 19 mai 1987 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution de projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non-mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation.

Les valeurs réelles d'investissement visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont limitées à 192.147,25 euros par usager de soins visé dans la capacité d'admission, augmentés du pourcentage de frais généraux de 10 % sur le montant de base et de la TVA en vigueur. Le montant maximum applicable est adapté annuellement à l'indice de la construction. L'indice de base est celui du 1<sup>er</sup> janvier 2018 (1,70703).

Les valeurs d'investissement qui servent de base pour charges d'amortissement sont fixées à l'aide de l'indice de la construction applicable la première année suivant la mise en service de l'investissement, sauf si cette mise en service intervient au mois de janvier. Dans ce cas, l'indice de la construction de l'année en question s'applique.

Les charges d'amortissement des investissements immeubles non subventionnables sont couvertes par le prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques à 100 % de leur valeur d'investissement réelle.

Pour les amortissements des charges de gros travaux d'entretien et des frais de première installation, les charges réelles sont retenues après déduction de l'éventuelle subvention.

Les charges suivantes sont également couvertes sur base réelle :

1° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical ;

2° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier ;

3° les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

Le prix d'achat du terrain est exclu de la possibilité d'amortissement précitée.

Pour l'application du présent paragraphe, les charges de loyer sont assimilées aux charges d'amortissement.

§ 2. Pour les charges financières des emprunts contractés pour le financement des investissements visés au paragraphe 1<sup>er</sup>, couvertes par la sous-partie A1 du prix d'hébergement, les charges réelles sont également retenues, avec les mêmes limitations que celles visées au paragraphe 1<sup>er</sup>.

§ 3. Pour la sous-partie A2 visée à l'article 111, 1°, b), du présent arrêté, les dispositions concernant les hôpitaux psychiatriques visées à l'article 30 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, telles qu'elles sont en vigueur au 31 décembre 2018, s'appliquent.

**Art. 113.** La sous-partie B1 visée à l'article 111, 2°, a), est fixée à 36,67 euros par jour. Ce montant est indexé conformément à la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit celui dont l'indice atteint une valeur justifiant une modification.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Le montant visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est lié à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

**Art. 114.** La sous-partie B2 visée à l'article 111, 2°, b), est fixée à 88,18 euros par jour par usager de soins présentant un handicap intellectuel et à 81,46 euros par jour par autre usager de soins.

Les montants visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont indexés conformément à la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit celui dont l'indice atteint une valeur justifiant une modification.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 2 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

La sous-partie B2 visée à l'article 111, 2°, b), couvrent les coûts des soins suivants :

1° les soins dispensés par des infirmiers ;

2° les prestations de kinésithérapie et de logopédie dispensées par des prestataires de soins qualifiés à cet effet, à l'exception des prestations de kinésithérapie qui ne s'inscrivent pas dans le cadre du traitement psychiatrique et qui sont prescrites par un médecin traitant autre le psychiatre coordinateur et traitant ;

3° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et de réintégration sociale, y compris l'ergothérapie ;

4° les prestations médicales dispensées par le psychiatre coordinateur et traitant.

**Art. 115.** La sous-partie B3 visée à l'article 111, 2°, c), s'élève à 3413,79 euros par maison de soins psychiatriques agréée, majorés de 73,99 euros par usager de soins visé dans la capacité d'admission.

Les montants visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont indexés conformément à la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit celui dont l'indice atteint une valeur justifiant une modification.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 2 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

**Art. 116.** Les sous-parties C2A et C2B visées à l'article 111, 3°, sont déterminées comme suit :

1° C2A : la différence entre le montant de rattrapage non encore pris en compte de la maison de soins psychiatriques divisé par le nombre de jours correspondant au nombre moyen d'usagers de soins admis visés dans la capacité d'admission de la maison de soins psychiatriques présentant un taux d'occupation de 90 % et la sous-partie C2B ;

2° C2B : le montant de rattrapage moyen obtenu en additionnant les montants de rattrapage non encore pris en compte pour l'ensemble des maisons de soins psychiatriques agréées divisés par le nombre de jours correspondant au nombre moyen d'usagers de soins admis du secteur présentant un taux d'occupation de 90 %, ce montant de rattrapage moyen étant ensuite diminué d'un montant de 1,60 euro.

Pour le calcul du nombre moyen d'usagers de soins admis visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1° et 2°, il est tenu compte des dernières données connues.

Si le résultat du calcul visé aux alinéas 1<sup>er</sup> et 2 est négatif, la sous-partie C2B est ramenée à zéro.

**Art. 117.** § 1<sup>er</sup>. Chaque maison de soins psychiatriques tient sa propre comptabilité conformément aux règles reprises à l'annexe 1re de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux.

§ 2. En ce qui concerne les comptes et subdivisions de comptes qui ne figurent pas au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, les comptes et subdivisions de comptes figurant au plan comptable minimum normalisé des entreprises, joint en annexe à l'arrêté royal du 12 septembre 1983 déterminant la teneur et la présentation d'un plan comptable minimum normalisé, sont repris.

§ 3. Les comptes repris au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux qui sont sans objet pour une maison de soins psychiatriques ne doivent pas figurer dans son plan comptable.

§ 4. Les charges et les produits des maisons de soins psychiatriques sont comptabilisés en fonction de leur nature, à savoir comptabilité générale, classes 6 et 7 des comptes, et sur la base des éléments constitutifs du prix de revient ci-après :

- 1° amortissements ;
- 2° charges financières ;
- 3° frais généraux ;
- 4° entretien ;
- 5° chauffage ;
- 6° administration ;
- 7° buanderie et lingerie ;
- 8° alimentation ;
- 9° internat ;
- 10° frais médicaux.

Chaque opération constituant une charge ou un produit doit faire l'objet d'un codage se composant des deux parties suivant :

1° le première, de cinq chiffres au moins, est le compte de charges ou de produits par nature, auquel l'opération correspond ;

2° la seconde comporte un chiffre correspondant à l'élément constitutif du prix de revient visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 5. Le compte suivant du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux est adapté pour les maisons de soins psychiatriques. Le compte 700 est subdivisé en :

- 1° 7001 : intervention des organismes assureurs et des caisses d'assurance soins ;
- 2° 7002 : intervention de l'agence ;
- 3° 7003 : intervention des usagers de soins.

§ 6. Les renseignements suivantes sont communiqués à l'agence sur demande et suivant les modalités arrêtées par celle-ci :

1° le bilan de clôture, le compte de résultats pour la maison de soins psychiatriques, les états et renseignements dont les modèles ont été fixés par l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux ;

2° le nombre de journées réalisées durant l'exercice considéré ainsi que la ventilation de ces journées par mois, par organisme assureur et par catégorie : usager de soins présentant ou non un handicap intellectuel ;

3° renseignements au sujet du personnel visés à l'article 89 par année calendrier.

**Art. 118.** L'instance de gestion de la maison de soins psychiatriques accède à toute demande d'informations émanant dans l'agence dans le délai d'un mois et communique à l'agence tous les renseignements et documents qu'elle juge nécessaires au contrôle de l'exécution du présent arrêté.

#### *Titre 4. — Intervention pour soins dans le prix d'hébergement*

**Art. 119.** § 1<sup>er</sup>. L'intervention pour soins visée à l'article 66 du décret du 6 juillet 2018 couvre les coûts des sous-parties B2, B3 et C2A visées à l'article 111, 2° et 3°, du prix d'hébergement.

§ 2. Lorsqu'un prix d'hébergement donne lieu à une intervention individuelle d'un Centre public d'action sociale au profit d'un indigent, la Communauté flamande accorde au C.P.A.S. un subside égal à 60 % de cette intervention individuelle. À cet effet, le Centre public d'action sociale transmet un document dont le modèle est mis à disposition par l'agence.

Ce subside est liquidé seulement si le Centre public d'action sociale apporte la preuve que, pour la fixation de l'intervention individuelle, il a tenu compte des dispositions de l'article 81 du présent arrêté.

La partie restante du prix d'hébergement est à charge du Centre public d'action sociale.

*Titre 5. — Financement à charge du bénéficiaire*

**Art. 120.** L'intervention forfaitaire supplémentaire visée à l'article 69 du décret du 6 juillet 2018 est la somme des montants visés à l'article 121 du présent arrêté.

**Art. 121.** § 1<sup>er</sup>. Dans le présent article, on entend par :

1° garantie de revenus aux personnes âgées : la garantie de revenus aux personnes âgées visée dans la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées ;

2° allocation d'intégration : l'allocation d'intégration visée à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;

3° indemnité d'invalidité : l'indemnité d'invalidité visée à l'article 93, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

4° intégration sociale : l'intégration sociale visée par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;

5° intervention majorée : l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Une première partie de l'intervention forfaitaire supplémentaire visée à l'article 120 est fixée à :

1° 15,41 euros par jour :

a) pour les usagers de soins qui ont des personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou dans le cadre d'une décision judiciaire ;

b) pour les bénéficiaires qui sont inscrits dans l'assurance soins de santé comme personnes à charge d'un usager de soins ;

2° 9,25 euros par jour pour les usagers de soins qui ont droit à l'intervention majorée ;

3° 4,63 euros par jour pour tous les autres usagers de soins.

Les montants visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont indexés conformément à la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit celui dont l'indice atteint une valeur justifiant une modification.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 2 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, pour les usagers de soins qui séjournaient dans une maison de soins psychiatriques au 1<sup>er</sup> janvier 2003, la première partie de l'intervention forfaitaire supplémentaire est fixée comme suit si que cela leur est plus favorable :

1° 9,91 euros par jour s'il s'agit :

a) d'usagers de soins qui remplissent l'une des conditions suivantes :

1) ils ont droit à l'intégration sociale ;

2) ils ont droit à un revenu garanti ou conservent leur droit à une majoration de rente en application de la loi du 1<sup>er</sup> avril 1969 instituant un revenu garanti aux personnes âgées ;

3) ils ont droit à une allocation d'intégration ou une allocation de remplacement de revenus en application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;

b) d'usagers de soins qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance et ont soit des personnes à charge dans le régime de l'assurance soins de santé, soit sont tenus par une décision judiciaire ou un acte notarié de verser une pension alimentaire ;

c) d'usagers de soins qui sont inscrits dans l'assurance soins de santé comme personnes à charge des titulaires visés aux points a) et b) ;

2° 7,44 euros par jour s'il s'agit :

a) d'usagers de soins qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance et n'ont personne à charge dans le régime de l'assurance soins de santé ;

b) d'usagers de soins qui ont des personnes à charge dans le régime de l'assurance soins de santé ou sont tenus par une décision judiciaire ou un acte notarié de verser une pension alimentaire, à l'exception des usagers de soins visés au point 1°, a) et b) ;

c) d'usagers de soins qui sont inscrits dans l'assurance soins de santé comme personnes à charge des titulaires visés en b) ;

3° 4,96 euros par jour s'il s'agit d'usagers de soins qui n'ont personne à charge dans le régime de l'assurance soins de santé, à l'exception des usagers de soins visés aux points 1°, a), et 2°, a).

§ 3. Une deuxième partie de l'intervention forfaitaire supplémentaire visée à l'article 120 est fixée à :

1° 7,59 euros par journée de séjour pour les usagers de soins qui remplissent l'une des conditions suivantes :

a) ils ont des personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ;

b) ils sont tenus de verser une pension alimentaire dans le cadre d'une décision judiciaire ou d'un acte notarié ;

c) ils sont inscrits dans l'assurance soins de santé comme personnes à charge d'un usager de soins ;

2° 13,95 euros par journée de séjour pour les usagers de soins qui remplissent toutes les conditions suivantes :

a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;

b) ils ont droit à l'intervention majorée ;

c) ils :

1) n'ont pas droit à une allocation d'intégration ;

2) ont droit à une allocation d'intégration de catégorie 1 ;

d) ils ont droit à l'une des interventions suivantes :

1) une indemnité d'invalidité comme travailleur irrégulier ;

2) une intégration sociale ;

3) une garantie de revenus aux personnes âgées ;

3° 10,95 euros par journée de séjour pour les usagers de soins qui remplissent toutes les conditions suivantes :

a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;

b) ils ont droit à l'intervention majorée ;

c) soit ils :

1) n'ont pas droit à une allocation d'intégration ;

2) ont droit à l'allocation d'intégration de catégorie 2 ;

d) soit ils :

1) n'ont pas droit à une indemnité d'invalidité ;

2) ont droit à une indemnité d'invalidité autre que comme travailleur irrégulier ;

4° 8,25 euros par journée de séjour pour les usagers de soins qui remplissent toutes les conditions suivantes :

a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;

b) ils ont droit à l'intervention majorée ;

c) ils ont droit à une allocation d'intégration de catégorie 2 ou 3 ;

d) ils ont droit à une indemnité d'invalidité comme travailleur irrégulier ;

5° 5,75 euros par journée de séjour pour les usagers de soins qui remplissent toutes les conditions suivantes :

a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;

b) ils ont droit à l'intervention majorée ;

c) ils ont droit à une allocation d'intégration de catégorie 2 ou 3 ;

d) soit ils :

1) n'ont pas droit à une indemnité d'invalidité ;

2) ont droit à une indemnité d'invalidité autre que comme travailleur irrégulier ;

6° 5,75 euros par journée de séjour pour les usagers de soins qui remplissent toutes les conditions suivantes :

a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;

b) ils ont droit à l'intervention majorée ;

c) ils ont droit à une allocation d'intégration de catégorie 4 ou 5 ;

d) ils ont droit à une indemnité d'invalidité comme travailleur irrégulier ;

7° 4,75 euros par journée de séjour pour les usagers de soins qui remplissent toutes les conditions suivantes :

a) ils ne tombent pas sous le coup du point 1° ;

b) ils ont droit à l'intervention majorée ;

c) ils ont droit à une allocation d'intégration de catégorie 4 ou 5 ;

d) soit ils :

1) n'ont pas droit à une indemnité d'invalidité ;

2) ont droit à une indemnité d'invalidité autre que comme travailleur irrégulier ;

8° 4,27 euros par journée de séjour pour les usagers de soins qui ne tombent pas sous le coup des points 1° à 7°.

Les montants visés au présent paragraphe sont indexés conformément à la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit celui dont l'indice atteint une valeur justifiant une modification.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 2 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants visés au présent paragraphe sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

### Partie 3. — Initiatives d'habitation protégée

#### *Titre 1<sup>er</sup>. — Agrément*

#### CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Dispositions générales

**Art. 122.** § 1<sup>er</sup>. Dans le présent article, on entend par :

1° capacité d'accompagnement : le nombre maximal d'usagers de soins qu'une initiative d'habitation protégée peut accompagner simultanément chaque jour sur la base d'un contrat d'accompagnement tel que visé à l'article 128 ;

2° capacité d'hébergement : le nombre maximal d'usagers de soins qu'une initiative d'habitation protégée peut héberger simultanément chaque jour sur la base d'un contrat de séjour tel que visé à l'article 130.

L'agrément comme initiative d'habitation protégée ou comme initiative novatrice en matière de soins d'une initiative d'habitation protégée déjà agréée est accordée par le fonctionnaire dirigeant par initiative d'habitation protégée et fixe la capacité d'accompagnement, d'une part, et la capacité d'hébergement, d'autre part. L'agrément mentionne également l'adresse des logements visés à l'article 129.

La capacité d'accompagnement d'une initiative d'habitation protégée s'élève à 64 usagers de soins au moins, à l'exception des initiatives d'habitation protégée établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. L'initiative d'habitation protégée accompagne des usagers de soins du même niveau de soins de la ville régionale visé à l'annexe au décret du 23 mai 2003 relatif à la répartition en régions de soins et relatif à la coopération et la programmation de structures de santé et de structures d'aide sociale.

§ 2. L'initiative d'habitation protégée respecte les exigences prévues par l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 janvier 2006 concernant la comptabilité et le rapport financier pour les structures dans certains secteurs du domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille.

#### CHAPITRE 2. — Normes générales de fonctionnement

**Art. 123.** L'accompagnement orienté rétablissement visé à l'article 55, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018 consiste en un accompagnement de soutien et orienté vers l'épanouissement dans le cadre de vie propre de l'utilisateur de soins.

À l'alinéa 1<sup>er</sup>, on entend par :

- 1° de soutien : orienté vers le maintien des aptitudes ;
- 2° orienté vers l'épanouissement : orienté vers l'acquisition d'aptitudes supplémentaires ;
- 3° cadre de vie propre : les milieux de vie, de travail, d'apprentissage et de loisirs que l'utilisateur de soins a lui-même choisis.

Se fondant sur les besoins en soins de l'utilisateur de soins, l'accompagnement orienté rétablissement est orienté vers les domaines de la vie suivants : 1° la prise en charge personnelle ;

- 2° l'habitat ;
- 3° le travail ou les alternatives au travail ;
- 4° l'apprentissage ;
- 5° les loisirs ;
- 6° la santé psychique et somatique ;
- 7° les contacts sociaux ;
- 8° le budget ;
- 9° l'administration ;
- 10° le ménage ;
- 11° la mobilité.

**Art. 124.** Pour l'exécution de sa mission, une initiative d'habitation protégée peut engager du personnel et des moyens conjointement avec d'autres acteurs qui assurent des missions liées pour le même groupe-cible. Le ministre arrête les conditions opérationnelles auxquelles cette collaboration doit satisfaire.

Les autres acteurs qui assurent des missions liées pour le même groupe-cible s'entendent notamment des équipes de traitement au domicile des usagers de soins et des maisons de soins psychiatriques qui s'adressent aux adultes et aux personnes âgées présentant des problèmes psychiatriques complexes, graves et de longue durée.

#### CHAPITRE 3. — Normes de dispensation de soins

##### Section 1<sup>re</sup>. — Généralités

**Art. 125.** L'initiative d'habitation protégée assure un accompagnement orienté rétablissement sans que les accompagnateurs ne soient constamment présents au domicile de l'utilisateur de soins.

##### Section 2. — Politique d'entrée

**Art. 126.** L'initiative d'habitation protégée élabore des critères d'entrée d'utilisateurs de soins sur la base des normes générales de fonctionnement visées à l'article 123 et du principe de non-discrimination visé à l'article 138.

**Art. 127.** L'initiative d'habitation protégée adopte une procédure d'entrée qui décrit la façon dont les candidats-utilisateurs de soins peuvent se présenter à l'initiative d'habitation protégée, la façon dont les besoins en soins du candidat-utilisateur de soins sont identifiés de manière standardisée et structurée et la façon dont se déroule la vérification des critères d'entrée visés à l'article 126.

La politique d'entrée est évaluée périodiquement par le coordinateur et les accompagnateurs visés à l'article 144, conjointement avec le psychiatre coordinateur visé à l'article 145.

**Art. 128.** § 1<sup>er</sup>. L'initiative d'habitation protégée conclut avec l'utilisateur de soins ou son représentant légal un contrat d'accompagnement dans lequel sont repris les éléments suivants :

- 1° l'identification de l'initiative d'habitation protégée et de l'utilisateur de soins ;
- 2° les principales conditions d'accompagnement ;
- 3° la date de début ;
- 4° la durée du contrat ;
- 5° les frais éventuels à charge de l'utilisateur de soins ;
- 6° les conditions de résiliation de l'accompagnement ;
- 7° la procédure de plainte.

Le contrat d'accompagnement ne peut être modifié qu'après notification préalable à l'utilisateur de soins ou à son représentant légal. Si l'utilisateur de soins ou son représentant légal n'est pas d'accord avec les modifications proposées du contrat d'accompagnement, l'utilisateur de soins ou son représentant légal peut y mettre fin moyennant un délai de préavis.

Le contrat prend fin d'un commun accord s'il est dénoncé par l'une des parties ou si l'utilisateur de soins vient à décéder. Le contrat est dénoncé par envoi recommandé ou par remise contre récépissé.

Le contrat d'accompagnement est accompagné d'une copie du règlement visé à l'article 151 et d'un règlement d'ordre intérieur supplémentaire dans lequel sont stipulées toutes les autres conditions d'accompagnement et règles pertinentes qui n'ont pas été fixées dans le contrat d'accompagnement. Chaque usager de soins ou son représentant légal signe le règlement d'ordre intérieur pour accord.

Les modifications apportées au règlement d'ordre intérieur sont préalablement communiquées et peuvent être appliquées au plus tôt trente jours après leur notification à l'utilisateur de soins ou à son représentant légal.

§ 2. Hormis l'acceptation de l'accompagnement par les membres du personnel de l'initiative d'habitation protégée, l'utilisateur de soins a le droit de choisir librement le praticien professionnel visé à l'article 2, 3°, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

**Art. 129.** Dans le cadre de la mission d'accompagnement et dans les limites du patrimoine disponible, l'initiative d'habitation protégée peut mettre un logement à la disposition des usagers de soins qui en ont besoin pendant la durée de l'accompagnement afin de donner de la sorte à l'utilisateur de soins une place dans la société.

Les logements collectifs qui remplissent toutes les conditions suivantes entrent en considération pour l'hébergement offert par une initiative d'habitation protégée visé à l'article 56, alinéa 3, 1°, du décret du 6 juillet 2018 :

- 1° ils sont situés dans la communauté de vie locale de manière à ce que les usagers de soins puissent participer à la vie sociale ;
- 2° ils se trouvent en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique ;
- 3° ils disposent des équipements sanitaires suivants : un bain ou une douche, un W.C. et un lavabo individuel ;
- 4° ils disposent d'une salle de séjour, d'une salle à manger, d'une cuisine et d'une ou de plusieurs chambres à coucher.

Les logements individuels qui remplissent toutes les conditions suivantes entrent en considération pour l'hébergement offert par une initiative d'habitation protégée visé à l'article 56, alinéa 3, 1°, du décret du 6 juillet 2018 :

- 1° ils sont situés dans la communauté de vie locale de manière à ce que les usagers de soins puissent participer à la vie sociale ;
- 2° ils se trouvent en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique ;
- 3° ils disposent des équipements sanitaires suivants : un bain ou une douche, un W.C. et un lavabo ;
- 4° ils disposent d'une pièce de vie avec coin-cuisine ou cuisine séparée.

**Art. 130.** Pour les usagers de soins qui séjournent dans un logement tel que visé à l'article 129, le contrat d'accompagnement visé à l'article 128 est complété d'un contrat de séjour qui définit les conditions suivantes du séjour dans le logement :

- 1° l'identification de l'initiative d'habitation protégée et de l'utilisateur de soins ;
- 2° les principales conditions de séjour ;
- 3° la date de début ;
- 4° la durée du contrat ;
- 5° les frais de séjour ;
- 6° les conditions de résiliation visées à l'article 131 ;
- 7° la procédure de plainte ;
- 8° la période d'essai.

Le contrat de séjour est lié au contrat d'accompagnement visé à l'article 128 et, par conséquent, à la durée de l'accompagnement.

Le contrat de séjour ne peut être modifié qu'après notification préalable à l'utilisateur de soins ou à son représentant légal. Si l'utilisateur de soins ou son représentant légal n'est pas d'accord avec les modifications proposées du contrat de séjour, l'utilisateur de soins ou son représentant légal peut y mettre fin moyennant un délai de préavis.

Le contrat de séjour est accompagné d'un règlement d'ordre intérieur supplémentaire dans lequel sont stipulées toutes les autres conditions de séjour et règles pertinentes qui n'ont pas été fixées dans le contrat de séjour. Chaque usager de soins ou son représentant légal signe le règlement d'ordre intérieur pour prise de connaissance.

Les modifications apportées au règlement d'ordre intérieur sont préalablement communiquées et peuvent être appliquées au plus tôt trente jours après leur notification à l'utilisateur de soins ou à son représentant légal.

**Art. 131.** § 1<sup>er</sup>. Sous réserve du paragraphe 2, l'utilisateur de soins ou son représentant légal peut mettre fin au contrat d'accompagnement et de séjour moyennant un délai de préavis de trente jours. Le délai de préavis commence le premier jour ouvrable qui suit la réception du préavis par l'utilisateur de soins ou l'initiative d'habitation protégée.

Sous réserve du paragraphe 2, l'initiative d'habitation protégée peut mettre fin au contrat d'accompagnement et de séjour moyennant les délais de préavis suivants, dans les cas suivants :

1° soixante jours lorsque le psychiatre coordinateur visé à l'article 145 juge que l'état physique ou mental de l'utilisateur de soins est de nature telle qu'une orientation vers des soins plus adéquats que ceux pouvant être offerts est requise. L'initiative d'habitation protégée s'engage à assurer un renvoi vers ces soins adéquats en concertation avec l'utilisateur de soins ou son représentant légal et prolonge au besoin le délai de préavis ;

2° trente jours lorsque l'instance de gestion juge que le comportement de l'utilisateur de soins perturbe gravement les co-usagers de soins ou lorsque le comportement de l'utilisateur de soins empêche gravement l'accompagnement. Dans ce cas, l'initiative d'habitation protégée envoie au préalable une sommation écrite à l'utilisateur de soins en le priant instamment de remédier aux manquements décrits dans la sommation. Si l'utilisateur de soins ne donne pas suite à cette sommation, l'initiative d'habitation protégée peut dénoncer le contrat de séjour après approbation du psychiatre coordinateur visé à l'article 145. L'initiative d'habitation protégée se charge, conjointement avec le psychiatre coordinateur visé à l'article 145, du renvoi vers un hébergement adapté en concertation avec l'utilisateur de soins ou son représentant légal et son contexte et prolonge au besoin le délai de préavis.

Le délai de préavis commence le premier jour ouvrable qui suit la réception du préavis par l'utilisateur de soins ou l'initiative d'habitation protégée.



§ 2. Les trente premiers jours du séjour sont considérés comme une période d'essai. Durant cette période, un délai de préavis réduit de sept jours s'applique à l'utilisateur de soins et un délai de préavis réduit de trente jours s'applique à l'initiative d'habitation protégée. Le délai de préavis commence le premier jour ouvrable qui suit la réception du préavis par l'utilisateur de soins ou l'initiative d'habitation protégée.

Dans le cas où l'initiative d'habitation protégée met un autre logement à disposition après application du paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, un délai de préavis de trente jours est appliqué pour le premier logement. Le délai de préavis commence le premier jour ouvrable qui suit la réception du préavis par l'utilisateur de soins ou l'initiative d'habitation protégée.

L'utilisateur de soins et l'initiative d'habitation protégée peuvent déroger aux délais de préavis visés dans le présent article d'un commun accord écrit.

#### Section 3. — Plan d'accompagnement :

**Art. 132.** L'accompagnement par l'initiative d'habitation protégée part d'une exploration soigneuse et structurée des besoins en soins de l'utilisateur de soins et de son contexte dans les divers domaines de la vie visés à l'article 123, alinéa 3.

Sur la base des besoins en soins visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'utilisateur de soins et les accompagnateurs élaborent un plan d'accompagnement. Si c'est possible et si l'utilisateur de soins le souhaite, les personnes du contexte sont également associées à l'élaboration de ce plan d'accompagnement. Le plan d'accompagnement comprend au moins un relevé des besoins en soins, les préférences de l'utilisateur de soins, les objectifs que l'on souhaite atteindre par le biais de l'accompagnement, une priorisation des objectifs et un plan d'approche des objectifs prioritaires sous la forme d'actions et d'activités d'accompagnement. Les activités d'accompagnement s'adressent tant à l'utilisateur de soins qu'à son contexte si l'utilisateur de soins en fait la demande ou marque son accord.

Les actions réalisées et le plan d'accompagnement visés à l'alinéa 2 font de préférence l'objet d'une évaluation continue et sont ajustés si nécessaire. Le plan d'accompagnement complet est évalué au moins tous les douze mois conjointement avec l'utilisateur de soins et, s'il le souhaite, son contexte. Au terme de chaque évaluation, une décision est prise à l'appui de la poursuite de l'accompagnement dans les différents domaines de la vie et quant à la cessation ou à la poursuite de l'accompagnement.

**Art. 133.** Il est tenu, pour chaque utilisateur de soins, un dossier individuel qui contient au minimum les données d'identité, les antécédents, les informations de base médicales, sociales et juridiques, le contrat d'accompagnement, le plan d'accompagnement, le plan de crise visé à l'article 134 et, le cas échéant, le contrat de séjour.

Le délai de conservation du dossier visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est de 30 ans après la sortie de l'utilisateur de soins.

Lors de la conservation et de la consultation de ce dossier, la protection de la vie privée de l'utilisateur de soins est garantie au maximum.

**Art. 134.** L'initiative d'habitation protégée organise les procédures nécessaires pour que l'utilisateur de soins en situation de crise puisse faire appel jour et nuit à l'aide la plus indiquée. L'utilisateur de soins est clairement informé de ces procédures.

Le plan de crise est établi conjointement avec l'utilisateur de soins.

À l'alinéa 2, le plan de crise s'entend d'un plan de mesures pour les situations de crise adapté à l'utilisateur de soins. Le plan de crise indique ce que l'on entend par crise et contient les informations personnelles pertinentes, les personnes de contact nécessaires avec leurs coordonnées exactes ainsi qu'une description de la conduite la plus adéquate à adopter en cas de crise.

**Art. 135.** L'initiative d'habitation protégée mène une politique articulée autour des comportements sexuels déviants, de la prévention du suicide et des crises et développe l'expertise nécessaire à cet effet par biais de la formation.

L'initiative d'habitation protégée communique aux candidats-utilisateurs de soins et aux partenaires du réseau pertinents son offre d'accompagnement et sa politique interne en matière d'entrée, de groupes-cibles, de sortie et de transition. Elle coordonne cette offre de soins et cette politique interne avec des partenaires du réseau pertinents.

**Art. 136.** Dans le cadre de l'accompagnement des utilisateurs de soins et de leur contexte, l'initiative d'habitation protégée fait appel, si possible, à d'autres partenaires des soins de première ligne, des soins de santé généraux ou du secteur de l'aide sociale ou à d'autres partenaires du réseau.

#### Section 4. — Continuité des soins

**Art. 137.** L'initiative d'habitation protégée veille à la continuité de l'accompagnement orienté rétablissement tant dans l'orientation de l'utilisateur de soins vers l'initiative d'habitation protégée que durant l'accompagnement en habitation protégée et par la suite, après l'accompagnement, en respectant la liberté de choix de l'utilisateur de soins.

Si un utilisateur de soins est temporairement admis dans une structure de soins ou d'aide sociale résidentiels, le personnel de l'initiative d'habitation protégée se tient à sa disposition durant trois mois au moins pour poursuivre son accompagnement à condition que ses chances de retour à l'initiative d'habitation protégée soient réelles.

#### Section 5. — Non-discrimination

**Art. 138.** L'initiative d'habitation protégée garantit à ses utilisateurs de soins la liberté entière d'opinion philosophique, religieuse et politique.

Lors de l'exécution de ses missions, l'initiative d'habitation protégée exclut toute forme de discrimination fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la langue, l'état de santé actuel ou futur, un handicap, la race, le sexe, le genre, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine sociale.

#### Section 6. — Plaintes

**Art. 139.** L'initiative d'habitation protégée élabore une procédure de plainte interne et communique de manière systématique et accessible à tout nouvel utilisateur de soins le but, le fonctionnement et l'accessibilité de la fonction de médiation des soins de santé mentale liée aux plates-formes de concertation des soins de santé mentale, visées aux articles 11 à 21 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques.

## CHAPITRE 4. — Normes fonctionnelles et organisationnelles de fonctionnement

**Art. 140.** L'initiative d'habitation protégée assure l'accompagnement du groupe-cible visé à l'article 55, § 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018, indépendamment du type d'habitation de l'utilisateur de soins.

L'initiative d'habitation protégée mène une politique systématique, explicite et transparente. Cette politique est évaluée au moins tous les cinq ans.

Dans le présent article, l'évaluation s'entend notamment, mais pas exclusivement, de l'évaluation du fonctionnement de l'initiative d'habitation protégée sur la base d'indicateurs de qualité, de données d'enregistrement, de la formation et de l'accompagnement.

**Art. 141.** L'initiative d'habitation protégée dispose au moins d'une adresse d'accueil et d'un numéro de téléphone central auquel l'équipe d'accompagnateurs peut être jointe.

L'adresse d'accueil est facilement accessible ; il est possible de s'y rendre notamment par les transports publics.

L'adresse d'accueil est située dans la communauté de vie locale et se trouve en tout cas en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique.

L'adresse d'accueil comporte au minimum un secrétariat, un local pour les réunions d'équipe et un local où peuvent se tenir des entretiens individuels avec la garantie du respect de la vie privée de l'utilisateur de soins.

La vie privée des utilisateurs de soins est garantie durant leur visite à l'adresse d'accueil.

**Art. 142.** L'initiative d'habitation protégée crée un conseil des utilisateurs de soins pour ses utilisateurs de soins. Ce conseil des utilisateurs de soins a une compétence d'avis sur la politique menée.

**Art. 143.** L'initiative d'habitation protégée transmet chaque année à l'agence les données reprises à l'annexe 2 jointe au présent arrêté aux fins de leur analyse, de la mise en œuvre d'une politique scientifiquement fondée dans le cadre de la politique flamande de l'aide sociale et de la santé et de la communication d'informations à ce sujet, comme prévu à l'article 13, § 6, du décret du 6 juillet 2018.

Dans chaque initiative d'habitation protégée, une personne est chargée par l'instance de gestion de coordonner la transmission des données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> à l'agence et de pseudonymiser les données à caractère personnel qui relèvent des données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Le délai de conservation des données à caractère personnel visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> est d'un an après leur réception.

## CHAPITRE 5. — Normes de personnel

**Art. 144.** L'initiative d'habitation protégée dispose, pour l'accompagnement de l'utilisateur de soins, d'une équipe multidisciplinaire placée sous la direction d'un coordinateur qui dispose des compétences de direction et de management nécessaires.

Pour huit utilisateurs de soins, au moins un membre du personnel équivalent temps plein est prévu pour l'accompagnement, coordinateur compris.

Au moins 80 % des membres du personnel qui se chargent de l'accompagnement des utilisateurs de soins possèdent le grade de bachelier ou de master dans l'une des disciplines suivantes :

- 1° soins de santé ;
- 2° travail socio-éducatif ;
- 3° psychologie et sciences pédagogiques ;
- 4° sciences sociales de la santé ;
- 5° sciences kinésiques et réadaptation fonctionnelle ;
- 6° médecine.

L'équipe d'accompagnateurs est en mesure de garantir une approche multidisciplinaire pour chaque utilisateur de soins en accompagnement avec des interventions psycho-éducatives et psychosociales.

Les membres du personnel qui ne remplissent pas la condition de diplôme visée à l'alinéa 3 mais qui travaillaient déjà dans une initiative d'habitation protégée avant le 26 juillet 1990 peuvent continuer à exercer cette fonction. Ces personnes doivent pouvoir, à tout moment, apporter à l'agence la preuve qu'elles travaillaient déjà dans une initiative d'habitation protégée avant le 26 juillet 1990.

Les membres du personnel qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2019, étaient en possession d'un diplôme tel que visé à l'article 20 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, et qui étaient déjà occupés dans une initiative d'habitation protégée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019 sont réputés satisfaire à la condition de diplôme visée à l'alinéa 3. La preuve que ces personnes étaient déjà en possession du diplôme et occupées dans une initiative d'habitation protégée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019 doit toujours être apportée à l'agence.

L'initiative d'habitation protégée fournit à l'agence, sur demande et suivant les modalités arrêtées par celle-ci, les renseignements suivants au sujet du personnel :

- les nom et prénom du membre du personnel ;
- le numéro de registre national ;
- la date de naissance ;
- la fonction ;
- le diplôme ;
- le nombre d'heures que le membre du personnel doit prester et a prestées ;
- la date de l'engagement ;
- la date éventuelle de départ.

L'initiative d'habitation protégée conserve les données à caractère personnel visées à l'alinéa précédent jusqu'à un an après le départ du membre du personnel.

L'initiative d'habitation protégée conserve pendant cinq ans les documents à l'appui des données visées à l'article 153, § 2, 7°, d), f) et g).

**Art. 145.** L'initiative d'habitation protégée désigne un médecin coordinateur, spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, qui est responsable :

- 1° des décisions quant à l'entrée d'usagers de soins dans l'initiative d'habitation protégée en assistant au moins aux entretiens d'entrée ;
- 2° de la concertation et des contacts avec les médecins traitants et les services de traitement concernés ;
- 3° de la conception et de l'application de scénarios d'intervention en situations de crise ;
- 4° de la supervision des processus d'accompagnement en assistant au moins aux réunions d'équipe ;
- 5° de la direction de la politique de formation pour les accompagnateurs ;
- 6° de l'élaboration de la politique stratégique et opérationnelle en collaboration avec le coordinateur ;
- 7° de l'évaluation et de la validation de la politique d'entrée et de sortie.

Le psychiatre coordinateur est présent au minimum trois heures par semaine à l'initiative d'habitation protégée pour y remplir les responsabilités visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> et peut démontrer qu'il réalise les missions qui lui sont confiées. Le nombre exact d'heures à pourvoir dépend du nombre d'usagers de soins et est fixé dans la convention de collaboration entre l'initiative d'habitation protégée et le psychiatre.

**Art. 146.** Une concertation d'équipe a lieu à intervalles réguliers, au cours de laquelle toutes les disciplines sont représentées, y compris le psychiatre visé à l'article 145.

#### CHAPITRE 6. — *Dérogation temporaire et motivée aux normes d'agrément*

**Art. 147.** À la demande motivée de l'initiative d'habitation protégée, l'agence peut lui accorder, conformément à l'article 58 du décret du 6 juillet 2018, une dérogation temporaire à une ou plusieurs normes d'agrément dans le cadre d'un projet-pilote.

L'initiative d'habitation protégée introduit la demande auprès de l'agence. La demande mentionne clairement les normes auxquelles elle se rapporte et contient une motivation de la demande et une proposition de mesures alternatives afin de garantir la sécurité des usagers de soins et la qualité des soins dispensés à un niveau suffisant.

#### CHAPITRE 7. — *Initiatives novatrices en matière de soins*

##### Section 1<sup>re</sup>. — *Activation*

**Art. 148.** Dans le présent article, l'activation s'entend de l'orientation de l'utilisateur de soins vers l'activité la plus adéquate et de son accompagnement dans celle-ci dans les domaines du travail, de la formation, des loisirs et des rencontres.

Une initiative d'habitation protégée agréée peut organiser une offre d'activation pour les adultes et les personnes âgées présentant des problèmes psychiatriques graves et de longue durée. Cette offre est ouverte tant aux usagers de soins avec lesquels l'initiative d'habitation protégée a conclu un contrat d'accompagnement tel que visé à l'article 128 qu'à ceux avec lesquels elle n'a pas de contrat d'accompagnement.

Afin d'obtenir l'agrément comme initiative novatrice en matière de soins pour l'activation, toutes les conditions suivantes doivent être remplies :

1° l'initiative d'habitation protégée accompagne autant que possible les usagers de soins visés à l'alinéa 2 vers une activité appropriée de l'offre régulière du travail, de la formation, des loisirs et des rencontres ;

2° pour les usagers de soins visés à l'alinéa 2 qui n'ont guère, voire pas de possibilités de rejoindre l'offre sociale ordinaire, l'initiative d'habitation protégée organise elle-même, dans les limites du financement accordé ou en collaboration avec d'autres partenaires locaux des soins, une offre de base aussi variée que possible d'activités de jour, dans un ou plusieurs des domaines visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, dans le cadre desquelles l'utilisateur de soins peut faire l'expérience de rôles sociaux dans un environnement sécurisé ;

3° l'initiative d'habitation protégée évalue régulièrement et systématiquement l'offre d'activation en concertation avec les partenaires du réseau ;

4° l'initiative d'habitation protégée affecte au moins la capacité de personnel suivante à l'activation :

a) 0,50 équivalent temps plein pour une initiative d'habitation protégée comptant au maximum 19 usagers de soins avec lesquels elle a conclu un contrat d'accompagnement tel que visé à l'article 128 ;

b) 0,75 équivalent temps plein pour une initiative d'habitation protégée comptant de 20 à 39 usagers de soins avec lesquels elle a conclu un contrat d'accompagnement tel que visé à l'article 128 ;

c) 1,25 équivalent temps plein pour une initiative d'habitation protégée comptant de 40 à 59 usagers de soins avec lesquels elle a conclu un contrat d'accompagnement tel que visé à l'article 128 ;

d) 1,50 équivalent temps plein pour une initiative d'habitation protégée comptant de 60 à 99 usagers de soins avec lesquels elle a conclu un contrat d'accompagnement tel que visé à l'article 128 ;

e) 2,00 équivalents temps plein pour une initiative d'habitation protégée comptant de 100 à 149 usagers de soins avec lesquels elle a conclu un contrat d'accompagnement tel que visé à l'article 128 ;

f) 3,00 équivalents temps plein pour une initiative d'habitation protégée comptant plus de 150 usagers de soins avec lesquels elle a conclu un contrat d'accompagnement tel que visé à l'article 128.

L'agrément est accordé par le fonctionnaire dirigeant dans les limites des crédits budgétaires disponibles.

L'offre d'activation visée à l'alinéa 2 financée, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019, par le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement conformément à l'article 1, F), de l'arrêté royal du 18 juillet 2001 fixant les règles selon lesquelles le budget des moyens financiers, le quota de journées de séjour et le prix de la journée de séjour sont déterminés pour les initiatives d'habitations protégées, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, est agréée comme initiative novatrice en matière de soins pour l'activation pour la durée résiduelle de l'agrément de l'initiative d'habitation protégée.

##### Section 2. — *Soins psychiatriques à domicile*

**Art. 149.** Une initiative d'habitation protégée agréée peut prendre une initiative novatrice en matière de soins pour l'accompagnement orienté rétablissement d'adultes et de personnes âgées présentant des problèmes psychiatriques graves et de longue durée sous la forme de soins psychiatriques à domicile.

Afin d'obtenir l'agrément comme initiative novatrice en matière de soins pour les soins psychiatriques à domicile, le soutien doit remplir toutes les conditions suivantes :

1° il s'agit, d'une part, du soutien d'adultes et de personnes âgées présentant des problèmes psychiatriques qui sont en mesure, après un soutien périodique, de vivre de manière autonome et, d'autre part, du soutien d'acteurs de première ligne dans l'identification d'adultes et de personnes âgées présentant probablement des problèmes psychiatriques et dans leurs relations avec eux ;

2° le soutien est mis en œuvre par une initiative d'habitation protégée en concertation avec les partenaires du réseau.

L'agrément est accordé par le fonctionnaire dirigeant dans les limites des crédits budgétaires disponibles.

**Art. 150.** Les missions des soins psychiatriques pour des patients à leur domicile sélectionnées et financées, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019, par le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement conformément à l'article 1, J), de l'arrêté royal du 18 juillet 2001 fixant les règles selon lesquelles le budget des moyens financiers, le quota de journées de séjour et le prix de la journée de séjour sont déterminés pour les initiatives d'habitations protégées, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, sont agréées comme initiative novatrice en matière de soins pour les soins psychiatriques à domicile pour la durée résiduelle de l'agrément de l'initiative d'habitation protégée.

*CHAPITRE 8. — Protection de la vie privée lors du traitement des données à caractère personnel des usagers de soins, en particulier des données médicales*

**Art. 151.** Chaque initiative d'habitation protégée dispose, pour le traitement des données à caractère personnel relatives aux usagers de soins, en particulier pour les données concernant la santé telles que visées à l'article 4, 15), du règlement général sur la protection des données, d'un règlement pour la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Le règlement est communiqué aux usagers de soins conjointement avec les informations visées à l'article 13, paragraphes 1<sup>er</sup> et 2, du règlement précité.

Le règlement mentionne, pour chaque traitement, au moins les données suivantes :

- 1° la finalité du traitement ;
- 2° les dispositions de l'article 13 du décret du 6 juillet 2018 et des articles 7 et 8 du présent arrêté décidant la création du traitement ;
- 3° l'identité et les coordonnées de l'initiative d'habitation protégée et de l'instance de gestion ;
- 4° le nom de la personne sous la responsabilité de laquelle les données concernant la santé sont traitées, visée à l'article 13, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018, et qui a été désignée à cet effet par l'initiative d'habitation protégée ;
- 5° le nom de la personne chargée par l'initiative d'habitation protégée de la sécurité du traitement ;
- 6° l'identité et les coordonnées du coordinateur visé à l'article 144 du présent arrêté ;
- 7° les catégories de personnes qui ont accès aux données concernant la santé ou sont autorisées à les obtenir ;
- 8° les catégories des personnes concernées ;
- 9° la nature des données traitées et la manière dont elles sont obtenues ;
- 10° l'organisation du circuit des données concernant la santé à traiter ;
- 11° la procédure d'anonymisation ou de pseudonymisation de données ;
- 12° les procédures de sécurité afin d'empêcher la destruction accidentelle ou non autorisée de données, la perte accidentelle de données ou l'accès non autorisé aux données, leur altération ou leur diffusion non autorisée ;
- 13° le délai au-delà duquel les données ne peuvent plus, le cas échéant, être conservées, utilisées ou diffusées ;
- 14° les rapprochements, interconnexions ou tout autre forme de mise en relation de données faisant l'objet d'un traitement ;
- 15° les interconnexions et les consultations ;
- 16° les cas dans lesquels les données sont effacées ;
- 17° la manière dont les usagers de soins peuvent exercer leurs droits visés dans la réglementation relative à la protection à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

L'initiative d'habitation protégée désigne la personne sous la responsabilité de laquelle les données concernant la santé sont traitées, visée à l'article 13, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018.

L'initiative d'habitation protégée désigne une personne chargée de la sécurité du traitement.

**Titre 2. — Programmation**

**Art. 152.** La programmation des initiatives d'habitation protégée sises dans la région de langue néerlandaise est de 0,5 usager de soins pour mille habitants. La programmation des initiatives d'habitation protégée sises dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale est de 0,17 usager de soins pour mille habitants.

**Titre 3. — Financement**

**Art. 153.** § 1<sup>er</sup>. Par initiative d'habitation protégée agréée, un prix par journée de séjour est fixé par usager de soins tel que visé dans la capacité d'accompagnement. Dans une initiative d'habitation protégée, le prix par journée de séjour est égal à la somme des indemnités visées au paragraphe divisée par le quota de journées de séjour.

Le quota de journées de séjour est égal au nombre de journées facturées pendant lesquelles la capacité d'accompagnement a effectivement remplie durant l'année calendrier précédente.

À titre provisoire, on considère une occupation à 100 %.

Le calcul définitif s'effectue par le biais d'un montant de rattrapage qui est appliqué à la somme des indemnités de l'année suivante.

§ 2. Par initiative d'habitation protégée agréée, les indemnités suivantes sont octroyées :

1° une indemnité pour les frais de personnel : 8.475,02 euros par usager de soins pour deux tiers du nombre d'usagers de soins et 11.300,05 euros par usager de soins pour un tiers du nombre d'usagers de soins ;

2° une indemnité pour les frais de fonctionnement liés à l'accompagnement : 770,35 euros par usager de soins ;

3° une indemnité pour les frais du complément de fonction du coordinateur : chaque année, un montant brut de 1.367,56 euros pour une prime de coordination annuelle pour le coordinateur ;

4° une indemnité pour la fonction de psychiatre coordinateur :

a) 9.371,52 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 20 usagers de soins maximum ;

b) 15.619,21 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 40 usagers de soins maximum ;

c) 18.743,05 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 60 usagers de soins maximum ;

d) 21.866,93 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 80 usagers de soins maximum ;

e) 24.990,77 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 100 usagers de soins maximum ;

f) 28.114,61 euros pour les initiatives d'une capacité d'accompagnement de plus de 100 usagers de soins.

5° une indemnité pour l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum : 3.470,94 euros par initiative d'habitation protégée, augmentés de 69,40 euros par usager de soins ;

6° une indemnité unique d'installation de 2.074,03 euros par usager de soins supplémentaire après élargissement par l'agence de la capacité d'accompagnement d'une initiative d'habitation protégée agréée ;

7° une indemnité pour les mesures de fin de carrière :

a) Définitions

Pour l'application de ce point 7°, on entend par :

1) mesures de fin de carrière : les mesures prises dans l'accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;

2) membres du personnel : le personnel infirmier et le personnel soignant au sens de l'article 8, 7° et 8°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Par personnel soignant, on entend les travailleurs qui bénéficient du barème qui y correspond.

S'y ajoutent :

a. les infirmiers sociaux ;

b. les kinésithérapeutes/ergothérapeutes/logopèdes/diététiciens ;

c. les éducateurs accompagnants intégrés dans les équipes de soins ;

d. les assistants sociaux et les assistants en psychologie occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;

d. les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;

f. les assistants en logistique ;

g. les personnes visées par les articles 152 et 153 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

La description des professions fait référence à la fonction réellement exercée.

3) période d'absence justifiée : les journées ou les heures non prestées mais assimilées à des journées ou des heures de travail dans la mesure où elles ont donné lieu au paiement d'une rémunération par l'institution. Il faut également y inclure les journées où le membre du personnel est en disponibilité pour cause de maladie ou d'invalidité.

b) en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière, les principes suivants s'appliquent :

1) les initiatives d'habitation protégée ont droit à une intervention financière annuelle en compensation des mesures de dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, telle qu'elle est prévue dans l'accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005, pour autant qu'elles soient soumises à l'application d'une convention collective de travail conclue au sein de la commission paritaire compétente ou de protocoles d'accord conclus au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de ces autorités ;

2) l'intervention financière couvre uniquement les avantages prévus dans le présent arrêté et n'est possible que si la convention collective de travail ou le protocole d'accord prévoit les avantages suivants et si les membres du personnel concernés bénéficient effectivement de ces avantages :

i) les membres du personnel à temps plein qui ont atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans ont droit respectivement à une dispense de prestations de leur temps de travail de 96 heures, 192 heures ou 288 heures payées par an, octroyée sous la forme de jours complets. Cette dispense entre en vigueur à partir du premier jour du mois au cours duquel les âges respectifs précités sont atteints. Les praticiens de l'art infirmier peuvent également opter pour le maintien des prestations assorti d'une prime de respectivement 5,26 %, 10,52 % ou 15,78 %, calculée sur leur salaire à temps plein. En cas de combinaison d'options à partir de l'âge de 50 ans, l'intervention est accordée sur la base d'une répartition en tranches complètes de 2 heures ;

ii) le membre du personnel qui travaille à temps partiel a droit à un nombre de jours de compensation supplémentaires égal, ou, pour les praticiens de l'art infirmier, à une prime équivalente égale, à l'application proportionnelle de la dispense des prestations de travail ou de la prime. Pour les travailleurs du secteur privé et compte tenu de la convention collective de travail n° 35 du 27 février 1981 concernant certaines dispositions du droit du travail en matière de travail à temps partiel, les travailleurs occupés à temps partiel se verront proposer, dans les conditions prévues par l'article 4 de la convention collective de travail n° 35 précitée, d'augmenter d'office la durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat. Ils bénéficient, le cas échéant, d'une dispense de prestations sur la base de leur nouveau contrat. Pour les travailleurs du secteur public occupés à temps partiel et auxquels s'appliquent des mesures

de fin de carrière, l'employeur est tenu de leur proposer, trois mois avant la date d'entrée dans le régime des fins de carrière ou de l'accès à un droit plus élevé dans ce cadre, une augmentation de leur durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat de travail à concurrence du nombre d'heures de dispense de prestations prévu pour la catégorie d'âge à laquelle ils appartiennent. Le travailleur est tenu, au plus tard un mois avant son entrée dans le régime des fins de carrière ou son accès à un droit plus élevé dans ce cadre, de notifier à son employeur soit son accord sur cette augmentation de sa durée hebdomadaire de travail soit son refus. Dans ce dernier cas, le travailleur bénéficie d'une réduction de la durée hebdomadaire de ses prestations prévue pour la catégorie d'âge à laquelle il appartient et ce, au prorata de sa durée hebdomadaire de travail par rapport à celle d'un travailleur à temps plein ;

*iii)* les personnes suivantes sont assimilées aux membres du personnel : les travailleurs qui, pendant une période de référence de 24 mois précédant le mois au cours duquel ils atteignent l'âge de 45, 50 ou 55 ans respectivement, ont presté au moins 200 heures chez le même employeur, dans une seule ou plusieurs fonctions, pour lesquelles ils ont perçu le supplément pour prestations irrégulières des dimanche, samedi, jour férié, service de nuit ou services interrompus ou toute autre indemnité relevant d'une convention collective de travail, ou ont bénéficié d'un repos compensatoire suite à ces prestations. Les périodes d'absences justifiées (jours ou heures assimilées) sont prises en compte sur la base de la moyenne du reste de la période de référence. Le travailleur qui ne satisfait plus à la condition précitée de 200 heures de prestations irrégulières sur une période de référence de maximum 24 mois ne peut bénéficier d'une dispense supplémentaire de prestations de travail lors du saut à une catégorie d'âge supérieure. Les travailleurs à temps partiel doivent prouver un nombre d'heures de prestations irrégulières correspondant à 200 heures calculées au prorata de la durée de travail sur une période de référence de maximum 24 mois. Le travailleur qui, au moment où il atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans, n'a pas effectué 200 heures de prestations irrégulières chez le même employeur ou qui ne satisfait plus à cette condition accède au statut de membre du personnel assimilé et donc au droit à la dispense de prestations de travail, au moment où il a effectué ces 200 heures au cours d'une période de maximum 24 mois consécutifs. La dispense de prestations de travail prend alors cours le jour déterminé dans la convention collective de travail ou dans le protocole d'accord applicable ;

*iv)* les personnes auxquelles s'appliquent les mesures de fin de carrière instaurées par l'accord social conclu en 2000 et qui ont fait le choix de la prime salariale conservent cet avantage. Les personnes auxquelles s'appliquent les mesures de fin de carrière instaurées avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005 et qui ont fait le choix de la prime salariale les conservent. Si un membre du personnel change de fonction, il conserve son droit antérieur aux mesures de fin de carrière ;

*v)* les travailleurs dispensés de prestations sont toujours considérés comme des travailleurs qui conservent leur durée contractuelle ou statutaire de travail ;

*vi)* l'option de la dispense est toujours définitive. En revanche, le maintien des prestations assorti d'une prime peut être converti à tout moment en dispense de prestations de travail ;

*c)* en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière, les règles de financement suivantes s'appliquent : en vue de financer les mesures de fin de carrière, il est octroyé aux initiatives d'habitation protégée un montant forfaitaire fixé selon suivant les règles suivantes :

1) les catégories de personnel sont les suivantes :

*i)* les infirmiers, les infirmiers sociaux et les assistants en soins hospitaliers ;

*ii)* les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens, les éducateurs intégrés dans les équipes de soins, les assistants sociaux et les assistants psychologiques occupés dans les équipes de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les équipes de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;

*iii)* les soignants et les travailleurs visés par les articles 152 et 153 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

*iv)* le personnel assimilé et les assistants en logistique ;

2) Le montant forfaitaire est calculé comme suit :  $F = F1 + F2$

3) calcul de la dispense de prestations de travail :  $F1 =$  le montant dû pour l'embauche compensatoire des membres du personnel qui optent pour la dispense de prestations hebdomadaires de travail :  $F1 = A_i * T1/S * N/Y$ , où :

*i)*  $A_a = 50.286,36$  euros pour la catégorie *i* ;

*ii)*  $A_b = 50.286,36$  euros pour la catégorie *ii* ;

*iii)*  $A_c = 40.592,66$  euros pour la catégorie *iii* ;

*iv)*  $A_d = 40.554,10$  euros pour la catégorie *iv* ;

*v)*  $T1$  : le nombre hebdomadaire d'heures de dispense compensées par le travailleur embauché en compensation ou par le travailleur qui augmente sa durée de travail ;

*vi)*  $S$  : le régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'initiative d'habitation protégée ;

*vii)*  $N$  : le nombre annuel d'heures de travail à rémunérer par l'employeur pour compenser les heures de dispense des travailleurs bénéficiaires des mesures de fin de carrière pour l'année considérée ;

*viii)*  $Y$  : le nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le travailleur en embauche compensatoire par rapport à son contrat de travail, à son acte de nomination individuelle ou à l'avenant à son contrat de travail en cas d'augmentation du temps de travail ;

4) calcul du montant pour la prime :  $F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$ , où :

*i)*  $A_a = 68.719,04$  euros pour la catégorie *i* ;

*ii)*  $A_b = 68.719,04$  euros pour la catégorie *ii* ;

*iii)*  $A_c = 51.179,99$  euros pour la catégorie *iii* ;

*iv)*  $A_d = 46.245,61$  euros pour la catégorie *iv* ;

*v)*  $H$  : le nombre équivalent d'heures hebdomadaires de dispense de prestations de travail dans le cadre de l'octroi d'une prime pour un travailleur à temps plein sur la base de son âge ;

*vi)*  $T2$  : le nombre d'heures à prester par semaine qui résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle, effectué, le cas échéant, dans la fonction à laquelle s'applique la mesure ;

*vii)*  $S$  : le régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'initiative d'habitation protégée ;

*viii)*  $N$  : le nombre annuel d'heures de travail rémunérées par l'employeur pour l'année considérée dans le cadre des mesures de fin de carrière ;

ix) Y : le nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le bénéficiaire en vertu de son contrat de travail ou de son acte de nomination individuelle ;

d) en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière, l'initiative d'habitation protégée fournit les données suivantes à l'agence, sous la forme déterminée par l'agence :

- 1) les nom et prénom du membre du personnel ;
- 2) le numéro de registre national ;
- 3) la date de naissance ;
- 4) la fonction ;
- 5) l'option choisie entre la dispense de prestations de travail et la prime pour chacune des tranches ;
- 6) le nombre d'heures de dispense de prestations de travail qu'il peut obtenir sur la base de son âge ;
- 7) le régime horaire hebdomadaire en vigueur dans l'initiative d'habitation protégée ;
- 8) le nombre d'heures à prester par le membre du personnel, tel qu'il résulte du contrat de travail, réduit le cas échéant au prorata des prestations effectuées par le membre du personnel dans la fonction justifiant le bénéfice de la mesure visée au présent paragraphe ;
- 9) la date de l'engagement ;
- 10) la date éventuelle de départ ;
- 11) en cas de personnel assimilé, le nombre d'heures de prestations irrégulières, avec un minimum de 200 heures sur 24 mois ;
- 12) et les périodes d'absence non rémunérées par l'employeur ainsi que leur nature ;

e) modalités d'octroi applicables en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière : le montant provisoire est calculé par rapport au dernier montant définitif connu s'il tient compte de toutes les classes d'âge. Dans le cas contraire, il est fixé par rapport au montant provisoire de l'année n-1. Chaque fois qu'un montant définitif est calculé, il constitue la provision valable pour l'année calendrier suivant la date de fixation de ce montant définitif. La différence entre le F définitif et le F provisoire est liquidée via des montant de rattrapage ;

f) dispositions pour la compensation des heures de dispense applicables en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière :

Pour les membres du personnel qui ont opté pour la dispense de leurs prestations hebdomadaires de travail, le gestionnaire apporte la preuve que ce temps de travail libéré et le financement octroyé ont été compensés par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée hebdomadaire de travail des membres du personnel. Les personnes suivantes ne sont pas prises en considération : les travailleurs à temps plein auxquels s'appliquent les mesures de fin de carrière et les travailleurs pour lesquels l'institution reçoit déjà un financement dans le cadre de la politique de l'emploi.

Le volume total d'heures à compenser par catégorie de financement du personnel (catégories i, ii, iii et iv du point c, 1<sup>o</sup>) est prioritairement compensé par la même catégorie de financement du personnel.

Le cas échéant, le financement octroyé est plafonné au volume total réel de remplacements. C'est pourquoi le gestionnaire transmet, en même temps que les renseignements qui servent au calcul définitif, les renseignements suivants :

- 1) les nom et prénom du membre du personnel engagé ou du membre du personnel qui fait l'objet d'une augmentation de son temps de travail ;
- 2) le numéro de registre national ;
- 3) la date de naissance ;
- 4) la date d'entrée en fonction et de sortie ;
- 5) la fonction ;
- 6) la durée de travail hebdomadaire de compensation du nouveau travailleur ou l'augmentation de l'horaire de travail du travailleur en fonction qui augmente sa durée de travail ;
- 7) les périodes d'absence non rémunérées par l'employeur ainsi que leur nature ;
- 8) le centre de frais d'imputation ;
- 9) la date de début de l'avenant au contrat du travailleur qui augmente sa durée de travail ou du contrat du nouveau travailleur ;
- 10) la date de fin du contrat ;

À ces renseignements doivent être joints les nouveaux contrats de travail et les avenants aux contrats en cas d'augmentation de la durée de travail ou les actes de nomination individuelle ;

g) sanctions applicables en ce qui concerne l'indemnité pour les mesures de fin de carrière : si le gestionnaire ne communique pas, dans les délais requis, les renseignements pour l'élaboration des budgets définitifs, les montants provisoires sont récupérés.

En vue du démarrage de la révision des mesures de fins de carrière, l'initiative d'habitation protégée transmet à l'agence, avant le 30 avril de l'année calendrier à laquelle se rapporte la révision des mesures de fins de carrière, un tableau du personnel concerné.

Les initiatives d'habitation protégée transmettent à l'agence également une copie des contrats de travail du personnel engagé en remplacement ou des avenants aux contrats de travail pour le personnel qui a augmenté son temps de travail ;

8° une indemnité pour le coût de la prime d'attractivité :

a) pour tous les travailleurs salariés des initiatives d'habitation protégée publiques, la prime d'attractivité est octroyée sous la forme d'un montant forfaitaire annuel de 803,87 euros par équivalent temps plein.

b) pour chaque année, le montant est calculé en multipliant le nombre d'équivalents temps plein de l'initiative d'habitation protégée par le montant forfaitaire de la prime d'attractivité ;

c) pour tous les travailleurs salariés des initiatives d'habitation protégée privées, la prime d'attractivité est octroyée sous la forme d'un montant forfaitaire annuel de 833,80 euros par équivalent temps plein.

d) pour chaque année, le montant est calculé en multipliant le nombre d'équivalents temps plein de l'initiative d'habitation protégée par le montant forfaitaire de la prime d'attractivité ;

9° une indemnité pour les initiatives novatrices en matière de soins pour l'activation, visées à l'article 148 :

a) 27.961,95 euros pour le financement de 0,5 équivalent temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 19 usagers de soins maximum ;

b) 41.942,93 euros pour le financement de 0,75 équivalent temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 20 à 39 usagers de soins ;

c) 69.904,85 euros pour le financement de 1,25 équivalent temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 40 à 59 usagers de soins ;

d) 83.885,85 euros pour le financement de 1,5 équivalent temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 60 à 99 usagers de soins ;

e) 111.847,79 euros pour le financement de 2 équivalents temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de 100 à 149 usagers de soins ;

f) 167.771,69 euros pour le financement de 3 équivalents temps plein dans les initiatives d'une capacité d'accompagnement de plus de 150 usagers de soins ;

10° une indemnité pour les initiatives novatrices en matière de soins pour les soins psychiatriques à domicile, visées à l'article 149 : le ministre fixe le montant par initiative d'habitation protégée ;

11° une indemnité de :

a) 46,08 euros par usager de soins en vue de valoriser les prestations inconfortables, entre 19 heures et 20 heures, du personnel qui exerce la fonction d'éducateur, conformément aux articles 7 à 9 de l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ;

b) 1,71 euro par usager de soins en vue d'étendre la valorisation des prestations inconfortables au personnel non concerné par les dispositions de l'arrêté royal précité du 28 décembre 2011 et selon les mêmes modalités ;

12° une indemnité de 32,38 euros par usager de soins afin de couvrir l'intervention financière de l'employeur dans le prix des transports des travailleurs, en application de la convention collective de travail n° 19octies du 20 février 2009 ;

13° une indemnité pour les fonctions TCT régularisées dans les initiatives d'habitation protégée, visées à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mars 2018 octroyant des subventions TCT à quelques initiatives d'habitation protégée ;

14° une indemnité pour la régularisation des contractuels subventionnés dans des initiatives d'habitation protégée : le ministre fixe le montant par initiative d'habitation protégée.

Dans le présent article, on entend par contractuel subventionné : le contractuel subventionné occupé en vertu d'un contrat tel que visé à l'article 1<sup>er</sup>, 12°, 14°, 15° et 36°, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 27 octobre 1993 portant généralisation du régime des contractuels subventionnés.

**Art. 154.** Les montants visés à l'article 123 sont indexés conformément à la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public, l'augmentation ou la diminution étant appliquée à partir du premier mois qui suit celui dont l'indice atteint une valeur justifiant une modification.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Les montants visés à l'article 153 sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

#### **Titre 4. — Intervention pour soins dans le prix par journée de séjour**

**Art. 155.** L'intervention pour soins dans le prix par journée de séjour dans une initiative d'habitation protégée, visée à l'article 66, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018, est égale au prix par journée de séjour visé à l'article 153 du présent arrêté.

L'intervention visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> couvre l'offre de soins visée à l'article 153, § 2, du présent arrêté.

Une initiative d'habitation protégée agréée née, après le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, de la fusion de deux initiatives d'habitation protégée ou plus, agréées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019, reçoit une intervention pour soins au moins égale à la somme des interventions pour soins indexées que les initiatives d'habitation protégée agréées séparément recevaient au cours de l'exercice précédant la fusion.

#### **Titre 5. — Régimes spéciaux d'assurance**

**Art. 156.** La subvention visée à l'article 72, § 1<sup>er</sup>, du décret du 6 juillet 2018 s'élève 25 pour cent.

#### **Partie 4. — Structures de revalidation**

#### **Titre 1<sup>er</sup>. — Conventions de revalidation**

##### **CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Généralités**

**Art. 157.** Les conventions de revalidation sont conclues ou modifiées à la demande d'une structure de soins exploitée par une personne morale dont le seul objet statutaire est l'exploitation d'une ou de plusieurs structures de soins ou à l'initiative du ministre ou de l'agence.

Si une même convention de revalidation s'applique à différentes structures de soins telles que visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, cette convention de revalidation ne peut être conclue ou modifiée qu'à la demande de toutes les structures de soins ou à l'initiative du ministre ou de l'agence.



**Art. 158.** Les conventions de revalidation sont résiliées à la demande de la structure de revalidation concernée ou à l'initiative du ministre ou de l'agence.

CHAPITRE 2. — *Procédure de conclusion et de modification de conventions de revalidation*

**Art. 159.** Une demande de conclusion ou de modification d'une convention de revalidation telle que visée à l'article 157 est adressée au ministre. La demande est recevable si elle contient les données suivantes :

- 1° les coordonnées de la personne morale qui introduit la demande ;
- 2° le groupe-cible pour lequel l'offre de soins est proposée ou modifiée ;
- 3° l'offre de soins que la structure de soins désire organiser, fournir ou modifier ;
- 4° le fondement scientifique de l'offre de soins proposée ;
- 5° l'évaluation des coûts.

**Art. 160.** § 1<sup>er</sup>. L'agence examine si la demande visée à l'article 159 satisfait aux conditions de recevabilité visées à l'article 159.

Dans les trente jours de la réception de la demande, l'agence envoie au demandeur un accusé de réception indiquant si la demande est ou non recevable et précisant, le cas échéant, la date de réception de la demande recevable.

§ 2. Dans les trente jours de la réception de la demande recevable, l'agence sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée quant aux aspects de fond de la demande.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence ne sollicite aucun avis dans les cas suivants :

- 1° il s'agit d'une exception définie par le Gouvernement flamand en vertu de l'article 75, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, du décret du 6 juillet 2018 ;
- 2° les modifications envisagées découlent des dispositions de la convention de revalidation proprement dite telles que visées à l'article 75, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, du décret du 6 juillet 2018.

**Art. 161.** Si le ministre ou l'agence propose de conclure ou de modifier une convention de revalidation telle que visée à l'article 157, l'agence sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée quant aux aspects de fond de la proposition.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence ne sollicite aucun avis dans les cas suivants :

- 1° il s'agit d'une exception définie par le Gouvernement flamand en vertu de l'article 75, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, du décret du 6 juillet 2018 ;
- 2° les modifications envisagées découlent des dispositions de la convention de revalidation proprement dite visées à l'article 75, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, du décret du 6 juillet 2018.

**Art. 162.** La Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée rédigent de concert un avis commun sur les demandes d'avis visées à l'article 160, § 2, et à l'article 161. Elles s'efforcent à cet égard de parvenir à un consensus. Si elles n'aboutissent à aucun consensus, l'avis en indique le motif.

**Art. 163.** La Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée transmettent leur avis commun, visé à l'article 162, à l'agence dans les trente jours de la réception de la demande d'avis de l'agence. L'agence peut proroger ce délai à deux reprises pour une durée de trente jours maximum :

- 1° à la demande conjointe motivée de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée ;
- 2° à la demande motivée soit de la Commission d'experts, soit de la commission consultative sectorielle concernée.

**Art. 164.** Si la Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée n'ont pas transmis d'avis commun à l'agence conformément à l'article 163, dans le délai autorisé par l'agence, elles transmettent chacune séparément un avis à l'agence dans les trente jours qui suivent l'expiration du délai visé à l'article 163. L'agence peut proroger ce délai à deux reprises de trente jours maximum à la demande motivée individuelle de la Commission d'experts ou de la commission consultative sectorielle concernée selon le cas.

**Art. 165.** Lors de la rédaction de l'avis commun visé à l'article 162 et des avis visés à l'article 164, la Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée peuvent, ensemble ou de leur propre initiative :

- 1° demander des renseignements complémentaires à l'agence ou au demandeur ;
- 2° consulter des experts possédant une expertise spécifique dans le domaine de la proposition ou de la demande.

**Art. 166.** L'avis commun visé à l'article 162 et les avis visés à l'article 164 peuvent porter sur :

- 1° le caractère scientifiquement fondé de l'offre de soins ;
- 2° la place dans la politique flamande de la santé et de l'aide sociale ;
- 3° le besoin potentiel en soins au niveau de la population.

**Art. 167.** À défaut de l'avis commun visé à l'article 162 ou de l'un des avis ou des deux avis visés à l'article 164 dans les délais visés aux articles 163 et 164, l'agence poursuit le traitement de la demande.

**Art. 168.** L'agence a pour tâche de formuler un avis sur la demande et peut, à cet égard, tenir compte, le cas échéant, de l'avis commun visé à l'article 162 ou de l'un des avis ou des deux avis visés à l'article 164.

L'agence transmet son avis au ministre dans les trente jours qui suivent la réception de l'avis commun, visé à l'article 162, ou de l'un des avis ou des deux avis, visés à l'article 164, ou l'expiration du délai visé à l'article 163. Ce délai peut être prorogé sur motivation.

L'un des documents suivants est joint à l'avis :

- 1° l'avis commun visé à l'article 162 reçu par l'agence dans le délai visé à l'article 163 ;
- 2° l'avis ou, le cas échéant, les deux avis visés à l'article 164 reçus par l'agence dans le délai visé à l'article 164.

**Art. 169.** Dans le cadre de sa mission d'avis visée à l'article 168, l'agence peut recueillir des renseignements complémentaires auprès de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée.

**Art. 170.** L'agence transmet les avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée, visés aux articles 162 et 164, pour information au comité consultatif Soins et Santé et au comité consultatif PSF.

**Art. 171.** Le ministre statue sur l'approbation de la demande après avoir reçu l'avis de l'agence visé à l'article 168.

En cas de décision positive au sujet de la demande de conclusion d'une convention de revalidation, un projet de nouvelle convention de revalidation est établi. En cas de décision positive au sujet de la demande de modification d'une convention de revalidation, un projet d'avenant à la convention de revalidation est établi.

En cas de décision négative, la décision du ministre, accompagnée de la motivation du refus de la demande, est communiquée au demandeur par un envoi recommandé signé par le ministre.

**Art. 172.** Les décisions du ministre visées à l'article 171 sont communiquées pour information à la Commission d'experts et à la commission consultative sectorielle concernée.

**Art. 173.** Les conventions de revalidation de même que toute modification y apportée sont signées par le ministre.

### CHAPITRE 3. — Procédure de résiliation de conventions de revalidation

#### Section 1<sup>re</sup>. — Résiliation d'une convention de revalidation à la demande d'une structure de revalidation

**Art. 174.** Une demande de résiliation d'une convention de revalidation telle que visée à l'article 158 est adressée au ministre. La demande est recevable si elle contient au moins les données suivantes :

- 1° la date à laquelle la convention de revalidation est résiliée ;
- 2° les mesures prises pour garantir la continuité des soins des usagers de soins.

**Art. 175.** § 1<sup>er</sup>. L'agence examine si la demande visée à l'article 174 satisfait aux conditions de recevabilité visées à l'article 174.

Dans les trente jours de la réception de la demande, l'agence envoie au demandeur un accusé de réception indiquant si la demande est ou non recevable et précisant, le cas échéant, la date de réception de la demande recevable.

§ 2. L'agence sollicite, au sujet de chaque demande recevable visée au paragraphe 1<sup>er</sup>, l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée quant aux mesures prises pour garantir la continuité des soins des usagers de soins.

**Art. 176.** La Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée rédigent, conjointement ou chacune séparément, un avis sur les demandes d'avis visées à l'article 175, § 2. Dans l'avis commun, elles s'efforcent de parvenir à un consensus. Si elles n'aboutissent à aucun consensus, l'avis en indique le motif. Elles transmettent les avis à l'agence dans les trente jours de la réception de la demande d'avis.

**Art. 177.** À défaut de l'avis commun ou de l'un des avis ou des deux avis séparés visés à l'article 176 dans le délai visé à l'article 176, l'agence poursuit le traitement de la demande.

**Art. 178.** L'agence a pour tâche de formuler un avis sur la demande et peut, à cet égard, tenir compte, le cas échéant, de l'avis commun ou de l'un des avis ou des deux avis séparés visés à l'article 176.

L'agence transmet son avis au ministre dans les trente jours qui suivent la réception de l'avis commun, visé à l'article 176, d'un avis séparé ou, le cas échéant, des deux avis séparés, visés à l'article 176, ou l'expiration du délai visé à l'article 176. L'avis commun ou l'un des deux ou les deux avis visés à l'article 176 sont joints à chaque avis de l'agence.

**Art. 179.** L'agence transmet les avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée, visés à l'article 176, pour information au comité consultatif Soins et Santé et au comité consultatif PSF.

**Art. 180.** Le ministre prend connaissance de la date de la fermeture de la structure de revalidation et peut imposer des mesures afin de garantir la continuité des soins des usagers de soins.

La structure de revalidation ne peut pas prétendre à une indemnité pour les frais liés à la résiliation de la convention de revalidation. Elle peut cependant recevoir une indemnité pour les mesures qui lui sont imposées afin de garantir la continuité du service, visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 181.** La décision du ministre concernant les mesures visant la continuité des soins des usagers de soins, visées à l'article 180, est transmise par un envoi recommandé à la structure de revalidation.

La décision du ministre visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est communiquée pour information à la Commission d'experts et à la commission consultative sectorielle concernée.

#### Section 2. — Résiliation d'une convention de revalidation à l'initiative du ministre ou de l'agence

**Art. 182.** § 1<sup>er</sup>. L'intention du ministre ou de l'agence de résilier une convention de revalidation est communiquée par un envoi recommandé avec accusé de réception à la structure de revalidation concernée. L'intention contient les motifs de la résiliation de la convention de revalidation.

§ 2. La structure de revalidation dispose d'un délai de trente jours suivant la réception de l'envoi recommandé pour réagir à l'intention.

Dans sa réaction à l'intention, la structure de revalidation peut développer une proposition en vue de la continuité des soins des usagers de soins en cas de résiliation éventuelle de la convention de revalidation.

Si le ministre ou l'agence formule une intention de résiliation de la convention de revalidation parce que la structure de revalidation ne satisfait plus aux conditions visées dans la convention de revalidation, la structure de revalidation peut développer une proposition de remédiation.

§ 3. Dans les quinze jours qui suivent la réception de la réaction visée au paragraphe 2, alinéa 2, ou l'expiration du délai visé au paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée au sujet de l'intention de résiliation de la convention de revalidation.

Le cas échéant, la réaction et la proposition visées au paragraphe 2 sont jointes à la demande d'avis visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 183.** La Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée rédigent, conjointement ou chacune séparément, un avis sur les demandes d'avis visées à l'article 182, § 3. Dans l'avis commun, elles s'efforcent de parvenir à un consensus. Si elles n'aboutissent à aucun consensus, l'avis en indique le motif. Elles transmettent les avis à l'agence dans les trente jours de la réception de la demande d'avis.

**Art. 184.** À défaut des avis visés à l'article 183 dans le délai visé à l'article 183, l'agence poursuit le traitement de la demande.

**Art. 185.** L'agence a pour tâche de formuler un avis sur la résiliation de la convention de revalidation et peut, à cet égard, tenir compte, le cas échéant, des avis visés à l'article 183 et de la réaction et de la proposition visées à l'article 182, § 2.

L'agence transmet son avis au ministre dans les trente jours qui suivent la réception de l'avis commun, visé à l'article 183, d'un avis séparé ou, le cas échéant, des deux avis séparés, visés à l'article 183, ou l'expiration du délai visé à l'article 183. Ce délai peut être prorogé sur motivation. L'avis commun ou l'un des deux ou les deux avis séparés visés à l'article 183 et la réaction et la proposition visées à l'article 182, § 2, sont joints à chaque avis de l'agence.

**Art. 186.** L'agence transmet l'avis commun ou l'un des deux ou les deux avis séparés visés à l'article 183 pour information au comité consultatif Soins et Santé et au comité consultatif PSF.

**Art. 187.** § 1<sup>er</sup>. Le ministre décide de résilier ou non la convention de revalidation.

§ 2. Si l'intention de résiliation de la convention de revalidation a été communiquée parce que la structure de revalidation ne satisfait plus aux conditions visées dans la convention de revalidation, le ministre peut, par dérogation au paragraphe 1<sup>er</sup>, imposer un délai dans lequel la structure de revalidation doit remédier aux manquements mentionnés dans l'intention.

Si la structure de revalidation n'a pas remédié aux manquements dans le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la convention de revalidation sera finalement résiliée.

§ 3. Dans le cas d'une décision de résiliation de la convention de revalidation, le ministre fixe la date de la résiliation effective de la convention de revalidation, qui ne peut jamais intervenir moins de trois mois suivant le jour de la décision de résiliation. Dans cette décision, le ministre peut imposer à la structure de revalidation des mesures afin de garantir la continuité des soins des usagers de soins.

**Art. 188.** La structure de revalidation ne peut pas prétendre à une indemnité pour les frais liés à la résiliation de la convention de revalidation, si ce n'est pour les frais liés aux mesures, visées à l'article 187, § 3, imposées par le ministre afin de garantir la continuité des soins des usagers de soins.

**Art. 189.** La décision du ministre visée à l'article 187 est communiquée pour information à la Commission d'experts et à la commission consultative sectorielle concernée.

**Art. 190.** En cas de danger immédiat, réel et grave pour la santé et la sécurité des usagers de soins, des mesures provisoires peuvent être imposées à la structure de revalidation, conformément à l'article 14 du décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale, afin de garantir la sécurité et la santé des usagers de soins.

## *Titre 2. — Financement et intervention*

### *CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Interventions pour des prestations de revalidation*

**Art. 191.** § 1<sup>er</sup>. Dans le présent article, on entend par :

1° prix unitaire : l'intervention pour la prestation unitaire visée dans la convention de revalidation. Pour le calcul du prix unitaire, il est tenu compte des coûts salariaux du personnel, des coûts d'infrastructure et des frais de fonctionnement de la structure qui sont concrétisés dans la convention de revalidation ;

2° enveloppe annuelle : le montant total maximal qu'une structure de revalidation peut porter en compte aux organismes assureurs par année calendrier, qui est fixé dans la convention de revalidation ;

3° nombre théorique de prestations unitaires : le nombre maximum de prestations unitaires qu'une structure de revalidation peut effectuer par année calendrier si un taux d'occupation de 100 % est réalisé, qui est concrétisé dans la convention de revalidation.

§ 2. L'enveloppe annuelle des structures de revalidation dont le numéro d'agrément mentionné à l'annexe 9 au présent arrêté commence par le numéro 7.71, 7.72, 7.73, 7.74, 7.76 ou 9.69 est déterminée selon la formule suivante : enveloppe annuelle = (prix unitaire x 90 % du nombre théorique de prestations unitaires) + (50 % du prix unitaire x 8 % du nombre théorique de prestations unitaires).

§ 3. L'enveloppe annuelle des structures de revalidation dont le numéro d'agrément mentionné à l'annexe 9 au présent arrêté commence par le numéro 9.53 ou 9.65 est déterminée selon la formule suivante : enveloppe annuelle = (prix unitaire x 90 % du nombre théorique de prestations unitaires) + (50 % du prix unitaire x 2 % du nombre théorique de prestations unitaires).

§ 4. L'enveloppe annuelle des structures de revalidation dont le numéro d'agrément mentionné à l'annexe 9 au présent arrêté commence par le numéro 7.74 est déterminée selon la formule suivante : enveloppe annuelle = prix unitaire x le nombre théorique de prestations unitaires.

§ 5. Pour les structures de revalidation qui peuvent fournir plusieurs types de prestations de revalidation, la convention de revalidation détermine la proportion des différents types de prestations de revalidation par rapport à la prestation unitaire. Pour toutes les prestations de revalidation pour lesquelles une intervention peut être portée en compte, une valeur mathématique est déterminée le cas échéant par rapport à la prestation unitaire. À cet égard, les limites des enveloppes annuelles sont respectées.

§ 6. En ce qui concerne les conventions de revalidation dont le numéro d'agrément commence par le numéro 7.90, il n'est pas fixé de nombre maximum de prestations de revalidation par année calendrier.

Pour les usagers de soins traités par le médecin de la même structure de revalidation au cours des six derniers mois précédant la prestation, l'intervention pour des prestations de revalidation s'élève à 158,00 euros. Pour tous les autres usagers de soins, l'intervention pour des prestations de revalidation s'élève à 258,53 euros.

§ 7. La structure de revalidation respecte les exigences prévues par l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 janvier 2006 concernant la comptabilité et le rapport financier pour les structures dans certains secteurs du domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille.

**Art. 192.** La partie indexable des interventions pour des prestations de revalidation est fixée dans la convention de revalidation. Sauf stipulation contraire, la partie indexable est liée à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

La partie indexable dont l'importance est mentionnée dans la convention est adaptée conformément à la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à

prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 2 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Si le délai visé à l'article 6 de la loi précitée n'est pas respecté, la structure de revalidation reçoit une indemnité financière en compensation du préjudice financier qu'elle a subi par suite de l'octroi tardif.

**Art. 193.** La part des frais de personnel dans les interventions pour des prestations de revalidation est calculée dans la convention de revalidation. La part des frais de personnel dans les interventions pour des prestations de revalidation est adaptée aux frais réels de personnel dès l'instant où les dépenses réelles de personnel dépassent de 1 % les frais de personnel compris dans l'intervention pour des prestations de revalidation en conséquence de l'évolution de l'ancienneté du personnel réellement occupé.

En vue du calcul de la part des frais de personnel dans l'intervention pour des prestations de revalidation et de l'adaptation de l'intervention pour des prestations de revalidation, visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la structure de revalidation transmet à l'agence un dossier des frais de personnel entièrement actualisé et documenté selon un modèle que l'agence a déterminé.

Le dossier des frais de personnel contient, pour chaque membre du personnel dont les coûts salariaux peuvent être repris dans le calcul des interventions pour des prestations de revalidation, les données et documents suivants :

- 1° les nom et prénom ;
- 2° la fonction au sein de la structure de revalidation ;
- 3° une copie du diplôme ;
- 4° le nombre d'heures d'occupation par semaine au sein de la structure de revalidation ;
- 5° l'ancienneté, au moment du calcul, exprimée en années et en mois, et ses justificatifs ;
- 6° l'échelle salariale et le barème salarial ;
- 7° l'indication que l'intéressé a ou non droit à un supplément de fonction ;
- 8° le cas échéant, le montant du supplément de fonction ;
- 9° l'indication que l'intéressé a ou non droit à une allocation de foyer ou de résidence ;
- 10° le cas échéant, le montant de l'allocation de foyer ou de résidence ;
- 11° l'indication que l'intéressé preste ou non des heures irrégulières ;
- 12° la distance (aller simple) du domicile jusqu'à la structure de revalidation, exprimée en nombre de kilomètres ;
- 13° le montant de l'indemnité pour le trajet domicile-travail ;
- 14° le salaire brut de l'intéressé.

Le dossier des frais de personnel contient les justificatifs nécessaires des frais visés à l'alinéa 3.

La structure de revalidation conserve les données à caractère personnel visées à l'alinéa 3 jusqu'à un an après le départ du membre du personnel.

Si un dossier des frais de personnel ne répond plus aux conditions précitées, l'agence le considère comme irrecevable. Le cas échéant, la structure de revalidation en sera informée dans les trente jours de la réception par l'agence du dossier des frais de personnel.

Le ministre prend une décision constatant l'adaptation de l'intervention pour des prestations de revalidation visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>. L'agence informe la structure de revalidation et les organismes assureurs de la décision du ministre. L'intervention adaptée pour des prestations de revalidation prend effet le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le ministre a pris la décision précitée et, au plus tard, le premier jour du quatrième mois suivant celui au cours duquel l'agence a reçu un dossier des frais de personnel recevable.

Si l'agence ne respecte pas le délai visé à l'alinéa 6, la structure de revalidation reçoit une indemnité financière en compensation du préjudice financier qu'elle a subi par suite de l'octroi tardif.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la part des frais de personnel dans l'intervention pour des prestations de revalidation visées à l'article 191 n'est pas adaptée aux frais réels de personnel pour les structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par le numéro 9.69, 7.74.6 ou 7.90.

## CHAPITRE 2. — Interventions pour frais de déplacement

### Section 1<sup>re</sup>. — Interventions pour frais de déplacement d'usagers de soins de moins de dix-huit ans

**Art. 194.** Une intervention forfaitaire pour frais de déplacement est octroyée à l'usager de soins de moins de dix-huit ans auquel une prestation de revalidation est dispensée dans une structure de revalidation si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- 1° la structure de revalidation a un numéro d'agrément qui commence par le numéro 7.74.6 ou 9.69 ;
- 2° l'usager de soins entre en considération pour une intervention pour des prestations de revalidation dispensées dans le cadre des conventions de revalidation visées au point 1° ;
- 3° l'usager de soins ne séjourne pas dans un hôpital ou un hôpital de revalidation dans lequel se situe une convention de revalidation telle que visée au point 1° ;
- 4° l'usager de soins n'est pas traité dans sa résidence réelle.

La structure de revalidation atteste les jours auxquels une prestation de revalidation a été dispensée à l'usager de soins conformément aux conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>. Elle transmet cette attestation à l'usager de soins.

**Art. 195.** L'intervention pour frais de déplacement visée à l'article 194 s'élève à 17,5 euros par jour au moins une prestation ambulatoire de revalidation a été dispensée à l'usager de soins.

L'intervention pour frais de déplacement visée à l'article 194 est payée d'office par les organismes assureurs auprès desquels l'usager de soins est affilié ou inscrit sur la base de l'attestation visée à l'article 194, alinéa 2, qui est remise par l'usager de soins.

*Section 2. — Interventions pour frais de déplacement d'usagers de soins transportés dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette*

**Art. 196.** Une intervention pour frais de déplacement est octroyée pour le transport, dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, d'un usager de soins auquel une prestation de revalidation est dispensée dans une structure de revalidation si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° l'usager de soins entre en considération pour une intervention pour une prestation ambulatoire de revalidation le même jour ;

2° en raison de la nature et de la gravité de son affection, l'usager de soins ne peut être transporté qu'en voiturette dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette ;

3° l'usager de soins ne séjourne pas dans un hôpital ou un hôpital de revalidation dans lequel se situe une convention de revalidation ;

4° l'usager de soins n'est pas traité dans sa résidence réelle.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, dans les cas où une prolongation de la période de revalidation telle que visée à l'article 214 est accordée et où l'usager de soins a déjà fait appel antérieurement à l'intervention pour frais de déplacement visée dans le présent article, la condition visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, ne doit pas être remplie.

**Art. 197.** Si l'usager de soins est transporté dans son propre véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, le montant de l'intervention s'élève à 0,25 euro par kilomètre.

Si l'usager de soins est transporté par un transporteur professionnel dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, le montant de l'intervention s'élève à 1,32 euro par kilomètre.

Si l'usager de soins est transporté dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette par un transporteur professionnel qui reçoit une subvention couvrant ses frais de personnel, le montant de l'intervention s'élève à 0,49 euro par kilomètre.

**Art. 198.** § 1<sup>er</sup>. Si l'usager de soins est transporté dans son propre véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, le nombre de kilomètres pris en considération pour le calcul de l'intervention pour frais de déplacement est représenté par la distance qui sépare la résidence réelle de l'usager de soins et la structure de revalidation.

§ 2. Si un usager de soins est transporté par un transporteur professionnel, le nombre de kilomètres pris en considération pour le calcul de l'intervention pour frais de déplacement est déterminé de la manière suivante :

1° la distance qui sépare la résidence réelle de l'usager de soins et la structure de revalidation ;

2° la distance aller ou retour peut être ajoutée si aucun usager de soins ne se trouve à l'intérieur du véhicule. À cet égard, les limitations suivantes s'appliquent :

a) en cas de transport d'un seul usager de soins, la distance, sur laquelle aucun usager de soins ne se trouve à l'intérieur du véhicule, entre la résidence réelle de l'usager de soins et le siège du transporteur professionnel le plus proche de la résidence réelle de l'usager de soins est limitée à 5 kilomètres ;

b) en cas de transport de plusieurs usagers de soins, la distance, sur laquelle aucun usager de soins ne se trouve à l'intérieur du véhicule, entre la résidence réelle de l'usager de soins et le siège du transporteur professionnel le plus proche de la résidence réelle de l'usager de soins ne peut être comptée qu'une seule fois maximum.

§ 3. Pour l'application du présent article, la distance est déterminée sur la base du calcul effectué par un planificateur d'itinéraire numérique. L'usager de soins ou le transporteur professionnel peut toujours démontrer quelle méthode a été choisie pour calculer la distance.

**Art. 199.** L'intervention pour frais de déplacement visée à l'article 196 est calculée pour chaque usager de soins avec la formule suivante : le montant de l'intervention par kilomètre visé à l'article 197 est multiplié par le nombre de kilomètres calculé conformément à l'article 198.

En cas de transport de plusieurs usagers de soins, l'intervention pour frais de déplacement par usager de soins est diminuée de 20 % à partir de deux usagers de soins et de 30 % à partir de trois usagers de soins.

Le ministre peut plafonner le montant de l'intervention pour frais de déplacement.

**Art. 200.** Si l'usager de soins est transporté dans son propre véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, l'intervention pour frais de déplacement visée à l'article 196 est octroyée à l'usager de soins.

Si l'usager de soins est transporté par un transporteur professionnel, l'intervention pour frais de déplacement visée à l'article 196 est octroyée au transporteur ou à l'usager de soins.

Aucune intervention personnelle pour ce transport ne peut être portée en compte à l'usager de soins qui est transporté par un transporteur professionnel.

**Art. 201.** L'intervention pour frais de déplacement visée à l'article 196 est subordonnée à l'approbation préalable de l'organisme assureur auprès duquel l'usager de soins est affilié ou inscrit. Cette approbation est accordée conformément à la procédure de demande visée au chapitre 3.

*Section 3. — Indexation*

**Art. 202.** Sauf stipulation contraire, les montants visés aux articles 195 et 197 sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

Les montants visés à l'alinéa premier sont adaptés conformément à la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 2 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

*Section 4. — Relations financières entre le transporteur, l'usager de soins et les organismes assureurs*

**Art. 203.** § 1<sup>er</sup>. Le transporteur détermine s'il transmet ses factures à l'usager de soins ou à l'organisme assureur.

Le transporteur utilise à cet effet un modèle que la structure de revalidation et l'usager de soins valident. L'agence peut déterminer le modèle.

Le transporteur n'est pas autorisé à facturer à l'utilisateur de soins ou à l'organisme assureur d'indemnité supplémentaire ou de frais autres que l'indemnité kilométrique visée au paragraphe 2.

§ 2. L'organisme assureur paie au bénéficiaire une indemnité kilométrique forfaitaire par jour sur la base d'une attestation du nombre de jours où une revalidation a été suivie dans une structure de revalidation entrant en considération à cet effet conformément au décret du 6 juillet 2018.

L'organisme assureur paie au bénéficiaire une indemnité kilométrique par jour de revalidation dans une structure de revalidation si le bénéficiaire ne peut quitter sa voiturette durant le transport et s'il est en possession d'un propre véhicule adapté au transport en voiturette.

### CHAPITRE 3. — Procédure de demande

**Art. 204.** Dans le présent chapitre, on entend par :

1° demande : la demande de l'intervention pour des prestations de revalidation à laquelle est ajoutée, le cas échéant, la demande de l'intervention pour les frais de déplacement liés à ces prestations de revalidation pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, visée à l'article 196 ;

2° date de réception : la date à laquelle la demande complète a été reçue. En cas d'expédition par envoi recommandé, il s'agit de la date de la poste de la lettre par laquelle la demande complète a été expédiée. Si la date de la poste fait défaut, c'est la date à laquelle l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit a reçu une demande complète. Une demande est considérée complète si au moins les trois volets du formulaire de demande visé à l'article 209 ont été datés et signés.

**Art. 205.** Une intervention pour des prestations de revalidation et, le cas échéant, pour les frais de déplacement liés à ces prestations de revalidation ne peut être accordée que si l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit a pris une décision d'approbation de l'intervention demandée.

**Art. 206.** La structure de revalidation à laquelle l'utilisateur de soins s'adresse envoie la demande à l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit avant que les prestations de revalidation ne soient dispensées.

La structure de revalidation met la convention de revalidation à la disposition de l'utilisateur de soins ou de son représentant légal avant d'introduire la demande.

La demande est introduite par envoi recommandé ou de toute autre manière permettant d'établir la date de réception avec certitude.

Toute demande est adressée directement à un point de contact central déterminé par l'organisme assureur concerné.

**Art. 207.** Il n'est pas accordé d'intervention pour des prestations de revalidation et frais de déplacement qui ont été effectués plus de trente jours avant la date de réception.

**Art. 208.** Dans le cas d'une décision de refus de l'organisme assureur, la date de réception de la demande n'est plus applicable sauf dans les cas où la demande fait l'objet d'un refus administratif parce que l'utilisateur de soins n'est pas un bénéficiaire tel que visé à l'article 2, 13°, du décret du 6 juillet 2018.

**Art. 209.** La structure de revalidation rédige la demande conjointement avec l'utilisateur de soins. La demande est établie au moyen du modèle de formulaire de demande repris dans la convention de revalidation. Le formulaire de demande comporte les volets suivants :

1° le volet 1 qui est signé et daté par un responsable administratif de la structure de revalidation consiste en un document qui contient les informations suivantes :

- a) les coordonnées de la structure de revalidation ;
- b) les informations relatives au type de prestation de revalidation ;
- c) la période au cours de laquelle les prestations de revalidation ont lieu ;
- d) le cas échéant, la fréquence des prestations de revalidation.

2° le volet 2 : la demande, émanant de l'utilisateur de soins ou de son représentant légal, d'intervention pour des prestations de revalidation et, le cas échéant, la demande d'intervention pour les frais de déplacement pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette et un consentement éclairé. Le consentement éclairé ne peut être donné que lorsque l'utilisateur de soins ou son représentant légal a pris connaissance de la convention de revalidation. Ce volet est signé et daté par l'utilisateur de soins ou son représentant légal ;

3° le volet 3 : un rapport médical standardisé. Ce volet est rempli, signé et daté par un médecin traitant de la structure de revalidation. Ce volet n'est pas introduit par les structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par le numéro 7.90 ;

4° dans le cas où une intervention pour les frais de déplacement pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette est demandée : un rapport médical standardisé dont il ressort que l'utilisateur de soins ne peut quitter sa voiturette durant le transport en raison de la nature et de la gravité de sa pathologie.

**Art. 210.** § 1<sup>er</sup>. L'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit est chargé du contrôle administratif de la demande et vérifie :

1° le statut d'assurance de l'utilisateur de soins, visé à l'article 4 du décret du 6 juillet 2018 ;

2° le respect par l'utilisateur de soins des règles en matière de cumul énoncées dans la convention de revalidation et aux articles 28 à 38 du présent arrêté.

L'organisme assureur réclame, au besoin, les informations manquantes auprès de l'utilisateur de soins ou de la structure de revalidation. Si l'organisme assureur réclame des informations manquantes auprès de la structure de revalidation, il en informe en même temps l'utilisateur de soins.

Si les conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> n'ont pas été remplies, la demande fait l'objet d'un refus administratif par l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit. Par dérogation à l'article 211, l'organisme assureur prend cette décision de refus sans recueillir au préalable l'avis de la Commission des caisses d'assurance soins.

§ 2. Conformément à l'article 3, alinéa 4, du décret du 6 juillet 2018, des structures de revalidation peuvent introduire un recours administratif auprès de l'Agence pour la protection sociale flamande. Le recours est introduit dans les trois mois de l'envoi par l'organisme assureur de la décision de refus si le refus de payer une intervention pour

l'établissement d'un rapport d'avis en matière de voiturette ou une intervention pour frais de déplacement liée à l'établissement du rapport d'avis en matière de voiturette est due au fait que l'utilisateur de soins n'est pas un bénéficiaire.

Le recours est recevable lorsqu'il remplit toutes les conditions suivantes :

1° il est motivé ;

2° il a été transmis dans le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> à l'Agence pour la protection sociale flamande.

L'Agence pour la protection sociale flamande prend une décision dans le mois qui suit la réception du recours administratif. L'Agence pour la protection sociale flamande envoie la décision dans les huit jours par envoi recommandé à la structure de revalidation concernée.

Le ministre peut fixer les modalités de l'exécution du traitement du recours administratif.

**Art. 211.** § 1<sup>er</sup>. Dans les cas définis par le ministre sur avis de la Commission d'experts, l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit prend une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande, en tenant compte du résultat du contrôle visé à l'article 210, sur avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins. Il s'agit de la procédure de demande standard.

Si la demande est soumise au contrôle de la Commission des caisses d'assurance soins, l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit transmet la demande à la Commission des caisses d'assurance soins dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception dès lors qu'elle a constaté que les conditions visées à l'article 210, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, sont remplies. Ce délai est suspendu si l'organisme assureur réclame des informations manquantes conformément à l'article 210, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la demande de l'intervention pour les frais de déplacement pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, visée à l'article 196, est toujours introduite conformément à la procédure de demande standard.

La décision et l'avis visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont basés sur une analyse du type d'offre de soins et de la problématique médicale du groupe-cible. Cette analyse tient compte des résultats du contrôle a posteriori visé à l'article 216.

§ 2. Dans les vingt jours ouvrables de la réception de la demande, la Commission des caisses d'assurance soins transmet l'avis conforme au sujet de la demande à l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit.

La Commission des caisses d'assurance soins rend cet avis sur la base des dispositions de la convention de revalidation concernée.

Si la Commission des caisses d'assurance soins ne transmet pas d'avis conforme au sujet de la demande à l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit dans les vingt jours ouvrables de la réception de la demande, l'avis est réputé unanimement favorable.

La Commission des caisses d'assurance soins peut réclamer des informations manquantes auprès de l'utilisateur de soins ou de la structure de revalidation si elle le juge nécessaire dans le cadre de sa mission d'avis. Lorsque la Commission des caisses d'assurance soins réclame des informations manquantes, le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est suspendu. Si la Commission des caisses d'assurance soins réclame des informations manquantes auprès de la structure de revalidation, elle en informe en même temps l'utilisateur de soins.

**Art. 212.** Sauf dans les cas que le ministre définit sur avis de la Commission d'experts conformément à l'article 211, l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit prend une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande sans recueillir au préalable l'avis de la Commission des caisses d'assurance soins. L'organisme assureur tient compte uniquement du résultat du contrôle visé à l'article 210, alinéa 1<sup>er</sup>. Il s'agit de la procédure de demande simplifiée.

**Art. 213.** La décision d'approbation totale ou partielle de la demande de l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit mentionne :

1° les coordonnées de la structure de revalidation, les informations relatives au type de prestation de revalidation, la période et, le cas échéant, la fréquence de dispensation des prestations de revalidation pour lesquelles une intervention est octroyée ;

2° le cas échéant, les frais de déplacement pour lesquels une intervention est octroyée.

La décision de refus de la demande de l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit est communiquée par un envoi recommandé et mentionne :

1° les motifs du refus ;

2° les possibilités de recours et les délais dans lesquels le recours doit être formé.

**Art. 214.** L'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit peut prolonger une décision d'approbation totale ou partielle d'une demande dans une nouvelle décision.

**Art. 215.** § 1<sup>er</sup>. La procédure de demande standard visée à l'article 211 prévoit que l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit transmette la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande à l'utilisateur de soins et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables de la réception de l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins.

Si la Commission des caisses d'assurance soins ne transmet pas d'avis conforme au sujet de la demande à l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit dans le délai visé à l'article 211, § 2, alinéa 2, l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit transmet la décision à l'utilisateur de soins et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables qui suivent l'expiration du délai visé à l'article 211, § 2, alinéa 2.

Si la Commission des caisses d'assurance soins transmet un avis conforme défavorable au sujet de la demande à l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit après le délai visé à l'article 211, § 2, alinéa 2, l'organisme assureur transmet une nouvelle décision à l'utilisateur de soins et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables de la réception de l'avis conforme de la Commission des caisses d'assurance soins. Cette nouvelle décision s'applique à compter du dixième jour ouvrable suivant sa notification recommandée.

§ 2. La procédure de demande simplifiée visée à l'article 212 prévoit que l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit transmette la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande à l'utilisateur de soins et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception.

Si l'organisme assureur ne transmet pas la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande à l'utilisateur de soins et à la structure de revalidation dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception, la demande est réputée avoir été approuvée.

Dès lors que l'organisme assureur constate que l'utilisateur de soins et la structure de revalidation n'ont pas reçu une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande dans les quinze jours ouvrables suivant la date de réception, il prend encore une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de la demande et en informe immédiatement l'utilisateur de soins et la structure de revalidation.

Si l'organisme assureur décide de refuser la demande après quinze jours ouvrables suivant la date de réception, il est tenu d'approuver la demande si elle concerne des prestations de revalidation dispensées au plus tôt trente jours avant la date de réception et au plus tard dix jours ouvrables après la notification de la décision de refus. La décision de refus peut prendre effet au plus tôt dix jours ouvrables après la notification de la décision de refus.

Le délai de décision de l'organisme assureur est suspendu si l'organisme assureur réclame des informations manquantes conformément à l'article 210, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2.

**Art. 216.** Un contrôle a posteriori de la conformité des données médicales décrites dans le rapport médical standardisé au volet 3 du formulaire de demande visé à l'article 209, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, est possible. La Commission des caisses d'assurance soins effectue ce contrôle sur la base des dispositions de la convention de revalidation concernée. Le ministre peut définir les modalités d'exécution de ce contrôle.

#### CHAPITRE 4. — *Intervention personnelle*

**Art. 217.** Dans les structures de revalidation, une quote-part personnelle peut être portée en compte à l'utilisateur de soins. La quote-part personnelle est une intervention financière de l'utilisateur de soins dans le coût des soins.

Une quote-part personnelle ne peut être portée en compte que si une intervention pour des prestations de revalidation est octroyée à l'utilisateur de soins dans le cadre d'une convention de revalidation.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, aucune quote-part personnelle ne peut être portée en compte à un usager de soins dans les structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par le numéro 7.90.

**Art. 218.** Dans les structures de revalidation, des indemnités supplémentaires peuvent être portées en compte à l'utilisateur de soins. Les indemnités supplémentaires sont les coûts à charge de l'utilisateur de soins pour les services et biens fournis par la structure de revalidation et qui ne sont pas remboursés par l'intervention pour des prestations de revalidation ni par la quote-part personnelle.

Des indemnités supplémentaires ne peuvent être portées en compte à l'utilisateur de soins auquel une intervention pour des prestations de revalidation est octroyée dans le cadre d'une convention de revalidation que dans la mesure où ces indemnités supplémentaires ne sont pas mentionnées de manière limitative dans la convention de revalidation.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, des indemnités supplémentaires ne peuvent pas être portées en compte à l'utilisateur de soins dans les structures de revalidation suivantes :

- 1° 7.74.601.41 – Expertisecentrum voor ASS UZ Leuven Gasthuisberg;
- 2° 7.74.604.38 – Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Antwerpen;
- 3° 7.74.605.37 – Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Gent;
- 4° 7.74.606.36 – Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Brussel;
- 5° les structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par le numéro 7.90.

**Art. 219.** Pour la revalidation ambulatoire, la quote-part personnelle s'élève à 1,80 euro par prestation de revalidation.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les usagers de soins ayant droit à l'intervention majorée ne sont pas redevables de la quote-part personnelle pour la revalidation ambulatoire.

**Art. 220.** Pour un séjour dans une structure de revalidation, la quote-part personnelle pour le premier jour du séjour s'élève à 43,20 euros. À partir du deuxième jour du séjour, la quote-part personnelle s'élève à 15,93 euros par jour.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la quote-part personnelle s'élève à 15,93 euros par jour à partir du premier jour dans les cas suivants :

- 1° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital tel que visé à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 ;
- 2° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital de revalidation tel que visé à l'article 2, 17°, du décret du 6 juillet 2018 ;
- 3° si le séjour débute dans les six mois suivant la sortie d'un hôpital psychiatrique tel que visé à l'article 3 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 ;
- 4° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la fin d'une admission pour revalidation résidentielle dans la même structure de revalidation ou dans une autre.

**Art. 221.** Par dérogation à l'article 220, la quote-part personnelle pour un séjour dans une structure de revalidation s'élève à 32,93 euros le premier jour du séjour et à 5,66 euros par jour à partir du deuxième jour du séjour pour les catégories suivantes d'utilisateurs de soins :

- 1° les enfants qui ont la qualité de personne à charge, conformément à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 20° et 23°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 2° les usagers de soins qui, durant douze mois au moins, ont la qualité de chômeur complet indemnisé, isolé ou avec famille à charge, ou qui sont à charge d'une personne qui répond aux conditions précitées, conformément à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la quote-part personnelle pour les catégories d'utilisateurs de soins visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> s'élève à 5,66 euros par jour à partir du premier jour dans les cas suivants :

- 1° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital tel que visé à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 ;
- 2° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital de revalidation tel que visé à l'article 2, 17°, du décret du 6 juillet 2018 ;



3° si le séjour débute dans les six mois suivant la sortie d'un hôpital psychiatrique tel que visé à l'article 3 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 ;

4° si le séjour débute dans les nonante jours suivant la fin d'une admission pour revalidation résidentielle dans la même ou dans une autre structure de revalidation avec une convention de revalidation.

**Art. 222.** Par dérogation à l'article 220, la quote-part personnelle des usagers de soins ayant droit à l'intervention majorée s'élève à 5,66 euros par jour à partir du premier jour pour un séjour dans une structure de revalidation.

**Art. 223.** Sauf stipulation contraire, les montants visés aux articles 219 à 222 sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100).

Les montants visés à l'article 1<sup>er</sup> sont adaptés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année à l'évolution de l'indice visé à l'alinéa 3.

La liaison à l'indice visée à l'alinéa 2 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

**Titre 3. — Interventions pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger et les frais de déplacement y liés**

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Disposition introductive*

**Art. 224.** Le présent titre transpose partiellement la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

CHAPITRE 2. — *Conditions et montant des interventions*

**Art. 225.** § 1<sup>er</sup>. Les prestations de revalidation programmées pour lesquelles l'utilisateur de soins doit séjourner une nuit au moins à l'hôpital dans un État membre de l'Union européenne autre que la Belgique, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse sont soumis à une autorisation préalable pour soins programmés conformément à la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Toutes les autres formes de prestations de revalidation à l'étranger requièrent une autorisation préalable pour laquelle est appliqué le même critère que pour la décision d'approbation visée à l'article 205.

§ 2. L'utilisateur de soins peut prétendre à une intervention pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° les prestations de revalidation font partie de l'offre de soins des structures de revalidation pour lesquels le présent arrêté prévoit une intervention ;

2° l'utilisateur de soins satisfait aux conditions à remplir en vertu du présent arrêté pour qu'une intervention pour des prestations de revalidation puisse être accordée ;

3° les prestations de revalidation sont dispensées par un prestataire légalement autorisé à exercer l'art de guérir dans le pays où les prestations de revalidation ont lieu ou dans une structure qui peut être assimilée à une structure de revalidation et qui offre des garanties médicales suffisantes ou est agréée par l'autorité du pays où elle se trouve ;

4° l'utilisateur de soins a introduit, conformément aux articles 229 à 238, une demande préalable et a obtenu une approbation de l'organisme assureur pour les prestations de revalidation concernées ;

5° au moment de l'octroi de l'intervention, l'utilisateur a déjà payé les frais et en apporte la preuve.

Le ministre peut déterminer la manière dont la preuve visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 5°, est apportée.

**Art. 226.** L'utilisateur de soins peut prétendre à une intervention pour les frais de déplacement liés à des prestations de revalidation programmées à l'étranger si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1° l'utilisateur de soins satisfait aux conditions à remplir en vertu du présent arrêté pour qu'une intervention pour frais de déplacement puisse être accordée ;

2° l'utilisateur de soins peut prétendre à une intervention pour les prestations de revalidation programmées à l'étranger auxquelles les frais de déplacement sont liés ;

3° l'utilisateur de soins a introduit, conformément aux articles 229 à 238, une demande préalable et a obtenu une approbation pour les frais de déplacement concernés.

**Art. 227.** Sauf dans les cas où les conditions visées à l'article 234, 1°, sont remplies, le montant de l'intervention pour des prestations de revalidation programmées à l'étranger est la moyenne pondérée des interventions octroyées pour des prestations de revalidation dispensées dans des structures de revalidation au programme de revalidation comparable pour un groupe-cible comparable. L'intervention ne peut pas être supérieure aux frais réellement exposés.

**Art. 228.** Pour le calcul de l'intervention pour les frais de déplacement liés à des prestations de revalidation programmées à l'étranger, seule la distance aller-retour, calculée à vol d'oiseau, entre le centre de Bruxelles et le lieu du traitement entre en considération. Il n'est pas accordé d'intervention pour les 350 premiers kilomètres du trajet aller-retour.

L'intervention pour les frais de déplacement liés à des prestations de revalidation programmées à l'étranger est calculée pour chaque usager de soins selon la formule suivante : le montant de l'intervention par kilomètre visé à l'alinéa 3 ou 4 est multiplié par le nombre de kilomètres visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Si l'utilisateur de soins est âgé de moins de dix-huit ans et que le programme de revalidation est comparable à celui des structures de revalidation dont le numéro d'agrément commence par le numéro 7.74.6 ou 9.69, l'intervention s'élève à 0,25 euro par kilomètre.

S'il ressort d'un rapport médical qu'en raison de la nature et de la gravité de son affectation, l'utilisateur de soins ne peut être transporté qu'en voiturette dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, l'intervention s'élève à :

1° 0,25 euro par kilomètre si l'utilisateur de soins est transporté dans son propre véhicule qui a été adapté au transport en voiturette ;

2° 1,30 euro par kilomètre si l'utilisateur de soins est transporté par un transporteur professionnel dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette.

Le présent article ne s'applique pas dans les cas où les conditions visées à l'article 234, 1°, sont remplies.

Sauf stipulation contraire, les montants visés au présent article sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100). Ces montants sont adaptés conformément à la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cette liaison à l'indice visée à l'alinéa 6 est calculée et appliquée conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

#### CHAPITRE 3. — *Procédure de demande*

**Art. 229.** Dans le présent chapitre, on entend par :

1° demande : la demande d'intervention pour des prestations de revalidation à l'étranger à laquelle est jointe, le cas échéant, la demande d'une intervention pour les frais de déplacement liés à ces prestations de revalidation ;

2° date de réception : la date à laquelle la demande complète a été reçue. En cas d'expédition par la poste, il s'agit de la date de la poste de la lettre par laquelle la demande complète a été expédiée. Si la date de la poste fait défaut, c'est la date à laquelle l'organisme assureur a reçu une demande complète. Une demande est considérée complète si le formulaire de demande visé à l'article 231 a été entièrement rempli.

**Art. 230.** Préalablement aux prestations de revalidation programmées et aux frais de déplacement à l'étranger, l'utilisateur de soins introduit une demande d'intervention pour des prestations de revalidation et, le cas échéant, pour les frais de déplacement liés à ces prestations de revalidation auprès de l'organisme assureur auprès duquel il est affilié ou est inscrit.

La demande ne peut être introduite que lorsque l'utilisateur de soins ou son représentant légal a pris connaissance des conventions de revalidation dont le programme de revalidation est comparable au programme de revalidation étranger prescrit visé dans la demande.

**Art. 231.** L'agence met un formulaire de demande à disposition sur son site Internet. L'organisme assureur met également une version française, anglaise et allemande du formulaire de demande à disposition.

Le formulaire de demande comporte au moins les parties suivantes :

1° une description détaillée du programme de revalidation étranger prescrit ;

2° le type de programme de revalidation comparable qui existe dans une structure de revalidation telle que visée par le décret du 6 juillet 2018 ;

3° les motifs pour lesquels une structure de revalidation n'a pas été sélectionnée ;

4° un document supplémentaire dans le cas où une intervention pour les frais de déplacement pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette est demandée : un rapport médical standardisé dont il ressort que l'utilisateur de soins ne peut quitter sa voiturette durant le transport en raison de la nature et de la gravité de son affection.

Des pièces motivant la demande peuvent être jointes au formulaire de demande.

Le formulaire de demande est signé et daté par un médecin spécialiste, spécialisé dans la revalidation concernée.

**Art. 232.** L'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit est chargé du contrôle administratif de la demande et vérifie :

1° le statut d'assurance de l'utilisateur de soins, visé à l'article 4 du décret du 6 juillet 2018 ;

2° le respect par l'utilisateur de soins des règles en matière de cumul énoncées dans la convention de revalidation et aux articles 28 à 38 du présent arrêté.

Le cumul d'interventions est notamment vérifié sur la base des dispositions en matière de cumul visées dans les conventions de revalidation dont le programme de revalidation est comparable au programme de revalidation étranger prescrit visé dans la demande.

L'organisme assureur réclame, au besoin, les informations manquantes auprès de l'utilisateur de soins.

Si les conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> n'ont pas été remplies, la demande fait l'objet d'un refus administratif par l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit. Par dérogation à l'article 233, l'organisme assureur prend la décision de refus sans l'avis conforme préalable de la Commission d'experts. La décision de refus de la demande mentionne le motif du refus, les possibilités de recours et les délais dans lesquels le recours doit être formé. La décision de refus est transmise à l'utilisateur de soins par un envoi recommandé.

**Art. 233.** L'organisme assureur transmet la demande à la Commission d'experts dans les dix jours ouvrables suivant la date de réception.

Le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est suspendu si l'organisme assureur demande des informations manquantes à l'utilisateur de soins. Le délai commence à nouveau à courir le jour ouvrable qui suit celui de la réception par l'organisme assureur des informations manquantes.

**Art. 234.** La Commission d'experts examine le dossier et juge si les conditions suivantes sont remplies :

1° les conditions énoncées dans le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

2° les conditions énoncées à l'article 225, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° à 3°, du présent arrêté et, le cas échéant, les conditions énoncées à l'article 226, 1<sup>er</sup> et 2°, du présent arrêté.

**Art. 235.** La Commission d'experts rend un avis conforme à l'organisme assureur dans les quinze jours ouvrables suivant celui où elle reçoit la demande de l'organisme assureur.

En cas d'avis positif dans les situations où les conditions visées à l'article 234, 1°, sont remplies, la Commission d'experts recommande d'accorder une autorisation préalable sous la forme d'un formulaire S2.

En cas d'avis positif dans les situations où les conditions visées à l'article 234, 1°, sont remplies, l'avis de la Commission d'experts mentionne les données suivantes :

1° la période de l'intervention ;

2° le nom et l'adresse de l'établissement où la revalidation sera dispensée ;

3° le nom et l'adresse complète du médecin étranger responsable ;

- 4° une description des prestations de revalidation ;
- 5° la période et la fréquence des prestations de revalidation ;
- 6° le montant de l'intervention pour les prestations de revalidation et, le cas échéant, pour les frais de déplacement.

Le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est suspendu si la Commission d'experts a besoin d'informations supplémentaires de l'utilisateur de soins. La Commission d'experts demande à l'organisme assureur de réclamer les informations manquantes à l'utilisateur de soins. Le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> commence à nouveau à courir le jour ouvrable où la demande est à nouveau traitée par la Commission d'experts.

**Art. 236.** Sur la base de l'avis conforme de la Commission d'experts, l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit prend une décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de l'intervention demandée.

Dans les cinq jours ouvrables suivant celui où il a reçu l'avis de la Commission d'experts, l'organisme assureur informe l'utilisateur de soins de la décision d'approbation totale ou partielle ou de refus de l'intervention demandée et, le cas échéant, des motifs du refus et des possibilités de recours et délais dans lesquels le recours contre la décision doit être formé. La décision de refus est transmise à l'utilisateur de soins par un envoi recommandé.

Dans les cas où les conditions visées à l'article 234, 1°, sont remplies, l'organisme assureur joint le formulaire S2 à la décision d'approbation totale ou partielle.

Dans les cas où les conditions visées à l'article 234, 1°, sont remplies, la décision d'approbation totale ou partielle de l'organisme assureur mentionne les données reprises dans l'avis de la Commission d'experts visé à l'article 235, alinéa 3.

**Art. 237.** La période pour laquelle l'intervention demandée peut être octroyée commence à courir au plus tôt le jour suivant la réception par l'utilisateur de soins de la décision de l'organisme assureur auprès duquel il est affilié ou inscrit.

Si l'organisme assureur prend une décision d'approbation totale ou partielle et ne transmet pas cette décision à l'utilisateur de soins dans les trente jours ouvrables suivant la date de réception, la période pour laquelle une intervention peut être octroyée commence à courir au plus tôt le lendemain d'un délai de trente jours ouvrables qui suit la date de réception.

Si l'organisme assureur prend une décision de refus et ne transmet pas cette décision à l'utilisateur de soins dans les trente jours ouvrables suivant la date de réception, la demande est réputée avoir été approuvée par l'organisme assureur. Dans ce cas, la période pour laquelle une intervention peut être octroyée commence à courir au plus tôt le lendemain d'un délai de trente jours ouvrables qui suit la date de réception et prend fin à l'issue d'un délai de dix jours ouvrables qui suit le jour de la décision de refus.

**Art. 238.** Si l'organisme assureur a pris, conformément à l'article 232, alinéa 4, une décision de refus fondée sur une infraction aux interdictions de cumul visées par le présent arrêté et si l'utilisateur de soins introduit une nouvelle demande ayant pour objet les mêmes prestations de revalidation et, le cas échéant, les mêmes frais de déplacement que la demande originale, l'utilisateur de soins joint à la demande une motivation supplémentaire au sujet du cumul d'interventions.

L'organisme assureur complète la nouvelle demande visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> d'informations au sujet des interventions pour des prestations de revalidation qui ont déjà été octroyées, sur la base desquelles les dispositions en matière de cumul peuvent être réévaluées. L'organisme assureur transmet la nouvelle demande à l'agence dans le délai visé à l'article 233, alinéa 1<sup>er</sup>. Par dérogation à l'article 232, le respect de la règle du cumul n'est pas évalué par l'organisme assureur mais bien par la Commission d'experts. La Commission d'experts procède à cette évaluation dans le cadre de l'examen visé à l'article 234.

## Partie 5. — Hôpitaux de revalidation

### Titre 1<sup>er</sup>. — Fixation du budget

#### CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Dispositions générales

**Art. 239.** Le ministre détermine annuellement le budget de chaque hôpital de revalidation pour un exercice. Ce budget est fixé le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le budget est augmenté à partir du premier jour du mois qui suit celui durant lequel l'indice-pivot est dépassé.

**Art. 240.** Le budget se compose des parties suivantes :

- 1° le budget de base ;
- 2° le budget conditionnel ;
- 3° le budget recalculé annuellement ;
- 4° le budget correctif.

#### CHAPITRE 2. — Le budget de base visé à l'article 240, 1°

**Art. 241.** Le budget de base couvre les coûts des éléments constitutifs, visés à l'annexe 3 jointe au présent arrêté, qui sont couverts par le budget des moyens financiers conformément à l'article 7 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, et qui ne sont pas couverts par le budget conditionnel, le budget recalculé annuellement ou le budget correctif, visés aux articles 243, 250 et 253 du présent arrêté.

**Art. 242.** Le budget de base pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2019 se compose du budget des moyens financiers fixé conformément à l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, et octroyé le 1<sup>er</sup> juillet 2018, s'il couvre les coûts visés à l'article 241 du présent arrêté.

Le budget de base pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et pour chacun des exercices suivants se compose du budget de base pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2019, tel qu'indexé conformément à l'article 258.

CHAPITRE 3. — *Le budget conditionnel visé à l'article 240, 2°**Section 1<sup>re</sup>. — Sous-parties*

**Art. 243.** Le budget conditionnel comporte les sous-parties suivantes :

- 1° le montant en vue de promouvoir le contrôle qualité ;
- 2° le montant en vue de promouvoir la mise en œuvre du dossier patient informatisé.

*Section 2. — Montant en vue de promouvoir le contrôle qualité*

**Art. 244.** Dans le présent article, on entend par VIP<sup>2</sup> : le Projet flamand d'indicateurs pour patients et professionnels, coordonné par l'Institut flamand pour la Qualité des soins, dans le cadre duquel les hôpitaux sont encouragés à mesurer et à évaluer la façon dont ils dispensent des soins et les résultats des soins qu'ils dispensent au moyen d'indicateurs de qualité.

Afin de promouvoir le contrôle qualité, un montant de 121.939 euros est réparti sur les hôpitaux de revalidation qui ont conclu avec l'agence un accord sur la participation au projet VIP<sup>2</sup>.

Cette sous-partie du budget conditionnel consiste en un montant forfaitaire (X) qui est calculé selon la formule suivante :  $X = A \times B / C$ , où :

- 1° A : le montant disponible visé à l'alinéa 2 ;
- 2° B : le nombre de lits agréés de l'hôpital de revalidation concerné ;
- 3° C : le nombre total de lits agréés des hôpitaux de revalidation concernés.

Si le montant (X), calculé conformément à l'alinéa 3, est inférieur à 10.000 euros, le montant (X) est réputé égal à 10.000 euros.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel qu'il est connu de l'agence au 31 août de l'année qui précède l'exercice auquel le budget se rapporte.

Afin de conserver cette sous-partie du budget conditionnel, les hôpitaux de revalidation transmettent à l'agence, en temps utile, suivant les dates convenues, les données d'enregistrement définies dans les protocoles des indicateurs du projet VIP<sup>2</sup>, conformément aux règles fixées dans l'accord conclu avec l'agence sur la participation au projet VIP<sup>2</sup>.

*Section 3. — Montant en vue de promouvoir la mise en œuvre du dossier patient informatisé*

**Art. 245.** En vue de la réalisation du dossier patient informatisé prévu par le point d'action 2 de la Feuille de route 2.0 du Plan e-Santé, dont le contenu est défini dans les 'Belgian Meaningful Use Criteria', ci-après dénommés BMUC, repris à l'annexe 4 jointe au présent arrêté, un financement forfaitaire est prévu selon les conditions énoncées aux articles 246 à 249 du présent arrêté.

Cette sous-partie du budget conditionnel consiste en un montant de 667.293 euros, qui est réparti comme suit sous la forme de forfaits :

- 1° un socle par hôpital de revalidation ;
- 2° un socle par lit agréé ;
- 3° un budget 'accélérateur' ;
- 4° un budget 'early adopter'.

**Art. 246.** Le socle par hôpital de revalidation visé à l'article 245, alinéa 2, 1°, est calculé chaque année et est identique pour tous les hôpitaux de revalidation. Ce socle représente :

- 1° pour l'exercice 2019 : 10 % du budget disponible visé à l'article 245, alinéa 2 ;
- 2° pour chaque exercice à partir de l'exercice 2020 : 5 % du budget disponible visé à l'article 245, alinéa 2.

Pour être éligible au financement visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'hôpital de revalidation doit satisfaire annuellement aux conditions de communication des données visées au titre 5.

Si un hôpital de revalidation ne respecte pas les conditions de communication des données visées au titre 5, le montant octroyé pour l'année concernée est récupéré dans le budget suivant. Le montant récupéré est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux de revalidation lors de l'octroi du budget suivant.

**Art. 247.** Le socle par lit agréé visé à l'article 245, alinéa 2, 2°, est calculé chaque année. Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel qu'il est connu de l'agence au moment du calcul du budget. Ce socle représente :

- 1° pour l'exercice 2019 : 15 % du budget disponible visé à l'article 245, alinéa 2 ;
- 2° pour chaque exercice à partir de l'exercice 2020 : 10 % du budget disponible visé à l'article 245, alinéa 2.

Pour pouvoir bénéficier du financement visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'hôpital de revalidation doit satisfaire annuellement aux conditions de communication des données visées au titre 5.

Si un hôpital de revalidation ne respecte pas les conditions de communication des données visées au titre 5, le montant octroyé pour l'année concernée est récupéré dans le budget suivant. Le montant récupéré est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux de revalidation lors de l'octroi du budget suivant.

**Art. 248.** § 1<sup>er</sup>. Le budget 'accélérateur' visé à l'article 245, alinéa 2, 3°, est budget supplémentaire octroyé aux hôpitaux de revalidation comme incitant à l'accélération du processus. Le budget 'accélérateur' est calculé chaque année par hôpital de revalidation. Le budget 'accélérateur' représente :

- 1° pour l'exercice 2019 : 65 % du budget disponible visé à l'article 245, alinéa 2 ;
- 2° pour les exercices 2020, 2021, 2022 et 2023 : 70 % du budget disponible visé à l'article 245, alinéa 2 ;
- 3° pour chaque exercice à partir de l'exercice 2024 : 85 % du budget disponible visé à l'article 245, alinéa 2.

§ 2. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, 1°, pour l'exercice 2019, l'hôpital de revalidation doit déterminer, au plus tard le 31 juillet 2018 et conformément à l'article 61/1, § 4, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, une date de mise en œuvre de son dossier patient informatisé intégré et établir une feuille de route indiquant les dates d'implémentation des sept fonctionnalités de base décrites dans les BMUC.

Le budget ‘accélérateur’ est réparti entre les hôpitaux de revalidation qui satisfont aux conditions visées à l’alinéa 1<sup>er</sup> proportionnellement au nombre de lits agréés tel qu’il est connu de l’agence au moment du calcul du budget.

§ 3. Pour l’exercice 2020, une partie fixe est constituée par 80 % du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, et une partie variable, par 20 % du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>.

Pour pouvoir bénéficier du financement de la partie fixe visée à l’alinéa 1<sup>er</sup>, l’hôpital de revalidation doit déterminer, au plus tard le 31 juillet 2019, une date de mise en œuvre de son dossier patient informatisé intégré et établir une feuille de route indiquant les dates d’implémentation des sept fonctionnalités de base décrites dans les BMUC. L’hôpital de revalidation transmet cette information à l’agence au plus tard le 31 juillet 2019. Le montant pour la partie fixe est réparti proportionnellement au nombre de lits agréés tel qu’il est connu de l’agence au moment du calcul du budget.

Pour pouvoir bénéficier du financement de la partie variable visée à l’alinéa 1<sup>er</sup>, l’hôpital de revalidation doit avoir réalisé, au 31 juillet 2019, le stade 1 de la fonctionnalité « lettre électronique de sortie » des BMUC, repris à l’annexe 4 jointe au présent arrêté. La réalisation est mesurée par le rapport entre le nombre de patients sortis au cours de la période du 1<sup>er</sup> février 2019 au 31 juillet 2019 pour lesquels une lettre électronique de sortie a été mise à disposition sur le HUB et le nombre total de patients sortis au cours de la même période. L’hôpital de revalidation notifie le pourcentage mesuré à l’agence, au plus tard le 31 août 2019, au moyen d’une déclaration sur l’honneur. Le montant pour la partie variable est réparti proportionnellement au nombre de lits agréés tel qu’il est connu de l’agence au moment du calcul du budget.

§ 4. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, pour l’exercice 2021, l’hôpital de revalidation doit avoir réalisé, au 31 juillet 2020, le stade 1 des BMUC, repris à l’annexe 4 jointe au présent arrêté, pour toutes les fonctionnalités. L’hôpital de revalidation notifie, au plus tard le 31 août 2020, le pourcentage réalisé pour chacune des fonctionnalités des BMUC au moyen d’une déclaration sur l’honneur. Le montant est réparti proportionnellement au nombre de lits agréés tel qu’il est connu de l’agence au moment du calcul du budget.

§ 5. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, pour l’exercice 2022, l’hôpital de revalidation doit avoir réalisé, au 31 juillet 2021, le stade 2 des BMUC, repris à l’annexe 4 jointe au présent arrêté, pour toutes les fonctionnalités. L’hôpital de revalidation notifie, au plus tard le 31 août 2021, le pourcentage réalisé pour chacune des fonctionnalités des BMUC au moyen d’une déclaration sur l’honneur. Le montant est réparti proportionnellement au nombre de lits agréés tel qu’il est connu de l’agence au moment du calcul du budget.

§ 6. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, pour l’exercice 2023, l’hôpital de revalidation doit avoir réalisé, au 31 juillet 2022, le stade 3 des BMUC, repris à l’annexe 4 jointe au présent arrêté, pour toutes les fonctionnalités. L’hôpital de revalidation notifie, au plus tard le 31 août 2022, le pourcentage réalisé pour chacune des fonctionnalités des BMUC au moyen d’une déclaration sur l’honneur. Le montant est réparti proportionnellement au nombre de lits agréés tel qu’il est connu de l’agence au moment du calcul du budget.

§ 7. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, à partir de l’exercice 2024, l’hôpital de revalidation doit avoir réalisé, au 31 juillet 2023, le stade 4 des BMUC, repris à l’annexe 4 jointe au présent arrêté, pour toutes les fonctionnalités. L’hôpital de revalidation notifie, au plus tard le 31 août 2023, le pourcentage réalisé pour chacune des fonctionnalités des BMUC au moyen d’une déclaration sur l’honneur. Le montant est réparti proportionnellement au nombre de lits agréés tel qu’il est connu de l’agence au moment du calcul du budget.

**Art. 249.** § 1<sup>er</sup>. Le budget ‘early adopter’, visé à l’article 245, alinéa 2, 4<sup>o</sup>, est un budget supplémentaire octroyé aux hôpitaux de revalidation comme incitant à mettre en œuvre les fonctionnalités des BMUC plus rapidement que le timing prévu à l’article 248. Le budget ‘early adopter’ est calculé annuellement pour chaque hôpital de revalidation. Le budget ‘early adopter’ représente :

1<sup>o</sup> pour l’exercice 2019 : 10 % du budget disponible visé à l’article 245, alinéa 2 ;

2<sup>o</sup> pour les exercices 2020, 2021, 2022 et 2023 : 15 % du budget disponible visé à l’article 245, alinéa 2.

Le budget ‘early adopter’ est réparti entre les hôpitaux de revalidation qui satisfont aux conditions visées aux paragraphes 2 à 6 proportionnellement au nombre de lits agréés tel qu’il est connu de l’agence au moment du calcul du budget.

Les conditions visées aux paragraphes 2 à 6 sont basées sur un système de points. Pour chaque stade atteint mentionné à l’annexe 1 des BMUC, repris à l’annexe 4 jointe au présent arrêté, un point est octroyé par fonctionnalité des BMUC.

§ 2. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, pour l’exercice 2019, l’hôpital de revalidation doit avoir obtenu au moins un point au 31 juillet 2018.

§ 3. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, pour l’exercice 2020, l’hôpital de revalidation doit avoir obtenu au moins deux points au 31 juillet 2019. L’hôpital de revalidation notifie, au plus tard le 31 août 2019, le nombre de points obtenus au moyen d’une déclaration sur l’honneur.

§ 4. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, pour l’exercice 2021, l’hôpital de revalidation doit avoir obtenu au moins quatorze points au 31 juillet 2010. L’hôpital de revalidation notifie, au plus tard le 31 août 2010, le nombre de points obtenus au moyen d’une déclaration sur l’honneur.

§ 5. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, pour l’exercice 2022, l’hôpital de revalidation doit avoir obtenu au moins vingt et un points au 31 juillet 2021. L’hôpital de revalidation notifie, au plus tard le 31 août 2021, le nombre de points obtenus au moyen d’une déclaration sur l’honneur.

§ 6. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, pour l’exercice 2023, l’hôpital de revalidation doit avoir obtenu vingt-huit points au 31 juillet 2022. L’hôpital de revalidation notifie, au plus tard le 31 août 2022, le nombre de points obtenus au moyen d’une déclaration sur l’honneur.

#### CHAPITRE 4. — *Le budget recalculé annuellement visé à l’article 240, 3<sup>o</sup>*

##### *Section 1<sup>re</sup>. — Sous-parties*

**Art. 250.** Le budget recalculé annuellement se compose des sous-parties suivantes :

1<sup>o</sup> le montant compensatoire des mesures de fin de carrière

2<sup>o</sup> le montant compensatoire du complément de la prime d’attractivité.

## Section 2. — Le montant compensatoire des mesures de fin de carrière

**Art. 251.** § 1<sup>er</sup>. Dans le présent article, on entend par :

1° mesures de fin de carrière : les mesures prises dans l'accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;

2° membres du personnel :

a) le personnel infirmier et le personnel soignant visé à l'article 8, 5° et 8°, de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008. Par personnel soignant, on entend également les travailleurs qui relèvent d'un barème qui y correspond ;

b) les infirmiers sociaux ;

c) les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes et diététiciens ;

d) les éducateurs accompagnants intégrés dans les équipes de soins ;

e) les assistants sociaux et les assistants en psychologie occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;

f) les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;

g) les technologues en laboratoire ;

h) les technologues en imagerie médicale ;

i) les techniciens du matériel médical, notamment dans les services de stérilisation ;

j) les brancardiers ;

k) les assistants en logistique ;

l) les assistants en soins hospitaliers ;

m) les personnes visées par les articles 152 et 153 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

3° période d'absence justifiée : les journées ou les heures non prestées mais assimilées si elles ont donné lieu au paiement d'une rémunération par l'institution. Il faut également y inclure les journées où le membre du personnel est en disponibilité pour cause de maladie ou d'invalidité.

La description des professions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> fait référence à la fonction réellement exercée.

§ 2. En vue de financer les mesures de fin de carrière, un montant est fixé dans le budget recalculé annuellement.

Les hôpitaux de revalidation ont droit à un montant annuel en compensation des mesures de dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, pour autant qu'ils soient soumis à l'application de l'accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005.

Le montant couvre uniquement les avantages prévus dans le présent arrêté et n'est possible que si la convention collective de travail précitée ou le protocole d'accord précité prévoit les avantages suivants et si les membres du personnel concernés bénéficient effectivement de ces avantages :

1° les membres du personnel à temps plein qui ont atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans ont droit respectivement à une dispense de prestations de leur temps de travail de 96 heures, 192 heures ou 288 heures. Cette dispense entre en vigueur à partir du premier jour du mois au cours duquel les âges respectifs précités sont atteints. Les praticiens de l'art infirmier peuvent également opter pour le maintien des prestations assorti d'une prime de respectivement 5,26 %, 10,52 % ou 15,78 %, calculée sur leur salaire à temps plein. En cas de combinaison d'options à partir de l'âge de 50 ans, l'intervention est accordée sur la base d'une répartition en tranches complètes de 2 heures. Les membres du personnel travaillent au sein de l'hôpital de revalidation. N'est pas pris en considération le personnel qui travaille dans des services considérés comme activités non hospitalières tels que visés au point 3.3, de l'annexe 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, à l'exception des personnes relevant des centres de frais 900 à 909 ;

2° le membre du personnel qui travaille à temps partiel a droit à un nombre d'heures de dispense de prestations égal, ou, pour les praticiens de l'art infirmier, à une prime équivalente égale, à l'application proportionnelle de la dispense des prestations de travail ou de la prime. Les travailleurs du secteur privé occupés à temps partiel se verront proposer, compte tenu de la convention collective de travail n° 35 du 27 février 1981 concernant certaines dispositions du droit du travail en matière de travail à temps partiel, dans les conditions prévues par l'article 4 de la convention collective de travail n° 35 précitée, d'augmenter d'office la durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat. Ils bénéficient éventuellement d'une dispense de prestations sur la base de leur nouveau contrat. Pour les travailleurs du secteur public occupés à temps partiel et auxquels s'appliquent des mesures de fin de carrière, l'employeur est tenu de leur proposer, trois mois avant la date d'entrée dans le régime des fins de carrière ou de l'accès à un droit plus élevé dans ce cadre, une augmentation de leur durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat de travail à concurrence du nombre d'heures de dispense de prestations prévu pour la catégorie d'âge à laquelle ils appartiennent. Le travailleur est tenu, au plus tard un mois avant son entrée dans le régime des fins de carrière ou son accès à un droit plus élevé dans ce cadre, de notifier à son employeur soit son accord sur cette augmentation de sa durée hebdomadaire de travail soit son refus. Dans ce dernier cas, le travailleur bénéficie de la réduction de la durée hebdomadaire de ses prestations prévue pour la catégorie d'âge à laquelle il appartient, au prorata de sa durée hebdomadaire de travail par rapport à celle d'un travailleur à temps plein ;

3° les travailleurs qui, pendant une période de référence de 24 mois précédant le mois au cours duquel ils atteignent l'âge de 45, 50 ou 55 ans respectivement, ont presté au moins 200 heures chez le même employeur, dans une seule ou plusieurs fonctions, pour lesquelles ils ont perçu le supplément pour prestations irrégulières des samedi, dimanche, jour férié, service de nuit ou services interrompus ou toute autre indemnité relevant d'une convention collective de travail ou d'un protocole d'accord, ou ont bénéficié d'un repos compensatoire suite à ces prestations sont assimilés aux membres du personnel. Les périodes d'absences justifiées sont prises en compte sur la base de la moyenne du reste de la période de référence. Le travailleur qui ne satisfait plus à cette condition de 200 heures de prestations irrégulières sur une période de référence de maximum 24 mois conserve la dispense de prestations acquise mais ne peut bénéficier d'une dispense supplémentaire de prestations de travail lors du saut à une catégorie d'âge supérieure. Les

travailleurs à temps partiel doivent prouver un nombre d'heures de prestations irrégulières correspondant à 200 heures calculées au prorata de la durée de travail sur une période de référence de maximum 24 mois. Le travailleur qui, au moment où il atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans, n'a pas effectué 200 heures de prestations irrégulières chez le même employeur ou qui, à partir de 50 ans, ne satisfait plus à cette condition accède au statut de membre du personnel assimilé et donc au droit à la dispense de prestations de travail, au moment où il a effectué ces 200 heures au cours d'une période de maximum 24 mois consécutifs. La dispense de prestations de travail prend alors cours le jour déterminé dans la convention collective de travail ou dans le protocole d'accord applicable ;

4° les personnes bénéficiaires des mesures de fin de carrière avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005 continuent à en bénéficier. Les personnes bénéficiaires des mesures de fin de carrière instaurées avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005, qui ont fait le choix de la prime salariale, continuent à en bénéficier ;

5° les travailleurs dispensés de prestations sont toujours considérés comme des travailleurs qui conservent leur durée contractuelle ou statutaire de travail ;

6° l'option de la dispense est toujours définitive. En revanche, le maintien des prestations assorti d'une prime peut être converti à tout moment en dispense de prestations de travail.

§ 3. Le montant visé au paragraphe 2 est fixé pour les catégories de personnel visées à l'alinéa 2 conformément aux règles énoncées à l'alinéa 3.

Les catégories de personnel sont les suivantes :

1° catégorie de personnel a : les infirmiers, les infirmiers sociaux et les assistants en soins hospitaliers ;

2° catégorie de personnel b : les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens, les éducateurs intégrés dans les équipes de soins, les assistants sociaux et les assistants psychologiques occupés dans les équipes de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les équipes de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les technologues en laboratoire et les technologues en imagerie médicale ;

3° catégorie de personnel c : les soignants et les travailleurs visés par les articles 152 et 153 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

4° catégorie de personnel d : le personnel assimilé, les techniciens du matériel médical notamment dans les services de stérilisation, les brancardiers et les assistants en logistique.

Le montant (F) visé au paragraphe 2 est calculé selon la formule  $F = F1 + F2$ , où :

1° F1 : le montant dû pour l'embauche compensatoire des membres du personnel qui optent pour la dispense de prestations hebdomadaires de travail. F1 est calculé selon la formule  $F1 = A_i * T1/S * N/Y$ , où :

a) Aa : 50.560,38 euros pour la catégorie a ;

b) Ab : 50.560,38 euros pour la catégorie b ;

c) Ac : 41.203,52 euros pour la catégorie c ;

d) Ad : 41.164,38 euros pour la catégorie d ;

e) T1 : le nombre hebdomadaire d'heures de dispense compensées par le travailleur embauché en compensation ou par le travailleur qui augmente sa durée de travail ;

f) S : le régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'hôpital de revalidation ;

g) N : le nombre annuel d'heures de travail à rémunérer par l'employeur pour compenser les heures de dispense des travailleurs bénéficiaires des mesures de fin de carrière pour l'année considérée ;

h) Y : le nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le travailleur en embauche compensatoire par rapport à son contrat de travail, à son acte de nomination individuelle ou à l'avenant à son contrat de travail en cas d'augmentation du temps de travail ;

2° F2 : le montant pour la prime. F2 est calculé selon la formule  $F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$ , où :

a) Aa : 69.753,17 euros pour la catégorie a ;

b) Ab : 69.753,17 euros pour la catégorie b ;

c) Ac : 51.951,39 euros pour la catégorie c ;

d) Ad : 46.941,53 euros pour la catégorie d ;

e) H : le nombre équivalent d'heures hebdomadaires de dispense de prestations de travail dans le cadre de l'octroi d'une prime pour un travailleur à temps plein par rapport à son âge ;

f) T2 : le nombre d'heures à prester par semaine qui résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle, effectué, le cas échéant, dans la fonction à laquelle s'applique la mesure ;

g) S : le régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'hôpital de revalidation ;

h) N : le nombre annuel d'heures de travail rémunérées par l'employeur pour l'année considérée dans le cadre des mesures de fin de carrière ;

i) Y : le nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le bénéficiaire en vertu de son contrat de travail ou de son acte de nomination individuelle.

§ 4. Les hôpitaux de revalidation fournissent les renseignements suivants pour l'élaboration du montant visé au paragraphe 2 :

1° un numéro d'identification unique par membre du personnel ;

2° la date de naissance ;

3° la fonction ;

4° l'option choisie entre la dispense de prestations de travail et la prime pour chacune des tranches ;

5° le centre de frais dans lequel les charges sont imputées ;

6° le nombre d'heures de dispense de prestations de travail que le membre du personnel peut obtenir par rapport à son âge ;

7° le régime horaire hebdomadaire en vigueur dans l'hôpital de revalidation ;

8° le nombre d'heures à prester par le membre du personnel, tel qu'il résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle, réduit le cas échéant au prorata des prestations effectuées par le membre du personnel dans la fonction justifiant le bénéfice de la mesure visée au présent paragraphe ;

9° la date de l'engagement ;

10° la date éventuelle de départ ;

11° en cas de personnel assimilé, le nombre d'heures de prestations irrégulières, avec un minimum de 200 heures sur 24 mois ;

12° les périodes d'absence non rémunérées par l'employeur ainsi que leur nature. Il s'agit de journées ou heures non assimilées.

Les hôpitaux de revalidation communiquent les renseignements visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> à l'agence conformément aux conditions visées à l'article 271 et à l'article 272, 3°.

Si le gestionnaire de l'hôpital ne communique pas à l'agence les renseignements visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> dans le délai visé à l'article 271, les montants visés au paragraphe 5 sont récupérés.

§ 5. Le montant visé au paragraphe 2 est calculé annuellement conformément au paragraphe 3. Le montant pour l'exercice n est calculé sur la base des renseignements communiqués de l'exercice -2.

Pour les exercices 2014, 2015 et 2016, pour lesquels le montant est calculé conformément à l'article 79, § 3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, un montant de rattrapage est liquidé conformément à l'article 255, § 1<sup>er</sup>.

§ 6. Pour les membres du personnel qui ont opté pour la dispense de leurs prestations hebdomadaires de travail, le gestionnaire de l'hôpital apporte la preuve que ce temps de travail libéré et le financement octroyé ont été compensés par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée hebdomadaire de travail des membres du personnel. Les travailleurs suivants ne sont pas pris en considération : les travailleurs à temps plein auxquels s'appliquent les mesures de fin de carrière et les travailleurs pour lesquels l'hôpital de revalidation reçoit déjà un financement d'une instance publique dans le cadre de la politique de l'emploi.

Le volume total d'heures à compenser par catégorie du personnel, visée au paragraphe 3, est prioritairement compensé par la même catégorie de personnel.

Le cas échéant, le financement octroyé est plafonné au volume total réel de remplacements. À cet effet, le gestionnaire de l'hôpital transmet, en même temps que les données visées au paragraphe 4, alinéa 1<sup>er</sup>, les données suivantes :

1° un numéro d'identification unique par membre du personnel ;

2° la date de naissance ;

3° la date d'entrée en fonction et de sortie ;

4° la fonction ;

5° la durée de travail hebdomadaire de compensation du nouveau travailleur ou l'augmentation de l'horaire de travail du travailleur en fonction qui augmente sa durée de travail ;

6° les périodes d'absence non rémunérées par l'employeur ainsi que leur nature. Il s'agit de journées ou heures non assimilées ;

7° le centre de frais d'imputation ;

8° la date de début de l'avenant au contrat du travailleur qui augmente sa durée de travail ou du contrat du nouveau travailleur ;

9° la date de fin du contrat.

§ 7. Le gestionnaire de l'hôpital transmet au un état des lieux annuel des mesures de fin de au conseil d'entreprise ou au comité de concertation local.

### Section 3. — Montant compensatoire du complément de la prime d'attractivité

**Art. 252.** Dans le présent article, on entend par équivalents temps plein admissibles : les travailleurs visés dans la convention collective de travail du 30 juin 2006, conclue au sein de la Commission paritaire des services de santé, en exécution du point 10 de l'accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé (secteur privé) du 26 avril 2005.

En vue de financer le complément de la prime d'attractivité visée au point 10 de l'accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et au point 13 du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005, un budget est prévu budget recalculé annuellement, conformément à l'alinéa 3.

Pour le complément de la prime d'attractivité octroyée à tous les travailleurs des hôpitaux publics de revalidation, il est octroyé à chaque hôpital de revalidation un montant qui est calculé en multipliant le nombre d'équivalents temps plein admissibles de l'hôpital de revalidation par 803,75 euros. Ces 803,75 euros comprennent 596,83 euros majorés des cotisations patronales.

Pour le complément de la prime d'attractivité octroyée à tous les travailleurs des hôpitaux privés de revalidation, il est octroyé à chaque hôpital de revalidation un montant qui est calculé en multipliant le nombre d'équivalents temps plein admissibles de l'hôpital de revalidation par 833,89 euros. Ces 833,89 euros comprennent 619,21 euros majorés des cotisations patronales.

Les hôpitaux de revalidation fournissent les renseignements suivants pour l'élaboration des montants visés aux alinéas 3 et 4 :

1° un numéro d'identification unique par membre du personnel ;

2° la fonction ;

3° le nombre d'heures à prester par le membre du personnel, tel qu'établi dans le contrat de travail ou l'acte de nomination individuelle.

Le montant compensatoire du complément de la prime d'attractivité est à nouveau calculé chaque exercice. Le montant pour l'exercice n est calculé sur la base des renseignements communiqués, visés à l'alinéa 5, de l'exercice -2.



Pour les exercices 2014, 2015 et 2016, pour lesquels le montant compensatoire du complément de la prime d'attractivité est calculé conformément à l'article 79bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, un montant de rattrapage est liquidé conformément à l'article 255, § 1<sup>er</sup>, du présent arrêté.

CHAPITRE 5. — *Le budget correctif visé à l'article 240, 4°*

**Art. 253.** Le budget correctif comporte les sous-parties suivantes :

- 1° les corrections pour les exercices précédents, fixées conformément à l'article 254 ;
- 2° les montants de rattrapage pour un manque ou un surplus de recettes par rapport à un budget fixé pour l'exercice en cours ou pour un ou plusieurs exercices antérieurs, à savoir :
  - a) les montants fixés conformément à l'article 255 ;
  - b) les montants fixés conformément à l'article 256 ;
- 3° les montants en cas de fermeture ou d'ouverture de lits hospitaliers, fixés conformément à l'article 257.

**Art. 254.** Un manque ou un surplus de recettes pour les exercices antérieurs est imputé sur le budget correctif de l'exercice qui suit l'année durant laquelle l'erreur a été constatée. Les corrections pour les exercices jusqu'à 2018 inclus sont calculées conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 25 avril 2002, telles qu'elles sont en vigueur au 31 décembre 2018.

**Art. 255.** § 1<sup>er</sup>. En vue de financer les mesures de fin de carrière visées à l'article 251, un montant de rattrapage est prévu dans le budget correctif pour les exercices 2014, 2015 et 2016.

Le montant visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est la différence entre le montant définitif et le montant provisoire, calculée conformément à l'article 79, § 3, 3°, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018.

§ 2. En vue de financer le complément de la prime d'attractivité visé à l'article 252, un montant de rattrapage est prévu dans le budget correctif pour les exercices 2014, 2015 et 2016.

Le montant visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est la différence entre le montant compris dans le budget des moyens financiers pour les années visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> et le montant calculé pour ces années conformément à l'article 79bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, et sur la base des renseignements communiqués pour cette année.

**Art. 256.** Pour la révision de la scission des parties fixe et variable du budget calculé conformément à l'article 260, § 2, à la fin de chaque exercice, un montant de rattrapage est prévu dans le budget correctif.

**Art. 257.** En cas de diminution du nombre de lits hospitaliers agréés dans un hôpital de revalidation, 80 % du budget de base sont réduits proportionnellement à la diminution de la capacité en lits.

En cas d'augmentation du nombre de lits hospitaliers agréés dans un hôpital de revalidation :

- 1° par la réduction du nombre de lits hospitaliers dans un autre hôpital de revalidation, le budget de base est augmenté du montant par lequel le budget de base de l'autre hôpital de revalidation est diminué ;
- 2° par la réduction du nombre de lits hospitaliers dans un hôpital, qui résulte d'un accord de coopération conclu entre la Communauté flamande et l'autorité fédérale conformément à l'article 47/9, § 5, de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions, le budget de base est augmenté d'un montant fixé par le Gouvernement flamand ;
- 3° dans tous les autres cas que ceux visés aux points 1° et 2°, 80 % du budget de base sont augmentés proportionnellement à l'augmentation de la capacité en lits.

CHAPITRE 6. — *Indexation du budget*

**Art. 258.** Les parties suivantes du budget, visées à l'article 240, sont indexées conformément à l'alinéa 3 :

- 1° 97 % du budget de base ;
- 2° 100 % du budget conditionnel ;
- 3° 100 % du budget recalculé annuellement.

Le budget correctif n'est pas indexé.

Sauf stipulation contraire, les parties du budget visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> et les montants visés dans le présent arrêté sont liés à l'indice-pivot 103,04 (base 2013=100) et sont adaptés conformément à la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

*Titre 2. — Notification de la décision*

**Art. 259.** La décision du ministre quant à la fixation du budget, visée aux articles 239 et 265, est communiquée au gestionnaire de l'hôpital par l'agence.

Si le gestionnaire de l'hôpital n'est pas d'accord avec le calcul du budget, il peut introduire, dans les trente jours de la réception de la décision quant à la fixation du budget, une réclamation auprès du ministre par un envoi recommandé adressé au fonctionnaire dirigeant.

La décision du ministre au sujet de la réclamation est communiquée au gestionnaire de l'hôpital dans les trente jours suivant la réception de la réclamation.

Si le gestionnaire de l'hôpital n'a pas introduit de réclamation conformément à l'alinéa 2, il est réputé de plein droit réputé être d'accord avec la fixation du budget.

*Titre 3. — Liquidation du budget*

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Fixation des parties fixe et variable du budget*

**Art. 260.** § 1<sup>er</sup>. La partie fixe du budget est constituée de 80 % du budget de base, visé à l'article 241, augmenté du budget conditionnel, du budget recalculé annuellement et du budget correctif, visés aux articles 243, 250 et 253.

La partie variable du budget est constituée de 20 % du budget de base.

§ 2. Les parties fixe et variable sont scindées en deux parties. L'une est calculée sur la base du nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu pour les patients visés à l'article 115 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008. L'autre est calculée sur la base du nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu pour les patients visés à l'article 116 de la loi précitée.

L'exercice considéré terminé, la scission des parties fixe et variable est revue sur la base des données propres à cet exercice afin de faire correspondre la scission visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> au rapport réel entre le nombre de patients visés à l'article 115 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, d'une part, et à l'article 116 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, d'autre part. Cette révision est imputée sur le budget correctif conformément à l'article 256.

CHAPITRE 2. — *Liquidation du budget pour les patients visés à l'article 115 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008*

**Art. 261.** Pour les patients visés à l'article 115 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, la partie fixe visée à l'article 260, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, du présent arrêté est liquidée en douzièmes par les organismes assureurs, en proportion de leur part respective des journées d'hospitalisation réalisées au cours du dernier exercice connu pour l'hôpital de revalidation concerné, dans le délai fixé par le ministre.

Pour les patients visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la partie variable visée à l'article 260, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, est entièrement liquidée selon un prix par journée d'hospitalisation. Le prix par journée d'hospitalisation est déterminé en divisant la partie variable par les journées d'hospitalisation réalisées au cours du dernier exercice connu pour les patients qui relèvent du présent chapitre.

CHAPITRE 3. — *Liquidation du budget pour les patients visés à l'article 116 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008*

**Art. 262.** Pour les patients visés à l'article 116 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, le ministre fixe un prix par journée d'hospitalisation. Les parties fixe et variable du budget, visées à l'article 260, § 1<sup>er</sup>, du présent arrêté sont additionnées et divisées par les journées d'hospitalisation réalisées au cours du dernier exercice connu.

**Art. 263.** Si l'hospitalisation donne lieu à une intervention de l'Office National de Sécurité Sociale pour la sécurité sociale d'outre-mer, ou de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité pour les invalides de guerre, les anciens combattants et les victimes de guerre ainsi que les marins, dans le cadre de leur réglementation propre, ou d'un Centre Public d'Action Sociale en faveur des indigents, 22 % du prix par journée d'hospitalisation calculé conformément à l'article 262 sont payés par la Communauté flamande. La partie restante du prix par journée d'hospitalisation calculé conformément à l'article 262 est à charge, selon le cas, de l'Office National de Sécurité Sociale pour la sécurité sociale d'outre-mer, ou de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité pour les invalides de guerre, les anciens combattants et les victimes de guerre ainsi que les marins, dans le cadre de leur réglementation propre, ou d'un Centre Public d'Action Sociale.

CHAPITRE 4. — *Conséquences du non-respect des conditions*

**Art. 264.** § 1<sup>er</sup>. Si un hôpital de revalidation ne respecte pas les conditions visées au titre 4, l'agence lui envoie un rappel par voie électronique, qui fixe un délai de trente jours pour satisfaire aux conditions.

Si l'agence constate, à l'expiration du délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, que le gestionnaire de l'hôpital n'a pas réservé la suite souhaitée, le ministre diminue le budget de l'hôpital de revalidation de 30 % maximum à partir du premier jour du mois suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à ce que l'hôpital de revalidation satisfasse aux conditions. En vue de la fixation de la durée de cette sanction, tout mois entamé est considéré comme un mois complet. Le pourcentage est proportionnel à la gravité de l'infraction et à sa récidive.

§ 2. Si un hôpital de revalidation ne respecte pas les conditions visées au titre 5, l'agence lui envoie un rappel par voie électronique, qui fixe un nouveau délai de trente jours pour communiquer les données visées au titre 5.

Si l'agence constate, à l'expiration du délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, que le gestionnaire de l'hôpital n'a pas réservé la suite souhaitée, le ministre diminue le budget de l'hôpital de revalidation de 10 % à partir du premier jour du mois suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à ce que l'agence soit en possession des renseignements demandés. En vue de la fixation de la durée de cette sanction, tout mois entamé est considéré comme un mois complet.

Si l'agence constate, six mois après l'expiration du délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, que le gestionnaire de l'hôpital n'a pas réservé la suite souhaitée, la partie du budget afférent aux données manquantes est considérée comme égale à zéro lors de la fixation suivante du budget.

**Art. 265.** Le ministre peut supprimer l'octroi du budget ou d'une partie de celui-ci si l'hôpital ne dispose pas de l'agrément requis, visé aux articles 58, 66 et 67 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, de l'autorisation visée à l'article 39 de la loi précitée ou de l'autorisation visée aux articles 54 et 57 de la loi précitée. Cette suppression s'applique au budget ou à la partie de celui-ci qui se rapporte à cet agrément ou à cette autorisation.

Le ministre ne peut prendre une décision telle que visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> que lorsque l'agence a envoyé un rappel par voie électronique à l'hôpital de revalidation afin qu'il remplisse ses obligations dans un délai fixé par l'agence et que l'hôpital de revalidation n'y a pas donné suite.

**Titre 4. — Déclaration d'admission**

**Art. 266.** § 1<sup>er</sup>. Au plus tard au début de l'admission, une série de documents sont soumis à la signature du patient ou à la personne qui, conformément aux articles 12 à 14 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, peut le représenter, ci-après dénommé « le représentant ».

Cette série se compose des deux documents suivants :

1° une déclaration d'admission établie conformément au modèle figurant à l'annexe 5 ou à l'annexe 6 jointes au présent arrêté, selon qu'il s'agit d'une admission classique en hôpital de revalidation ou d'une hospitalisation de jour en hôpital de revalidation ;

2° un document contenant les explications nécessaires relatives à la déclaration d'admission, selon le modèle repris à l'annexe 7 jointe au présent arrêté.

Cette série de documents informe le patient sur les implications financières d'une admission à l'hôpital de revalidation. De préférence avant l'admission et au plus tard au moment de l'admission même, l'hôpital de revalidation consacre le temps nécessaire pour expliquer oralement le contenu de la déclaration d'admission et les implications financières d'une admission à l'hôpital de revalidation au moyen du document d'explication visé à l'alinéa 2, 2°.

§ 2. Une liste récapitulant les prix actuels des biens et services offerts à l'hôpital de revalidation est mise à la disposition du patient à l'hôpital de revalidation. L'hôpital de revalidation informe le patient, de manière claire et explicite, de l'endroit où la liste récapitulative peut être consultée à l'hôpital de revalidation. L'hôpital de revalidation publie également la liste récapitulative sur son site internet.

§ 3. Au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 1<sup>o</sup>, l'hospitalisation de jour s'entend de l'ensemble des actes diagnostiques ou thérapeutiques planifiés relevant des différentes disciplines médicales et pour lesquels le patient quitte l'hôpital de revalidation le jour même de son admission. Ces actes requièrent l'intervention effective du personnel médical, infirmier ou paramédical de l'hôpital de revalidation en raison de l'état médical du patient nécessitant une surveillance médicale ou infirmière prolongée ou en raison de la complexité médico-technique de la procédure et de la sécurité du patient.

§ 4. Le texte en italique dans les modèles repris aux annexes 5, 6 et 7 jointes au présent arrêté indique les passages que l'hôpital de revalidation peut omettre dans les documents s'ils ne s'appliquent pas à l'hôpital de revalidation concerné. Si le titre d'une rubrique est imprimé en italique dans les modèles, toute la rubrique peut être supprimée si le contenu de cette rubrique ne s'applique pas à l'hôpital de revalidation ou à une admission spécifique. Toute autre modification, omission ou tout autre ajout dans les modèles repris aux annexes 5, 6 et 7 jointes au présent arrêté sont interdits.

Le gestionnaire de l'hôpital de revalidation veille en particulier à ce que tous les éléments exprimés en pourcentage dans la déclaration d'admission soient dûment complétés et actualisés et à ce que les autres informations y mentionnées soient fournies.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les hôpitaux de revalidation, qui ne facturent ni suppléments de chambre, ni suppléments d'honoraires, peuvent également déroger au texte non italique des modèles repris aux annexes 5, 6 et 7 jointes au présent arrêté. Ils peuvent informer le patient de manière simplifiée sur les implications financières d'une admission à l'hôpital de revalidation.

§ 5. La déclaration d'admission est dûment remplie.

La déclaration d'admission est signée en deux exemplaires, dont le gestionnaire de l'hôpital et le patient ou son représentant reçoivent chacun un exemplaire. L'utilisation de papier carbone ou de la signature électronique est autorisée. Le patient reçoit toujours une version papier de la déclaration d'admission signée, également si la déclaration d'admission a été signée de manière électronique.

L'hôpital de revalidation conserve la déclaration d'admission signée au moins pendant une période de deux ans après l'envoi de la dernière facture relative à l'admission à l'origine de la signature de la déclaration d'admission concernée.

**Art. 267.** La liste, visée à l'article 266, § 2, récapitulant les prix actuels des biens et services offerts à l'hôpital de revalidation fait une distinction entre les frais liés au confort de la chambre, les frais de nourriture et de boissons, les frais liés aux produits d'hygiène, les frais de lessive, les frais relatifs à l'accompagnateur du patient et les frais liés à d'autres biens et services divers.

Si un montant forfaitaire est appliqué pour couvrir l'utilisation des divers biens et services précités, les biens et services couverts par ce forfait sont également précisés.

**Art. 268.** Indépendamment de la réglementation en vigueur en ce qui concerne la perception des honoraires, le gestionnaire de l'hôpital de revalidation indique, dans la déclaration d'admission, le pourcentage par rapport aux tarifs de la convention appliqué par les médecins de l'hôpital de revalidation lors de la fixation des suppléments. Le gestionnaire de l'hôpital peut préciser, dans les cas où cela n'est pas imposé légalement, qu'il s'agit d'un pourcentage maximum.

**Art. 269.** Le gestionnaire de l'hôpital de revalidation met à la disposition de toute personne désireuse de s'informer au préalable un exemplaire de la déclaration d'admission comprenant les tarifs applicables, dont ceux spécifiquement fixés pour l'hôpital de revalidation.

Tout hôpital de revalidation communique, à la simple demande de l'agence, un exemplaire des déclarations d'admission utilisées au sein de l'hôpital de revalidation. Les tarifs en vigueur au sein de l'hôpital de revalidation sont complétés sur les déclarations d'admission. Le cas échéant, elles sont adaptées suivant les possibilités visées à l'article 266, § 4.

#### *Titre 5. — Communication de données*

**Art. 270.** Les données relatives à la situation financière et aux résultats d'exploitation recouvrent :

- 1<sup>o</sup> le bilan de clôture ;
- 2<sup>o</sup> le compte de résultats, ventilé par centre d'activités ;
- 3<sup>o</sup> un tableau récapitulatif des composantes relatives aux clés de répartition appliquées dans la comptabilité de gestion ;
- 4<sup>o</sup> le rapport du réviseur d'entreprise, visé à l'article 88 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

Les données nécessaires à la fixation du budget recouvrent :

- 1<sup>o</sup> le relevé annuel du nombre de journées d'hospitalisation réalisées durant l'exercice concerné, ainsi que la ventilation de ces journées par organisme de paiement ;
- 2<sup>o</sup> les données relatives aux mesures de fin de carrière visées à l'article 251, § 4, alinéa 1<sup>er</sup>, et § 6, alinéa 3 ;
- 3<sup>o</sup> les données relatives au complément de la prime d'attractivité visé à l'article 252, alinéa 5.

Les données relatives aux activités et au suivi de la qualité recouvrent :

1<sup>o</sup> le relevé mensuel des données suivantes pour le mois concerné, d'une part, pour l'ensemble des patients et, d'autre part, pour les patients pour lesquels les organismes assureurs visés à l'article 261 ont accordé une intervention financière :

- a) les journées d'hospitalisation ;
- b) les admissions à l'hôpital de revalidation ;
- 2<sup>o</sup> les sorties de l'hôpital de revalidation ;

3<sup>o</sup> les données, à préciser par le Gouvernement flamand, relatives aux activités et au suivi de la qualité de l'hôpital de revalidation.

Les données se rapportant aux activités médicales ne peuvent pas comprendre d'éléments qui identifient directement la personne physique sur laquelle elles portent. Aucun acte ne peut être posé qui viserait à établir un lien entre ces données et la personne physique identifiée à laquelle elles se rapportent, à moins que celui-ci soit nécessaire

pour faire vérifier par les fonctionnaires, les préposés ou les médecins-conseils désignés tels que visés à dans l'article 127 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 la véracité des données communiquées.

**Art. 271.** Les données visées à l'article 270 sont communiquées à l'agence au plus tard le 31 août de l'année suit celle à laquelle elles se rapportent.

**Art. 272.** Les données visées à l'article 270 sont communiquées comme suit :

- 1° les données visées à l'article 270, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 4°, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux ;
- 2° les données visées à l'article 270, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, selon les modalités prévues par le ministre ;
- 3° les données visées à l'article 270, alinéa 2, selon les modalités prévues par le ministre ;
- 4° les données visées à l'article 270, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, conformément à l'annexe 8 jointe au présent arrêté ;
- 5° les données visées à l'article 270, alinéa 3, 2°, selon les conditions prévues par le Gouvernement flamand.

**Art. 273.** L'hôpital de revalidation conserve pendant dix ans les documents à l'appui des données visées à l'article 270.

L'hôpital de revalidation conserve pendant cinq ans les documents à l'appui des données visées à l'article 270, alinéas 2 et 3.

**Art. 274.** Dans le mois qui suit la publication du présent arrêté, le gestionnaire de l'hôpital de revalidation communique à l'agence les nom et prénom, l'adresse professionnelle, le numéro de téléphone et l'adresse de courrier électronique :

- 1° du directeur, du médecin en chef et du chef du département infirmier de l'hôpital de revalidation ;
- 2° de la personne ou des personnes chargées de la communication des données, visées à l'article 270, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'hôpital de revalidation ;
- 3° de la personne ou des personnes chargées de la communication des données statistiques, visées à l'article 270, de l'hôpital de revalidation ;
- 4° du conseiller en sécurité, visé dans la partie Ire. Normes générales applicables à tous les établissements, point III. Normes d'organisation, 9<sup>o</sup> quater, g), de l'annexe à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

En cas de création d'un nouvel hôpital de revalidation ou en cas de collaboration d'hôpitaux de revalidation avec un ou plusieurs hôpitaux de revalidation ou hôpitaux, la communication visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est faite dans le mois qui suit la signification de l'agrément provisoire de l'hôpital de revalidation ou de l'agrément de la forme de coopération des hôpitaux de revalidation.

Toute modification des personnes visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> est communiquée dans le mois.

L'hôpital de revalidation conserve les données à caractère personnel visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> jusqu'à un an après le départ de l'intéressé.

**Art. 275.** Le ministre ou l'agence peut réclamer au gestionnaire de l'hôpital de revalidation toutes les données utiles à la fixation du budget.

Partie 6. — Équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs

**Titre 1<sup>er</sup>.** — *Procédure de conclusion, de modification et de résiliation d'une convention*

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Généralités*

**Art. 276.** § 1<sup>er</sup>. Les conventions avec des équipes d'accompagnement multidisciplinaires sont conclues ou modifiées à la demande d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou à l'initiative du ministre ou de l'agence.

Une association de soins palliatifs agréée peut introduire une demande au nom d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire qui fait partie de l'association de soins palliatifs concernée.

§ 2. Par association de soins palliatifs, une convention ne peut être conclue qu'avec une seule équipe d'accompagnement multidisciplinaire conformément à l'article 291.

**Art. 277.** Les conventions avec des équipes d'accompagnement multidisciplinaires sont résiliées à la demande de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou à l'initiative du ministre ou de l'agence.

Une association de soins palliatifs agréée peut introduire une demande de résiliation de la convention au nom d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire qui fait partie de l'association de soins palliatifs concernée.

CHAPITRE 2. — *Procédure de conclusion et de modification de conventions*

**Art. 278.** Une demande de conclusion ou de modification d'une convention avec une équipe d'accompagnement multidisciplinaire telle que visée à l'article 276 est adressée au ministre.

Pour être recevables, les demandes contiennent au moins les données et les documents suivants :

- 1° les données d'identification de la personne morale qui introduit la demande ;
- 2° la date de prise d'effet de la convention souhaitée par le demandeur ;
- 3° les pièces justificatives nécessaires dont il ressort que les membres de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire satisfont aux conditions, visées aux articles 335 et 336, pour leur formation spécifique ;
- 4° le dossier des frais de personnel visé à l'article 322 ;
- 5° une déclaration de l'association de soins palliatifs selon laquelle elle soutient la demande de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire introduit la demande ;
- 6° une preuve que l'association de soins palliatifs est habilitée à conclure la convention au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire si elle introduit la demande.

**Art. 279.** § 1<sup>er</sup>. L'agence examine si la demande satisfait aux conditions de recevabilité visées à l'article 278.

Dans les trente jours de la réception de la demande, l'agence envoie au demandeur un accusé de réception indiquant si la demande est ou non recevable et précisant, le cas échéant, la date de réception de la demande recevable.

§ 2. Dans les trente jours de la réception de la demande recevable, l'agence sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée quant aux aspects de fond de la demande.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence ne sollicite aucun avis dans les cas suivants :

1° il s'agit d'une exception définie par le Gouvernement flamand en vertu de l'article 91, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, du décret du 6 juillet 2018 ;

2° les modifications envisagées découlent des dispositions de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire proprement dite visées à l'article 91, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, du décret du 6 juillet 2018.

**Art. 280.** Si le ministre ou l'agence propose de conclure ou de modifier une convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire telle que visée à l'article 276, l'agence sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée quant aux aspects de fond de la proposition.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'agence ne sollicite aucun avis dans les cas suivants :

1° la proposition visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> constitue une exception définie par le Gouvernement flamand en vertu de l'article 91, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, du décret du 6 juillet 2018 ;

2° les modifications envisagées découlent des dispositions de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire proprement dite visées à l'article 91, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, du décret du 6 juillet 2018.

**Art. 281.** La Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée rédigent de concert un avis commun sur les demandes d'avis visées à l'article 279, § 2, et à l'article 280. Elles s'efforcent à cet égard de parvenir à un consensus. Si elles n'aboutissent à aucun consensus, l'avis en indique le motif.

**Art. 282.** La Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée transmettent leur avis commun, visé à l'article 281, à l'agence dans les trente jours de la réception de la demande d'avis de l'agence.

**Art. 283.** Si la Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée n'ont pas transmis d'avis commun à l'agence conformément à l'article 282, dans le délai autorisé par l'agence, elles transmettent chacune séparément un avis à l'agence dans les quinze jours qui suivent l'expiration du délai visé à l'article 282.

**Art. 284.** Lors de la rédaction de l'avis commun visé à l'article 281 et des avis visés à l'article 283, la Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée peuvent, ensemble ou de leur propre initiative :

1° demander des renseignements complémentaires à l'agence ou au demandeur ;

2° consulter des experts possédant une expertise spécifique dans le domaine de la proposition ou de la demande.

**Art. 285.** À défaut d'un avis commun tel que visé à l'article 281 ou de l'un des avis ou des deux avis visés à l'article 283 dans les délais visés aux articles 282 et 283, l'agence poursuit le traitement de la demande.

**Art. 286.** L'agence formule un avis sur la demande et peut, à cet égard, tenir compte, le cas échéant, de l'avis commun visé à l'article 281 ou de l'un des avis ou des deux avis visés à l'article 283.

L'agence transmet son avis au ministre dans les trente jours qui suivent la réception de l'avis commun, visé à l'article 281, ou de l'un des avis ou des deux avis, visés à l'article 283, ou l'expiration du délai visé à l'article 283.

L'un des documents suivants est joint à l'avis :

1° l'avis commun visé à l'article 281 reçu par l'agence dans le délai visé à l'article 282 ;

2° l'un des avis ou les deux avis visés à l'article 283 reçus par l'agence dans le délai visé à l'article 283.

**Art. 287.** Dans le cadre de sa mission d'avis visée à l'article 286, l'agence peut recueillir des renseignements complémentaires auprès de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée.

**Art. 288.** L'agence transmet les avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée, visés aux articles 281 et 283, pour information au comité consultatif Soins et Santé et au comité consultatif PSF.

**Art. 289.** Le ministre statue sur l'approbation de la demande après avoir reçu l'avis de l'agence ou après l'expiration du délai visé à l'article 286, alinéa 2.

En cas de décision positive au sujet d'une demande de conclusion d'une convention, un projet de convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire est établi. En cas de décision positive au sujet d'une demande de modification d'une convention, un projet d'avenant à la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire est établi.

En cas de décision négative, la motivation du refus de la demande est communiquée au demandeur par un envoi recommandé signé par le ministre.

**Art. 290.** Les décisions du ministre visées à l'article 289 sont communiquées pour information à la Commission d'experts et à la commission consultative sectorielle concernée.

**Art. 291.** Une convention avec une équipe d'accompagnement multidisciplinaire de même que toute modification y apportée sont signées par le ministre.

Les conventions avec une équipe d'accompagnement multidisciplinaire sont conclues pour une durée indéterminée.

### CHAPITRE 3. — *Résilier une convention*

#### *Section 1<sup>re</sup>. — Résiliation d'une convention à la demande d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire*

**Art. 292.** Une demande de résiliation d'une convention avec une équipe d'accompagnement multidisciplinaire telle que visée à l'article 277 est adressée au ministre. La demande est recevable si elle contient au moins les données suivantes :

1° les données d'identification de la personne morale qui introduit la demande ;

2° les motifs de la résiliation de la convention ;

3° les mesures prises pour garantir la continuité du service ;

4° une preuve démontrant que l'association de soins palliatifs est habilitée à résilier la convention au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire si elle introduit la demande.

les mesures prises pour garantir la continuité du service, visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, sont rédigées de concert entre l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire et l'association de soins palliatifs dont l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire fait partie.

**Art. 293.** § 1<sup>er</sup>. L'agence examine si la demande satisfait aux conditions de recevabilité visées à l'article 292.

Dans les trente jours de la réception de la demande, l'agence envoie au demandeur un accusé de réception indiquant si la demande est ou non recevable et précisant, le cas échéant, la date de réception de la demande recevable.

Si la demande n'a pas été introduite par l'association de soins palliatifs au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, l'association de soins palliatifs est informée de la demande visée à l'article 277.

§ 2. Dans les trente jours de la réception de la demande recevable, l'agence sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée quant aux mesures prises pour garantir la continuité du service.

**Art. 294.** La Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée rédigent, conjointement ou chacune séparément, un avis sur les demandes d'avis visées à l'article 293, § 2. Dans l'avis commun, elles s'efforcent de parvenir à un consensus. Si elles n'aboutissent à aucun consensus, l'avis commun en indique le motif. Elles transmettent les avis à l'agence dans les trente jours de la réception de la demande d'avis.

**Art. 295.** À défaut de l'avis commun ou de l'un des avis ou des deux avis séparés visés à l'article 294 dans les délais visés à l'article 294, l'agence poursuit le traitement de la demande.

**Art. 296.** L'agence formule un avis sur la demande et peut, à cet égard, tenir compte, le cas échéant, de l'avis commun ou de l'un des avis ou des deux avis séparés visés à l'article 294.

L'agence transmet cet avis au ministre dans les trente jours qui suivent la réception de l'avis commun, visé à l'article 294, d'un avis séparé ou, le cas échéant, des deux avis séparés, visés à l'article 294, ou l'expiration du délai visé à l'article 294. Les avis reçus dans le délai visé à l'article 294 sont joints à chaque avis de l'agence.

**Art. 297.** L'agence transmet les avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée, visés à l'article 294, pour information au comité consultatif Soins et Santé et au comité consultatif PSF.

**Art. 298.** Le ministre prend connaissance de la date de la résiliation de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire et peut imposer des mesures afin de garantir la continuité du service.

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut pas prétendre à une indemnité pour les frais liés à la résiliation de la convention. Elle peut cependant recevoir une indemnité pour les mesures qui lui sont imposées afin de garantir la continuité du service, visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 299.** La décision du ministre contenant les mesures visant la continuité du service, visées à l'article 298, est transmise par un envoi recommandé à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire et à l'association de soins palliatifs dont l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire fait partie.

La décision du ministre visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est communiquée pour information à la Commission d'experts et à la commission consultative sectorielle concernée.

#### *Section 2. — Résiliation d'une convention à l'initiative du ministre ou de l'agence*

**Art. 300.** § 1<sup>er</sup>. L'intention du ministre ou de l'agence de résilier une convention avec une équipe d'accompagnement multidisciplinaire est communiquée par un envoi recommandé avec accusé de réception à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire concernée et à l'association de soins palliatifs dont cette équipe d'accompagnement multidisciplinaire fait partie. Cette intention contient les motifs de la résiliation de la convention.

§ 2. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire dispose d'un délai de trente jours suivant la réception de l'envoi recommandé pour réagir à l'intention.

Dans sa réaction à l'intention, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut développer une proposition en vue de la continuité du service en cas de résiliation éventuelle de la convention.

Si le ministre ou l'agence formule une intention de résiliation de la convention parce que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne satisfait plus aux conditions visées aux articles 311 à 322, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut développer une proposition de remédiation.

**Art. 301.** Dans les quinze jours qui suivent la réception de la réaction visée à l'article 300, § 2, ou l'expiration du délai visé à l'article 300, § 2, l'agence sollicite l'avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle concernée au sujet de l'intention de résiliation de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

Le cas échéant, la réaction et la proposition ou, le cas échéant, les propositions visées à l'article 300, § 2, sont jointes à la demande d'avis visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 302.** La Commission d'experts et la commission consultative sectorielle concernée rédigent, conjointement ou chacune séparément, un avis sur les demandes d'avis visées à l'article 301. Dans l'avis commun, elles s'efforcent de parvenir à un consensus. Si elles n'aboutissent à aucun consensus, l'avis en indique le motif. Elles transmettent les avis à l'agence dans les trente jours de la réception de la demande d'avis.

**Art. 303.** À défaut des avis visés à l'article 302 dans le délai visé à l'article 302, l'agence poursuit le traitement de la demande.

**Art. 304.** L'agence formule un avis sur la résiliation de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire et peut, à cet égard, tenir compte, le cas échéant, des avis visés à l'article 302 et de la réaction et de la proposition ou, le cas échéant, des propositions visées à l'article 300, § 2.

L'agence transmet son avis au ministre dans les trente jours qui suivent la réception de l'avis commun, visé à l'article 302, d'un avis séparé ou, le cas échéant, des deux avis séparés, visés à l'article 302, ou l'expiration du délai visé à l'article 302. Les avis visés à l'article 302 et la réaction et la proposition ou, le cas échéant, les propositions visées à l'article 300, § 2 sont joints à chaque avis de l'agence.

**Art. 305.** L'agence transmet les avis de la Commission d'experts et de la commission consultative sectorielle, visés à l'article 302, pour information au comité consultatif Soins et Santé et au comité consultatif PSF.

**Art. 306. § 1<sup>er</sup>.** Le ministre décide de résilier ou non la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

§ 2. Si l'intention de résiliation de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a été communiquée parce que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne satisfait plus aux conditions visées aux articles 311 à 322, le ministre peut, par dérogation au paragraphe 1<sup>er</sup>, imposer un délai dans lequel l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire doit remédier aux manquements mentionnés dans l'intention.

Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire n'a pas remédié aux manquements dans le délai imposé par le ministre, visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, la convention sera finalement résiliée.

§ 3. Dans le cas d'une décision de résiliation de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, le ministre fixe la date de la résiliation effective de la convention, qui ne peut jamais intervenir moins de trois mois suivant le jour de la décision de résiliation. Dans cette décision, le ministre peut imposer à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire des mesures afin de garantir la continuité du service.

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut pas prétendre à une indemnité pour les frais liés à la résiliation de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire. Pour l'exécution des mesures imposées par le ministre afin de garantir la continuité du service, visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut porter en compte, conformément aux conditions visées aux articles 324 à 328 et à l'article 337, le montant forfaitaire unique visé à l'article 324 ou le forfait réduit visé à l'article 327.

**Art. 307.** La décision contenant les éventuelles mesures pour la continuité du service, visée à l'article 306, § 3, est communiquée pour information à la Commission d'experts et à la commission consultative sectorielle concernée.

**Art. 308.** Les décisions du ministre, visées à l'article 306, sont communiquées à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire et à l'association de soins palliatifs.

**Art. 309.** En cas de danger immédiat, réel et grave pour la santé et la sécurité des usagers de soins, des mesures peuvent être imposées à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, conformément à l'article 14 du décret du 19 janvier 2018 relatif au contrôle public dans le cadre de la politique de la santé et de l'aide sociale, afin de garantir la sécurité et la santé des usagers de soins dans l'attente de la résiliation définitive de la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

Les mesures provisoires à l'égard de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire n'ont aucune incidence sur l'agrément de l'association de soins palliatifs à laquelle l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire apporte un soutien.

### *Titre 2. — Zone d'action des équipes d'accompagnement multidisciplinaires*

**Art. 310.** La zone d'action des équipes d'accompagnement multidisciplinaires correspond à celle de l'association de soins palliatifs dont les équipes d'accompagnement multidisciplinaires font partie.

### *Titre 3. — Conditions à remplir par les équipes d'accompagnement multidisciplinaires*

#### *CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Composition de base de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire*

**Art. 311.** Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire dispose de la composition de personnel suivante :

1° si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire s'est engagée, conformément à l'article 330, § 2, à accompagner 100 personnes palliatives par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, elle dispose au minimum de 2,6 équivalents temps plein pour 200.000 habitants dans la zone d'action de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;

2° si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire s'est engagée, conformément à l'article 330, § 3, à accompagner 150 personnes palliatives par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, elle dispose au minimum de 2,85 équivalents temps plein pour 200.000 habitants dans la zone d'action de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

#### *CHAPITRE 2. — Missions de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire*

**Art. 312.** Outre l'offre des services visés à l'article 90, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire assure une permanence téléphonique pour les prestataires de soins de première ligne impliqués dans les soins d'une personne palliative dans son cadre familial, en particulier s'il s'agit d'une personne dont la problématique de soins a déjà été abordée précédemment entre l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire et les prestataires de soins de première ligne.

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire prodigue, via la permanence téléphonique visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, des conseils aux prestataires de soins de première ligne sur les problèmes inattendus et urgents qui se posent lors des soins dispensés à une personne palliative.

Si le prestataire de soins concerné ne parvient pas à résoudre lui-même le problème dans le cadre familial de la personne palliative, un membre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire se rend sur place pour rechercher une solution conjointement avec le prestataire de soins concerné.

**Art. 313.** Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire organise toutes les semaines une concertation d'équipe interdisciplinaire interne afin d'optimiser les soins prodigués aux personnes palliatives dans leur cadre familial ou cadre familial de substitution. Lors de cette concertation d'équipe, les personnes palliatives suivies par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire sont examinées conjointement. Les problèmes qui se posent à cet égard sont approfondis et des solutions potentielles, proposées.

Le médecin généraliste et tous les infirmiers de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire prennent part à la concertation d'équipe. Au besoin, certains prestataires de soins de première ligne impliqués dans les soins d'une personne palliative peuvent être invités à prendre part à l'examen de leur personne palliative. À la demande de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, d'autres experts dans le domaine des soins palliatifs peuvent également prendre part à cette concertation d'équipe.

**Art. 314.** L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut déployer d'autres activités profitables à la qualité des soins palliatifs.

#### *CHAPITRE 3. — Conditions de fonctionnement de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire*

**Art. 315.** Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut intervenir dans les soins palliatifs dans le cadre familial ou dans tout cadre familial de substitution d'une personne palliative qu'après concertation préalable avec le médecin généraliste de cette dernière.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, une équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut se concerter avec les médecins spécialistes et paramédicaux d'un hôpital lors de la sortie de l'hôpital d'une personne palliative ou lors d'une hospitalisation de courte durée de la personne palliative pour une raison déterminée. Dans ces cas, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut également soutenir moralement et psychologiquement la personne palliative à l'hôpital, en collaboration avec la fonction palliative de l'hôpital.

**Art. 316.** L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut prendre en charge de tâches que les prestataires de soins de première ligne concernés peuvent prendre assumer.

À la demande des prestataires de soins de première ligne concernés, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut effectuer ses interventions conjointement avec les prestataires de soins de première ligne de manière à ce que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire puisse partager ses connaissances et compétences spécifiques avec les prestataires de soins de première ligne et les leur transmettre. Ces prestataires de soins de première ligne seront de la sorte en mesure de soigner et d'accompagner la personne palliative de manière aussi autonome que possible.

**Art. 317.** Les interventions d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peuvent pas se limiter aux interventions visées à l'article 337, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, ou aux personnes palliatives pour lesquelles un montant forfaitaire unique ou un forfait réduit peut être porté en compte conformément aux articles 324 à 327. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire réalise ses objectifs et ses missions au maximum en tenant compte de la situation concrète dans la zone d'action et en concertation avec les prestataires de soins de première ligne concernés.

**Art. 318.** § 1<sup>er</sup>. Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire tient, pour chaque personne palliative, qu'elle suit directement ou indirectement, un dossier patient, de préférence sous forme électronique. Ce dossier contient les données suivantes :

- 1° les nom et prénom, la date de naissance, l'adresse officielle et la résidence de fait de la personne palliative ;
- 2° la correspondance avec la personne palliative ;
- 3° le cas échéant, la prescription du médecin généraliste de la personne palliative, visée à l'article 337, § 1<sup>er</sup> ;
- 4° les données relatives à la situation de logement de la personne palliative ;
- 5° les données diagnostiques relatives à la maladie dont souffre la personne palliative ;
- 6° la situation familiale de la personne palliative ;
- 7° la situation sociale de la personne palliative ;
- 8° les données relatives aux intervenants impliqués dans les soins palliatifs et l'accompagnement ;
- 9° la mention de toute intervention de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire auprès de la personne palliative, avec les données suivantes :
  - a) la date, le lieu, le jour, l'heure et la durée de l'intervention ;
  - b) les nom et prénom du membre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire qui est intervenu ;
  - c) s'il s'agit d'une intervention téléphonique, d'une rencontre personnelle ou d'une participation à une réunion ;
  - d) qui a pris l'initiative du contact ;
  - e) informations sur les contacts avec d'autres prestataires de soins de première ligne concernés, des intervenants de proximité, d'autres prestataires de soins, la personne palliative ou sa famille ;
  - f) le contenu de l'intervention ;
- 10° les décisions des réunions d'équipe au sujet de la personne palliative ;
- 11° les éventuelles périodes intermédiaires d'hospitalisation de la personne palliative ;
- 12° la date et le lieu du décès de la personne palliative.

Le ministre peut fixer d'autres dispositions concernant la tenue d'un dossier patient.

§ 2. Les données à caractère personnel du dossier patient individuel sont tenues de manière à permettre des soins palliatifs de qualité et optimaux de la personne palliative.

Les données à caractère personnel du dossier patient individuel peuvent par ailleurs être traitées aux fins statistiques visées à l'article 321.

§ 3. Les données à caractère personnel visées au paragraphe 1<sup>er</sup> sont traitées, conformément à l'article 13, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, du décret du 6 juillet 2018, sous la responsabilité d'un praticien professionnel des soins de santé lié par le secret professionnel.

§ 4. Les données du dossier patient individuel sont conservées pendant une durée de dix ans maximum suivant le dernier contact avec la personne palliative concernée.

§ 5. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou l'association de soins palliatifs, si celle-ci a conclu la convention au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, est le responsable du traitement du dossier patient visé au paragraphe 1<sup>er</sup>.

**Art. 319.** Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire fait partie d'une association de soins palliatifs. Elle y opère en tant qu'équipe de soutien.

Dans sa zone d'action, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire assure un service optimal aux personnes palliatives et à leurs prestataires de soins, quelle que soit la distance qui sépare le siège de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire et le domicile de la personne palliative. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire répondra avec professionnalisme à toute question concernant les soins de fin de vie et renverra au besoin vers les intervenants les plus appropriés.

Si la personne palliative change de résidence et s'installe dans la zone d'action d'une autre équipe d'accompagnement multidisciplinaire, les équipes d'accompagnement multidisciplinaires concernées prennent les dispositions nécessaires pour faire en sorte que la continuité des soins palliatifs soit garantie.

**Art. 320.** Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire dispose d'une infrastructure et d'équipements suffisamment pour l'accueil des visiteurs, l'administration et les réunions.



Pour l'accueil des visiteurs, l'administration et les réunions, le siège central de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire dispose des locaux suivants :

- 1° un local pour recevoir les visiteurs et tenir des réunions d'au moins dix participants ;
- 2° un espace de travail pour les différents membres de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

Les locaux visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> peuvent être partagés avec l'association de soins palliatifs dont l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire fait partie.

**Art. 321.** § 1<sup>er</sup>. Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire transmet chaque année, au plus tard le 30 juin de l'année suivante, un rapport d'activités à l'agence.

Le rapport d'activités visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> contient les données suivantes relatives au nombre réel de personnes palliatives pour lesquelles l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a fourni une contribution aux soins palliatifs dans le cadre familial ou le cadre familial de substitution :

- 1° le nombre réel de personnes palliatives suivies ;
- 2° la répartition, par commune, de ces personnes palliatives sur la base de la résidence de fait ;
- 3° l'âge de la personne palliative ;
- 4° l'affection de la personne palliative ;
- 5° la situation de logement de la personne palliative ;
- 6° la situation familiale de la personne palliative ;
- 7° le nombre de médecins généralistes avec lesquels il y a eu collaboration pour le suivi de cette personne palliative ;
- 8° le nombre d'interventions de chaque type tel que visé à l'article 337, § 2, 2° ;
- 9° le nombre et le type d'interventions entre 22 h 00 et 07 h 00 ;
- 10° le nombre et le type d'interventions les samedis, dimanches et jours fériés légaux ;
- 11° la durée des interventions par type ;
- 12° le nombre et le type de contacts avec les prestataires de soins de première ligne concernés, par discipline ;
- 13° la nature de la problématique ;
- 14° s'il est connu, le lieu du décès de la personne palliative ;
- 15° la durée de la période pendant laquelle l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a suivi la personne palliative directement ou indirectement ;
- 16° les motifs de la cessation des interventions, subdivisés en décès, rémission ou autre ;
- 17° le sexe de la personne palliative ;
- 18° la qualité du déclarant.

Les données visées à l'alinéa 2 sont anonymisées. Ces données contribuent aux modifications stratégiques ou au développement de nouvelles initiatives.

§ 2. Le ministre peut préciser la forme et le contenu du rapport d'activités visé au paragraphe 1<sup>er</sup>.

**Art. 322.** § 1<sup>er</sup>. Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire établit un dossier des frais de personnel pour tous les membres du personnel.

§ 2. Le dossier des frais de personnel contient, pour chaque membre du personnel dont les coûts salariaux peuvent être repris dans le calcul du montant forfaitaire unique conformément à l'article 330, les données et documents suivants :

- 1° les nom et prénom du membre du personnel ;
- 2° la fonction au sein de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;
- 3° une copie du diplôme ;
- 4° le nombre d'heures d'occupation par semaine dans le cadre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;
- 5° la date envisagée d'entrée en fonction d'un nouveau membre du personnel ;
- 6° l'ancienneté salariale, exprimée en années et en mois, et ses justificatifs ;
- 7° l'indication que l'intéressé a ou non droit à une allocation de foyer ou de résidence ;
- 8° la distance (aller simple) du domicile jusqu'au siège central de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

En ce qui concerne le médecin généraliste, les données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 6°, sont remplacées par le nombre d'années de service au sein de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ainsi que de l'indication de la date d'entrée en fonction auprès de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

§ 3. Outre les données et documents visés au paragraphe 2, le dossier des frais de personnel doit indiquer les frais suivants pour l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire :

- 1° le coût de l'assurance obligatoire contre les accidents du travail pour le personnel ;
- 2° le coût du secrétariat social ;
- 3° le coût pour le service de médecine du travail auquel l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut faire appel le cas échéant.

Le dossier des frais de personnel contient les justificatifs nécessaires des frais visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 4. Le dossier des frais de personnel contient les données, visées au paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° à 8°, des membres du personnel de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire dont les coûts salariaux ne sont pas repris dans le calcul du montant forfaitaire unique.

Les données visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont clairement distinguées de celles visées au paragraphe 2.

#### *Titre 4. — Contenu de la convention*

**Art. 323.** La convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire reprend au moins les données suivantes :

- 1° la zone d'action de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;
- 2° le cadre du personnel réel de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire sur lequel est calculé le montant forfaitaire unique avec les coûts salariaux y afférents ;
- 3° les frais de fonctionnement autres que les frais de personnel de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;
- 4° le nombre total de personnes palliatives que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire doit suivre chaque année conformément à l'article 326 ;
- 5° le nombre et le montant des forfaits uniques visés à l'article 324 que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut porter en compte ;
- 6° le nombre et le montant des forfaits réduits visés à l'article 327 que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut porter en compte ;
- 7° les modalités d'application de l'adaptation des coûts salariaux aux coûts salariaux réels si l'augmentation de l'ancienneté ou une modification de la composition de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire entraîne une augmentation des coûts salariaux de plus de 2 %.

#### *Titre 5. — Financement*

##### CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Généralités

**Art. 324.** Une équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut facturer, pour chaque bénéficiaire pour lequel elle a fourni une contribution directe ou indirecte importante aux soins palliatifs dans le cadre familial ou le cadre familial de substitution, un montant forfaitaire unique à l'organisme assureur du bénéficiaire si les conditions visées aux articles 334 à 338 sont remplies.

Ce montant forfaitaire unique couvre toutes les interventions directes et indirectes de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire pour ces personnes palliatives ainsi que tous les frais de fonctionnement qui y sont directement ou indirectement liés. Il couvre également les activités générales de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire qui sont sans rapport direct avec les soins palliatifs d'une personne palliative déterminée.

**Art. 325.** Le montant forfaitaire unique visé à l'article 324 ne peut être attesté qu'une seule fois par personne palliative. Si le montant forfaitaire unique a déjà été attesté pour une personne palliative déterminée, il ne peut plus jamais plus l'être.

Si une personne palliative pour laquelle le montant forfaitaire unique visé à l'article 324 a déjà été attesté a de nouveau besoin de soins palliatifs, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire qui a attesté ledit montant veille à ce que la personne palliative concernée reçoive encore les soins palliatifs nécessaires. Elle peut assurer elle-même les soins palliatifs ou prendre des arrangements à ce sujet avec une autre équipe d'accompagnement multidisciplinaire. Dans ce dernier cas, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire transmet 75 % au moins du montant forfaitaire unique visé à l'article 324 à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire qui a pris les soins palliatifs en charge.

**Art. 326.** § 1<sup>er</sup>. Le nombre maximal de bénéficiaires pour lesquels l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut attester le montant forfaitaire unique, visé à l'article 324, par année calendrier dépend du nombre de personnes palliatifs que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire accompagne.

Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire s'engage à accompagner, par année calendrier, 100 personnes palliatives par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, le nombre maximal de bénéficiaires pour lesquels le forfait peut être attesté est obtenu en multipliant par 100 le quotient de la division dont le dividende est le nombre d'habitants de la zone d'action de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire au moment de la conclusion de la convention et le diviseur, 200.000. Le résultat de ce calcul est arrondi à un entier naturel.

Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire s'engage à accompagner, par année calendrier, 150 personnes palliatives par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, le nombre maximal de bénéficiaires pour lesquels le forfait peut être attesté est obtenu en multipliant par 150 le quotient de la division dont le dividende est le nombre d'habitants de la zone d'action de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire au moment de la conclusion de la convention et le diviseur, 200.000. Le résultat de ce calcul est arrondi à un entier naturel.

§ 2. Le chiffre du nombre de personnes palliatives pour lesquelles le montant forfaitaire unique peut être attesté, qui est calculé conformément au paragraphe 1<sup>er</sup>, est mentionné dans la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

§ 3. Aux fins de l'application du présent article, il est tenu compte, pour le calcul du nombre de montants forfaitaires uniques attestés par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire durant l'année calendrier concernée, de la date à laquelle l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire facture le montant forfaitaire unique aux organismes assureurs et non des dates des interventions effectives de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou de la date effective de paiement du montant forfaitaire unique par l'organisme assureur.

§ 4. Si la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire n'est en vigueur que pour une partie d'une année calendrier donnée, le nombre fixé de bénéficiaires pour lesquels le montant forfaitaire unique peut être attesté est diminué proportionnellement compte tenu du délai d'application de cette convention au cours de l'année calendrier concernée.

**Art. 327.** Si, au cours d'une année déterminée, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a fourni une contribution essentielle dans le cadre familial ou le cadre familial de substitution pour un nombre de bénéficiaires supérieur à celui pour lequel le montant forfaitaire unique peut être attesté conformément à l'article 326, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut facturer pour cette contribution, par bénéficiaire, un forfait réduit à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le forfait réduit ne peut être porté en compte qu'à concurrence de la moitié, au maximum, du nombre de bénéficiaires pour lesquels le montant forfaitaire unique peut être attesté conformément à l'article 326.

Le forfait réduit ne peut être attesté qu'une seule fois par bénéficiaire et ne peut pas être porté en compte pour un bénéficiaire pour lequel le montant forfaitaire unique visé à l'article 324 a déjà été attesté.

Le forfait réduit couvre les frais de fonctionnement supplémentaires de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire pour chaque personne palliative supplémentaire à laquelle une contribution essentielle aux soins palliatifs a été fournie. Ce forfait réduit peut être affecté à la constitution d'une réserve financière permettant de couvrir les dépenses inattendues et les éventuelles pertes financières.

**Art. 328.** L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut facturer aucune rémunération pour ses interventions dans les soins palliatifs à la personne palliative, à son entourage ou à qui que ce soit, que la personne palliative ait ou non la qualité de bénéficiaire. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut non plus facturer de rémunération aux prestataires de soins et aux intervenants de proximité auxquels elle a donné des avis.

#### CHAPITRE 2. — *Composition et calcul de l'indemnité*

**Art. 329.** Le montant forfaitaire unique visé à l'article 324 est obtenu en divisant la somme des frais de personnel, calculés à l'aide du dossier des frais de personnel, visé à l'article 322, et des frais de fonctionnement par le nombre maximal de bénéficiaires pour lesquels l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut attester le montant forfaitaire unique, conformément à l'article 326.

Le montant des frais de personnel et des frais de fonctionnement est concrétisé dans la convention par équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

**Art. 330.** § 1<sup>er</sup>. Le nombre d'équivalents temps plein dont l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut prendre les frais en compte comme personnel pour le calcul du montant forfaitaire unique dépend du choix qu'a fait l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire concernant le nombre de personnes palliatives qu'ils traitent conformément à l'article 326.

§ 2. Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire s'engage à accompagner, chaque année calendrier, 100 personnes palliatives par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, elle peut prendre en compte 2,6 équivalents temps plein par 200.000 habitants dans sa zone d'action.

Si le calcul visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur moins de 3,7 équivalents temps plein, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut tout de même, par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, prendre en compte 3,7 équivalents temps plein.

§ 3. Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire s'engage à accompagner, chaque année calendrier, au moins 150 personnes palliatives par tranche de 200.000 habitants dans sa zone d'action, elle peut prendre en compte 2,85 équivalents temps plein par 200.000 habitants dans sa zone d'action.

Si le calcul visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> débouche sur moins de 3,9 équivalents temps plein, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut tout de même, par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, prendre en compte 3,9 équivalents temps plein.

§ 4. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire est tenue de pourvoir entièrement au nombre d'équivalents temps plein pour lesquels elle prend les frais de personnel en compte, conformément aux paragraphes 2 et 3.

**Art. 331.** § 1<sup>er</sup>. La quote-part des frais de personnel dans le montant forfaitaire unique visé à l'article 324 est adaptée à la réalité si les dépenses réelles en matière de personnel consécutives à l'évolution de l'ancienneté du personnel, visée à l'article 330, ou à la suite de modifications intervenues dans la composition du personnel, visée à l'article 330, sont supérieures de 2 %, sur une base annuelle, aux frais de personnel qui ont servi de base au calcul du montant forfaitaire unique.

§ 2. Pour l'adaptation du montant forfaitaire unique visé au paragraphe 1<sup>er</sup>, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou, le cas échéant, l'association de soins palliatifs qui agit au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, transmet à l'agence un dossier des frais de personnel entièrement actualisé et documenté. Ce dossier des frais de personnel répond aux exigences prescrites par l'article 322 du présent arrêté.

Si un dossier des frais de personnel ne répond plus aux conditions visées à l'article 322, l'agence le considère comme irrecevable. Dans les trente jours de la réception du dossier des frais de personnel par l'agence, l'agence communique l'irrecevabilité à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou, le cas échéant, à l'association de soins palliatifs.

§ 3. Le ministre prend une décision constatant l'adaptation du montant forfaitaire unique visé au paragraphe 1<sup>er</sup>. L'agence communique la décision du ministre à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou, le cas échéant, à l'association de soins palliatifs qui agit au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire. Le montant forfaitaire unique adapté prend effet le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le ministre prend sa décision et, au plus tard, le premier jour du quatrième mois suivant celui au cours duquel l'agence a reçu un dossier des frais de personnel recevable tel que visé au paragraphe 2.

Si l'agence ne respecte pas le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire reçoit une indemnité financière en compensation du préjudice financier qu'elle a subi par suite de l'octroi tardif.

§ 4. Une adaptation telle que visée au paragraphe 1<sup>er</sup> ne peut pas être demandée au cours de la première année de fonctionnement de la convention ou dans l'année qui suit l'entrée en application d'un montant forfaitaire recalculé tel que visé au paragraphe 3 ou à l'article 332, alinéa 3.

**Art. 332.** Si, à la suite d'une modification intervenue dans la composition du personnel, la quote-part des frais de personnel dans le montant forfaitaire unique visé à l'article 324 est supérieur de 2 %, sur une base annuelle, aux frais de personnel qui ont servi de base au calcul du montant forfaitaire unique, le montant forfaitaire unique est recalculé.

L'agence informe l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou, le cas échéant, l'association de soins palliatifs qui agit au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, du recalcul et demande les données nécessaires relatives au personnel occupé afin de pouvoir recalculer le montant forfaitaire unique.

Le ministre prend une décision constatant l'adaptation du montant forfaitaire unique visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>. L'agence communique la décision du ministre à l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ou, le cas échéant, à l'association de soins palliatifs qui agit au nom de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire. Le montant forfaitaire unique adapté prend effet le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le ministre prend sa décision.

**Art. 333.** Le forfait réduit visé à l'article 327 que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut attester par bénéficiaire est calculé sur la base des frais de fonctionnement supplémentaires de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, qui sont concrétisés dans la convention.

#### CHAPITRE 3. — *Conditions pour l'intervention*

**Art. 334.** § 1<sup>er</sup>. La composition du nombre d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut prendre en compte, conformément à l'article 330, pour le calcul du montant forfaitaire unique répond au moins aux conditions visées au paragraphe 2, 3 ou 4.

§ 2. Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire s'engage à accompagner, par année calendrier, 100 personnes palliatives, comme prévu à l'article 330, § 2, elle présente alors la composition suivante :

1° un médecin généraliste, qui représente au minimum 3 % et au maximum 6 % de la composition réelle totale, avec un minimum de 4 heures par semaine ;

2° des praticiens de l'art infirmier, qui représentent au minimum deux tiers de la composition réelle totale, avec un minimum de trois équivalents temps plein ;

3° du personnel administratif, qui représente au minimum 10 % et au maximum 20 % de la composition réelle totale, avec un minimum de 0,5 équivalent temps plein.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, la composition du nombre d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut prendre en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique peut être inférieure à trois praticiens de l'art infirmier équivalents temps plein si, compte tenu de la part des non-praticiens de l'art infirmier dans la composition à la date d'entrée en vigueur du présent article, ce minimum conduit à un dépassement du nombre maximum d'équivalents temps plein qui peut être pris en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique conformément à l'article 330, § 2.

§ 3. Par dérogation au paragraphe 2, pour une équipe d'accompagnement multidisciplinaire dont l'effectif du personnel total comporte moins de 3,7 équivalents temps plein, la composition suivante suffit :

1° un médecin généraliste travaille au moins 4 heures par semaine pour l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire mais ne peut pas représenter plus de 6 % de l'effectif réel de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;

2° au minimum trois équivalents temps plein qui sont praticiens de l'art infirmier ;

3° au minimum 10 % et au maximum 20 % de l'effectif réel total de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire se composent de personnel administratif.

§ 4. Si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire choisit d'accompagner, par année calendrier, 150 personnes palliatives, comme prévu à l'article 330, § 3, elle présente alors la composition suivante :

1° un médecin généraliste, qui représente au minimum 3 % et au maximum 5 % de la composition réelle totale, avec un minimum de 4 heures par semaine ;

2° du personnel d'accompagnement non médical, qui représente au minimum 77 % de la composition réelle totale. Le personnel d'accompagnement non médical se compose de praticiens de l'art infirmier et des praticiens professionnels visés au paragraphe 5, alinéa 1<sup>er</sup>. Les praticiens de l'art infirmier représentent au minimum 75 % du personnel d'accompagnement non médical, avec un minimum de 3,25 équivalents temps plein qui sont praticiens de l'art infirmier ;

3° du personnel administratif, qui représente au minimum 8 % et au maximum 18 % de la composition réelle totale, avec un minimum de 0,5 équivalent temps plein.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, le personnel d'accompagnement non médical peut être composé de moins de 3,25 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier si, compte tenu de la part des non-praticiens de l'art infirmier dans la composition du nombre d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut prendre en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique à la date d'entrée en vigueur du présent article, ce minimum conduit à un dépassement du nombre maximum d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut prendre en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique conformément à l'article 330, § 3.

§ 5. Outre le personnel visé aux paragraphes 2, 3 et 4, des psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux et assistants en psychologie peuvent faire partie du nombre maximal d'équivalents temps plein que l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut prendre en compte pour le calcul du montant forfaitaire unique.

Le personnel ayant une autre formation d'enseignement supérieur peut éventuellement en faire partie moyennant l'approbation explicite de la Commission d'experts.

§ 6. La composition du cadre du personnel de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, visée aux paragraphes 2, 3 et 4, est reprise dans la convention avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire.

L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire notifie à l'agence toute modification de la composition de l'effectif du personnel visée aux paragraphes 2, 3 et 4, dans le mois qui suit la modification.

**Art. 335.** § 1<sup>er</sup>. Le médecin généraliste visé à l'article 334, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, § 3, 1°, et § 4, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, a suivi, une formation théorique spécifique de 80 heures minimum sur les soins palliatifs. Dans cette formation, les aspects suivants des soins palliatifs sont abordés :

1° se concerter avec les prestataires de soins concernés et les conseiller sur tous les aspects des soins palliatifs ;

2° assurer une bonne organisation et une bonne coordination des soins palliatifs dans le cadre familial du patient ;

3° apporter un soutien psychologique et moral aux prestataires de soins de première ligne concernés.

Le médecin généraliste a également accompli un stage de 192 heures minimum dans une entité hospitalière palliative agréée ou a effectivement travaillé déjà autant d'heures dans une équipe multidisciplinaire d'accompagnement de soins palliatifs s'adressant aux soins palliatifs dans le cadre familial du patient.

§ 2. Le médecin généraliste visé au paragraphe 1<sup>er</sup> suit chaque année 20 heures de formation complémentaire spécifique dans laquelle sont approfondis certains aspects des soins palliatifs et dans laquelle sont abordés les nouveaux développements et les nouvelles techniques.

**Art. 336.** § 1<sup>er</sup>. Les praticiens de l'art infirmier visés à l'article 334, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, § 3, 2°, et § 4, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, ont suivi, une formation théorique spécifique de 140 heures minimum sur les soins palliatifs. Dans cette formation, les aspects suivants des soins palliatifs sont abordés :

1° se concerter avec les prestataires de soins concernés et les conseiller sur tous les aspects des soins palliatifs ;

2° assurer une bonne organisation et une bonne coordination des soins palliatifs dans le cadre familial du patient ;

3° apporter un soutien psychologique et moral aux prestataires de soins de première ligne concernés.

Ces praticiens de l'art infirmier ont également accompli un stage de 456 heures dans une entité hospitalière palliative agréée ou ont déjà travaillé un an à temps plein dans une équipe d'accompagnement multidisciplinaire s'adressant aux soins palliatifs dans le cadre familial du patient.

§ 2. Les praticiens de l'art infirmier visés au paragraphe 1<sup>er</sup> suivent chaque année 20 heures au moins de formation complémentaire spécifique dans laquelle sont approfondis certains aspects des soins palliatifs et dans laquelle sont abordés les nouveaux développements et les nouvelles initiatives.

**Art. 337.** § 1<sup>er</sup>. Le montant forfaitaire unique visé à l'article 324 et le montant réduit visé à l'article 327 ne sont dus que si l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a fourni une contribution essentielle directe ou indirecte aux soins palliatifs du bénéficiaire.

L'indication de ce qu'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut fournir une contribution essentielle aux soins palliatifs de la personne palliative est établie en concertation avec le médecin généraliste de la personne palliative. À cet effet, le médecin généraliste de la personne palliative établit une attestation. Cette attestation contient les données suivantes :

- 1° les nom et prénom et le numéro INAMI du médecin qui prescrit l'attestation ;
- 2° les nom et prénom, l'adresse du domicile, la date de naissance et le numéro de registre national de la personne palliative ;
- 3° la déclaration de ce que la personne palliative a besoin de soins auxquels l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire peut fournir une contribution essentielle ;
- 4° la signature et la date de signature du médecin prescripteur.

§ 2. Pour pouvoir parler d'une contribution essentielle dans les soins palliatifs d'un bénéficiaire dans son cadre familial ou son cadre familial de substitution, les conditions suivantes doivent en outre être remplies :

1° l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a suffisamment informé les prestataires de soins de première ligne concernés et l'entourage du bénéficiaire de la permanence téléphonique visée à l'article 312 ;

2° l'intervention effective de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire dans les soins palliatifs du patient répond au moins à l'une des conditions suivantes :

a) un membre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a fait une visite à la personne palliative, dans son cadre familial ou son cadre familial de substitution, qui a duré au minimum deux heures ou a eu lieu entre 22 heures et 7 heures, un samedi, un dimanche ou un jour férié légal. Si cette condition n'est pas remplie, plusieurs visites doivent avoir été effectuées pour une durée totale de toutes les visites de quatre heures minimum. La durée de déplacement ne peut pas être comprise comme temps de visite ;

b) un membre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a participé à une réunion réunissant diverses personnes concernées par les soins palliatifs au domicile ou dans le milieu substitutif du domicile d'un patient. Cette réunion avait pour objet d'organiser pratiquement les soins palliatifs dispensés à cette personne palliative dans son cadre familial ou son cadre familial de substitution ou d'approfondir certains problèmes se posant au sujet des soins palliatifs dispensés à cette personne et d'y chercher une solution. Au minimum le médecin généraliste de la personne palliative et les praticiens de l'art infirmier à domicile participent à cette réunion.

c) un membre de l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire a eu au moins quatre contacts téléphoniques ou personnels avec les prestataires de soins de première ligne concernés par les soins palliatifs dans le cadre familial ou le cadre familial de substitution, y compris le médecin généraliste de la personne palliative. Au moins deux de ces contacts ont eu lieu à l'initiative des prestataires de soins de première ligne concernés. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire donne un feed-back au médecin généraliste de la personne palliative de chaque contact avec les auxiliaires paramédicaux.

La part des interventions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, c), dans le total des interventions portées en compte par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire ne peut jamais excéder la moitié.

**Art. 338.** L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire respecte les exigences prévues par l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 janvier 2006 concernant la comptabilité et le rapport financier pour les structures dans certains secteurs du domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille.

#### Partie 7. — Dispositions modificatives

**Art. 339.** À l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à des initiatives d'habitations protégées et aux associations d'institutions et de services psychiatriques, modifié par l'arrêté royal du 20 septembre 1998, les points 1°, 2° et 3° sont abrogés.

**Art. 340.** À l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mai 1995 relatif au recouvrement des créances non fiscales pour la Communauté flamande et les organismes qui en relèvent, il est ajouté un alinéa 13 libellé comme suit :

« Les membres du personnel du Service flamand des Impôts procèdent au recouvrement des interventions incontestées et exigibles payées indûment par des organismes assureurs et des amendes administratives infligées à des organismes assureurs, bénéficiaires, transporteurs et structures de soins en vertu du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, ainsi que des frais de recouvrement éventuels. »

**Art. 341.** Dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les articles suivants sont abrogés :

- 1° l'article 137, modifié par l'arrêté royal du 27 juin 2018 ;
- 2° l'article 138, modifié par les arrêtés royaux des 1<sup>er</sup> décembre 2016 et 27 juin 2018 ;
- 3° l'article 139, modifié par les arrêtés royaux des 18 octobre 2004, 11 décembre 2013, 1<sup>er</sup> février 2016 et 27 juin 2018 ;
- 4° les articles 140 à 142, modifiés par les arrêtés royaux des 1<sup>er</sup> février 2016 et 27 juin 2018 ;
- 5° l'article 143, modifié par l'arrêté royal du 27 juin 2018 ;
- 6° l'article 144 ;
- 7° l'article 145, modifié par les arrêtés royaux des 18 octobre 2004, 11 décembre 2013 et 27 juin 2018.

**Art. 342.** Dans le même arrêté royal, un article 153<sup>ter</sup> est ajouté, qui est libellé comme suit :

« Art. 153<sup>ter</sup>. Les articles 147 à 153<sup>bis</sup> ne s'appliquent pas aux centres de soins résidentiels visés à l'article 37 du décret du 13 mars 2009 sur les soins et le logement, aux centres de soins de jour, visés à l'article 25 du décret précité, aux centres de court séjour visés à l'article 30 du décret précité et aux maisons de soins psychiatriques visées à l'article 2, 12°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ».

**Art. 343.** À l'article 294 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 29 décembre 1997, 19 juin 1998, 1<sup>er</sup> avril 2004, 6 septembre 2013, 18 octobre 2013 et 22 novembre 2013, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1<sup>er</sup>, 8°, le membre de phrase « , ou, s'il s'agit d'une compétence communautaire, par l'organisme assureur, conformément à l'article 33 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, » est inséré entre le membre de phrase « par le Collège conformément à l'article 138, 1° » et le membre de phrase « ou dont la rééducation professionnelle s'effectue à l'étranger » ; une « , » est insérée entre « par le Collège » et « conformément à l'article 138, 1° » ;

2° au paragraphe § 1<sup>er</sup>/1, le membre de phrase « ou, le cas échéant, par le décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs et ses arrêtés d'exécution, » est inséré entre les mots « par l'assurance maladie obligatoire soins de santé » et les mots « ou pour lesquelles les conditions de remboursement n'ont pas été remplies » ;

3° il est ajouté un paragraphe 4, libellé comme suit : « § 4. Les paragraphes 2, 2/1 et 2/2 ne s'appliquent pas aux structures de revalidation visées à l'article 2, 16°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs. ».

**Art. 344.** Dans l'arrêté royal du 16 juin 1999 fixant le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service ainsi que les règles relatives à la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux comme visé à l'article 35 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, l'article 2, tel que modifié par l'arrêté royal du 6 juin 2000, est abrogé.

**Art. 345.** Dans l'intitulé de l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 février 1997 fixant la procédure d'obtention d'une autorisation de planification et d'une autorisation d'exploitation pour les établissements dispensant des soins intra-muros et trans-muros, les mots « d'une autorisation préalable, » sont insérés entre les mots « d'obtention » et « d'une autorisation de planification ».

**Art. 346.** À l'article 1<sup>er</sup> du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « comprend le champ d'application de la loi sur les hôpitaux, et de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation des hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins » sont remplacés par le segment de phrase :

« comprend :

1° le champ d'application de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

2° les initiatives d'habitation protégée, visées à l'article 2, 9°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ;

3° les maisons de soins psychiatriques, visées à l'article 2, 12°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ;

4° les hôpitaux de revalidation, visés à l'article 2, 17°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, dans la mesure où il concerne les hôpitaux de revalidation. » ;

2° il est ajouté un alinéa 2 libellé comme suit : « dans le présent arrêté, « l'autorisation de planification » s'entend également de « l'autorisation préalable » visée à l'article 62 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs. ».

**Art. 347.** À l'article 2, 2°, du même arrêté, les mots « la loi sur les hôpitaux » sont remplacés par les mots « la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ».

**Art. 348.** À l'article 3 de l'arrêté royal du 28 avril 2011 royal fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des patients de moins de 18 ans suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type, modifié par l'arrêté royal du 16 mai 2016, les points 6° et 9° sont abrogés.

**Art. 349.** À l'article 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, il est ajouté un paragraphe 4 libellé comme suit : « § 4. Le présent arrêté ne s'applique pas aux hôpitaux de revalidation, visés à l'article 2, 17°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs. ».

**Art. 350.** Dans l'intitulé de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 mai 2004 portant exécution du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale dans les hôpitaux généraux, catégoriels et universitaires, le mot « catégoriels » est remplacé par les mots « de revalidation ».

**Art. 351.** À l'article 1<sup>er</sup> du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° au point 2°, le mot « catégoriel » est remplacé par les mots « de revalidation » ;

2° le point 3° est remplacé par ce qui suit : « 3° hôpital général : un hôpital, tel que visé à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, qui n'est pas un hôpital psychiatrique ou universitaire ; » ;

3° le point 4° est remplacé par ce qui suit : « 4° hôpital de revalidation : une structure de soins telle que visée à l'article 2, 17°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ; » ;

4° le point 5° est remplacé par ce qui suit : « 5° hôpital universitaire : un hôpital tel que visé à l'article 4 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ; ».

**Art. 352.** À l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 13 janvier 2006 concernant la comptabilité et le rapport financier pour les structures dans certains secteurs du domaine politique Aide sociale, Santé publique et Famille, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 novembre 2017, il est ajouté un point 18° libellé comme suit :

« 18° le décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, à l'exception des hôpitaux de revalidation et des maisons de soins psychiatriques. ».

**Art. 353.** À l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du Gouvernement flamand du 25 avril 2014 fixant les procédures pour les structures de soins de santé, les modifications suivantes sont apportées :

1° au point 5°, les mots « une partie d'un hôpital » sont remplacés par les mots « une partie d'un hôpital ou d'un hôpital de revalidation ». Au point 6°, les mots « une unité hospitalière » sont remplacés par les mots « une partie d'un hôpital ou d'un hôpital de revalidation » ;

2° au point 8°, le membre de phrase « une initiative d'habitation protégée telle que visée à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques » est remplacé par le membre de phrase : « une initiative d'habitation protégée telle que visée à l'article 2, 9°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ; » ;

3° au point 10°, le membre de phrase « une maison de soins psychiatriques telle que définie à l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques » est remplacé par le membre de phrase : « une maison de soins psychiatriques telle que visée à l'article 2, 12°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs ; » ;

4° au point 12°, les mots « d'hôpitaux » sont remplacés par les mots « d'hôpitaux ou d'hôpitaux de revalidation » ;

5° au point 15°, le membre de phrase « ou un service hospitalier tel que visé à l'article 2, 22°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs » est ajouté ;

6° au point 16°, le membre de phrase « ou une unité hospitalière telle que visée à l'article 2, 22°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs » est ajouté ;

7° il est ajouté un point 17° libellé comme suit : « 17° hôpital de revalidation : une structure de soins telle que visée à l'article 2, 17°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs. ».

**Art. 354.** À l'article 2, alinéa 2, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le chiffre « 6 » est remplacé par les mots « 56 et 62 du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs, et aux articles » ;

2° les mots « ou d'une autorisation préalable » sont insérés après les mots « d'une autorisation de planification ».

**Art. 355.** Dans l'intitulé du chapitre 2 du même arrêté, le membre de phrase « hôpitaux de revalidation, » est inséré entre le mot « hôpitaux » et le membre de phrase « services hospitaliers, ».

**Art. 356.** Dans l'intitulé de la section 1<sup>re</sup> du chapitre 2 du même arrêté, le membre de phrase « , d'un hôpital de revalidation » est inséré entre le mot « hôpital » et le mot « ou ».

**Art. 357.** Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre 2 du même arrêté, le membre de phrase « , d'un hôpital de revalidation » est inséré entre le mot « hôpital » et le mot « ou ».

**Art. 358.** Dans l'intitulé de la section 6 du chapitre 2 du même arrêté, le membre de phrase « , d'unités hospitalières de revalidation » est inséré entre les mots « d'unités hospitalières » et le mot « et ».

**Art. 359.** À l'article 12, § 2, il est ajouté un point 3° libellé comme suit : « 3° pour les hôpitaux de revalidation et pour les services hospitaliers d'hôpitaux de revalidation : un délai de durée indéterminée. ».

**Art. 360.** À l'article 13, § 6, il est ajouté un point 3° libellé comme suit : « 3° pour les unités hospitalières d'hôpitaux de revalidation et pour les partenariats portant exclusivement sur les hôpitaux de revalidation, ou pour les partenariats entre les hôpitaux de revalidation, d'une part, et les hôpitaux psychiatriques, d'autre part : un délai de durée indéterminée. ».

**Art. 361.** Dans les articles suivants du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'article 2, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « une partie d'hôpital ou une forme de coopération » sont remplacés par les mots « un hôpital, un hôpital de revalidation, un service hospitalier, une unité hospitalière ou un partenariat » ;

2° à l'article 9, alinéa 2, le mot « hôpital » est remplacé par les mots « hôpital ou hôpital de revalidation » ;

3° à l'article 16, alinéa 1<sup>er</sup>, le mot « hôpital » est remplacé par les mots « hôpital ou hôpital de revalidation » ;

4° à l'article 22, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « une unité hospitalière » sont remplacés par les mots « un hôpital, un hôpital de revalidation » ;

5° à l'article 27, les mots « d'un hôpital » sont remplacés par les mots « d'un hôpital ou d'un hôpital de revalidation » ;

6° à l'article article 30, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « d'un hôpital » sont remplacés par les mots « d'un hôpital ou d'un hôpital de revalidation ».

**Art. 362.** Dans les articles suivants du même arrêté, les mots « l'hôpital » sont chaque fois remplacés par les mots « l'hôpital ou l'hôpital de revalidation » :

1° article 4, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, 5° et 6° ; en outre, au point 6°, le mot « située » est remplacé par « situé » ;

2° article 11, alinéa 1<sup>er</sup> ;

3° article 15, 1° ; en outre, au § 2, 1°, *b*), le mot « située » est remplacé par « situé » ;

4° article 18 ;

5° à l'article 22, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « cette unité hospitalière » sont remplacés par les mots « cette partie de hôpital ou de hôpital de revalidation » ; à l'alinéa 2, les mots « à l'unité hospitalière » sont remplacés par les mots « la partie de hôpital ou de hôpital de revalidation » ; à l'alinéa 3, les mots « l'hôpital » sont remplacés par les mots « l'hôpital ou l'hôpital de revalidation » ;

6° à l'article 23, §§ 1<sup>er</sup> et 2, les mots « l'hôpital » sont remplacés par les mots « l'hôpital ou l'hôpital de revalidation » ;

7° à l'article 24, les mots « l'hôpital » sont remplacés par les mots « l'hôpital ou l'hôpital de revalidation » ;

8° à l'article 25, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « l'hôpital » sont remplacés par les mots « l'hôpital ou l'hôpital de revalidation » ;

9° à l'article 28, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « l'hôpital » sont remplacés par les mots « l'hôpital ou l'hôpital de revalidation » ;

10° à l'article 30, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « l'hôpital » sont remplacés par les mots « l'hôpital ou l'hôpital de revalidation ».

**Art. 363.** À l'article 32, alinéa 2, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° au point 2°, *a*), le membre de phrase « du nom du gestionnaire responsable, du nom de la personne assurant la gestion journalière » est remplacé par les mots « du coordinateur » ;

2° au point 2°, *d*), le membre de phrase « le nombre total de lits dans la structure et le nombre de lits faisant l'objet de la demande d'agrément spécial » est remplacé par le membre de phrase « le nombre maximum d'usagers de soins visé par la demande d'agrément » ;

3° au point 2°, *e*), les mots « architectoniques et fonctionnelles » sont abrogés ;

4° au point 2°, le point *f*) est abrogé ;

5° au point 3°, *d*), le mot « patients » est remplacé par le membre de phrase « usagers de soins avec lesquels une initiative d'habitation protégée a conclu un contrat de séjour » ;

6° au point 3°, *e*), les mots « architectoniques et fonctionnelles » sont abrogés.

**Art. 364.** À l'article 37, § 2, du même arrêté, l'alinéa 1<sup>er</sup> est remplacé par ce qui suit : « La décision d'agrément mentionne la capacité agréée, exprimée en nombre maximal de lits, de places ou d'usagers de soins ».

**Art. 365.** À l'article 38, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, le point 1° est abrogé.

**Art. 366.** Dans le même arrêté, il est ajouté une section 3/1, contenant un article 38/1, qui est libellée comme suit :  
« Section 3/1 Agrément d'initiatives novatrices en matière de soins

Article 38/1. La demande d'agrément comme initiative novatrice en matière de soins doit être introduite auprès de l'agence par l'initiative d'habitation conjointement avec les documents suivants :

1° en ce qui concerne l'agrément comme initiative novatrice en matière de soins pour l'activation :

*a*) une note descriptive illustrant la façon dont les conditions d'agrément sont remplies ;

*b*) la liste du personnel affecté à l'activation, avec indication de leurs initiales et des heures de travail par semaine ;

*c*) le nom du responsable de l'offre d'activation.

2° en ce qui concerne l'agrément comme initiative novatrice en matière de soins pour les soins psychiatriques à domicile :

*a*) une note descriptive illustrant la façon dont les conditions d'agrément sont remplies ;

*b*) la liste du personnel affecté aux soins psychiatriques à domicile, avec indication de leurs initiales et de la durée de travail par semaine ;

*c*) le nom du responsable des soins psychiatriques à domicile.

Si le dossier introduit est incomplet, l'agence en informe le demandeur dans les trente jours.

Dans les quatre mois de la réception de la demande recevable, la décision de l'administrateur général d'octroi de l'agrément est transmise au demandeur ou son intention de refus de l'agrément est signifiée au demandeur par un envoi recommandé.

L'article 5, alinéa 2, et les articles 6 à 8 s'appliquent par analogie à l'intention.

La décision d'agrément mentionne la date de prise d'effet de l'agrément. L'agrément est accordé pour la durée résiduelle de l'agrément de l'initiative d'habitation protégée. »

#### Partie 8. — Dispositions finales

##### CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Disposition abrogatoire*

**Art. 367.** Les réglementations suivantes sont abrogées :

1° l'arrêté royal du 14 décembre 1987 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire de l'hôpital de la situation financière, des résultats d'exploitation, du rapport du réviseur d'entreprise et de tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 27 mars 2008 ;

2° l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, modifié par les arrêtés royaux des 28 mai 1991, 3 juin 1994, 15 janvier 1999 et 5 juin 2000 ;



3° l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 29 février 2008 ;

4° l'arrêté royal du 10 décembre 1990 fixant les règles pour la fixation du prix d'hébergement pour les personnes admises dans des maisons de soins psychiatrique, modifié par les arrêtés royaux des 9 novembre 1992, 18 novembre 2003, 29 février 2008, 27 septembre 2009 et 13 juin 2010 ;

5° l'arrêté royal du 29 septembre 1992 portant exécution de l'article 94, troisième alinéa, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ;

6° l'arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les arrêtés royaux des 12 février 1999 et 22 juin 2006 ;

7° l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation, dans la mesure où il concerne les structures de revalidation, modifié par les arrêtés royaux des 15 septembre 1997, 11 décembre 2001 et 11 juin 2002, dans la mesure où il concerne les structures de revalidation ;

8° l'arrêté royal du 20 septembre 1998 déterminant les règles suivant lesquelles des données statistiques minimales psychiatriques pour les initiatives d'habitation protégée doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ;

9° l'arrêté royal du 13 octobre 1998 déterminant les critères minimums auxquels doivent répondre les conventions entre les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs et le Comité de l'assurance institué auprès du Service des Soins de santé de l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité ;

10° l'arrêté royal du 18 juillet 2001 fixant les règles selon lesquelles le budget des moyens financiers, le quota de journées de séjour et le prix de la journée de séjour sont déterminés pour les initiatives d'habitations protégées, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 28 avril 2014 ;

11° l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant exécution de l'article 94, alinéa 3, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ;

12° l'arrêté royal du 17 décembre 2002 fixant les règles selon lesquelles une partie du prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques est mise à charge de l'État ;

13° l'arrêté royal du 11 juin 2003 portant exécution, en ce qui concerne les montants que les organismes assureurs doivent liquider en douzièmes en application de la loi coordonnée sur les hôpitaux, des articles 136, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3; 136, § 5, et 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

14° l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 juin 2014 ;

15° l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, modifié par les arrêtés royaux des 18 mars 2013 et 10 avril 2014 ;

16° l'arrêté royal du 12 février 2008 déterminant les règles suivant lesquelles le gestionnaire des hôpitaux doit communiquer au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, l'identité des personnes chargées de la communication des données se rapportant à l'établissement ;

17° l'arrêté ministériel du 10 juillet 1990 fixant le nombre programme pour les maisons de soins psychiatriques ;

18° l'arrêté ministériel du 10 juillet 1990 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de soins psychiatriques, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 février 2016 ;

19° l'arrêté ministériel du 12 septembre 1994 déterminant le mode de liquidation de l'intervention de l'État dans le prix de la journée de séjour des initiatives d'habitation protégée ;

20° l'arrêté ministériel du 14 décembre 1995 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle.

## CHAPITRE 2. — *Dispositions transitoires*

**Art. 368.** Par dérogation à la partie 5, titre 1<sup>er</sup>, et à la partie 5, titre 5, le budget pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> janvier 2019 est fixée sur la base des données communiquées à l'agence conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018.

**Art. 369.** Les conventions conclues avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019 entre les usagers de soins et les initiatives d'habitation protégée agréées en vertu de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, demeurent valables pour leur durée résiduelle.

**Art. 370.** Les conventions conclues avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019 entre les usagers de soins et les maisons de soins psychiatriques agréées en vertu de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, tel qu'il est en vigueur au 31 décembre 2018, demeurent valables pour leur durée résiduelle.

**Art. 371.** Tant que le ministre n'a pas défini, conformément à l'article 212, les cas dans lesquels s'applique la procédure simplifiée, visée à l'article 212, le tableau ci-dessous détermine les cas dans lesquels s'applique la procédure standard, visée à l'article 211, et ceux dans lesquels s'applique la procédure simplifiée, visée à l'article 212. Par dérogation au tableau ci-dessous, les demandes de l'intervention pour les frais de déplacement pour le transport dans un véhicule qui a été adapté au transport en voiturette, visée à l'article 196, se déroulent toujours conformément à la procédure de demande standard visée à l'article 211.

Numéro d'agrément commençant par le numéro	Structures de revalidation	Nature de la demande	Procédure de demande
7.71	Inkendaal NAH Turnhout	première demande	procédure de demande simplifiée
	autres centres	première demande	procédure de demande standard
	tous les centres	demande de prolongation	procédure de demande standard
7.72	tous les centres	première demande	procédure de demande simplifiée
		demande de prolongation	procédure de demande standard
7.73	tous les centres	première demande	procédure de demande simplifiée
		demande de prolongation	procédure de demande standard
7.74	Appelboom/GAUZZ/De Dauw/COT	première demande	procédure de demande standard
	De Dauw/COT	demande de prolongation	procédure de demande simplifiée
	Appelboom/GAUZZ	demande de prolongation	procédure de demande standard
7.74.5		première demande	procédure de demande standard
		demande de prolongation	procédure de demande simplifiée
7.74.6		première demande	procédure de demande standard
		demande de prolongation	procédure de demande simplifiée
7.76.5		première demande	procédure de demande standard
		demande de prolongation	procédure de demande standard
7.76.7		première demande	procédure de demande simplifiée
		demande de prolongation	procédure de demande simplifiée
7.90		chaque demande	procédure de demande simplifiée
9.53 et 9.65	bilans initiaux groupes-cibles 8 et 9	première demande	procédure de demande simplifiée
	bilans de renouvellement groupes-cibles autres que 8 ou 9	première demande	procédure de demande standard
	tous les groupes-cibles	demande de prolongation	procédure de demande simplifiée
	renouvellement bilans de renouvellement	demande de prolongation	procédure de demande standard
9.69		première demande	procédure de demande standard
		demande de prolongation	procédure de demande simplifiée

**Art. 372. § 1<sup>er</sup>.** Le ministre conclut, en exécution de l'article 110 du décret du 6 juillet 2018, une convention de revalidation avec les structures de revalidation mentionnées dans le tableau ci-dessous. Le numéro d'agrément applicable avant l'entrée en vigueur du présent arrêté reste inchangé.

Numéro d'agrément	Nom	Rue et numéro	Code postal et commune
7.71.011.42	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.71.018.35	Ziekenhuis Inkendaal	Inkendaalstraat 1	1602 Vlezenbeek
7.71.020.33	Revalidatiecentrum NAH	Renier Sniederstraat 20	2300 Turnhout
7.71.023.30	Transmuraal Multiple Sclerose Team (TMST - MS Centrum)	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.72.011.12	Tsedek	Bist 90	2180 Ekeren
7.72.020.03	Revalidatiecentrum Inghelburg	Sint-Jansstraat 11	8000 Bruges
7.72.026.94	Revalidatiecentrum Hasselt (Reval-Hasselt)	Ilgatlaan 11 bus 1	3500 Hasselt
7.72.027.93	Vzw Validag	Adelberg 62	3920 Lommel
7.72.029.91	Psychosociaal revalidatiecentrum TG De Evenaar	Sint-Jozefstraat 9-11	2018 Anvers
7.72.031.89	Vzw Walden (SONAR)	Naamsesteenweg 91	3001 Louvain

Numéro d'agrément	Nom	Rue et numéro	Code postal et commune
7.72.032.88	Psychosociaal revalidatiecentrum Mirabello	Stapelplein 70/103	9000 Gand
7.72.033.87	Route 11 (psychosociaal revalidatiecentrum Kempen)	Gasthuisstraat 22/2	2300 Turnhout
7.72.036.84	Centrum voor psychische revalidatie Hedera	Rijselstraat 85	8900 Ypres
7.72.037.83	Psychosociaal revalidatiecentrum De Mare	Condédreef 59	8500 Courtrai
7.72.038.82	RC De Keerkring	Vredebaan 77b	2640 Mortsel
7.72.041.79	Psychosociaal revalidatiecentrum Perron 70	Stationsstraat 70	1730 Asse
7.72.042.78	Revalidatiecentrum TOV	Kloosterstraat 3	8800 Roulers
7.72.043.77	Psychosociaal revalidatiecentrum Pastel	Liersesteenweg 473/1	2800 Malines
7.72.045.75	Psychosociaal revalidatiecentrum Parcoer	Brusselsestraat 90	9200 Termonde
7.73.007.83	Antwerps Drugs Interventie Centrum (ADIC)	Venusstraat 11	2000 Anvers
7.73.008.82	De Sleutel internaatsafdelingen	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gand
7.73.009.81	Katarsis vzw	Hasseltweg 439	3600 Genk
7.73.011.79	Kompas vzw	Minister Vanden Peereboomlaan 86	8500 Courtrai
7.73.014.76	De Kiem	Vluchtenboerstraat 7A	9890 Gavere
7.73.015.75	Dagcentrum De Sleutel Antwerpen-Mechelen-Gent-Brugge	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gand
7.73.030.60	MSOC Oostende	Perronstraat 1	8400 Ostende
7.73.020.70	De Spiegel vzw	pellenbergstraat 160	3010 Kessel-Lo
7.73.021.69	MSOC voor druggebruikers Gent	Gewad 13	9000 Gand
7.73.022.68	MSOC Free Clinic vzw	Schijnpoortweg 14	2060 Anvers
7.73.023.67	MSOC Limburg	Salvatorstraat 25	3500 Hasselt
7.73.032.58	MSOC Vlaams Brabant	Maria Theresiastraat 109	3000 Louvain
7.73.034.56	Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma van De Sleutel	Jozef Guislainstraat 43 a	9000 Gand
7.74.003.57	De Appelboom vzw	Arbeidsstraat 64	3600 Genk
7.74.004.56	De Dauw vzw	Moregemplein 3	9790 Wortegem-Petegem
7.74.017.43	Centrum voor Ontwikkelingstherapie (COT)	Jules Lagaelaan 18	8800 Roulers
7.74.051.09	GAUZZ	Leuvensesteenweg 517	3070 Kortenberg
7.74.503.42	Moeder-babyéénheid PZ Bethaniënhuis	Andreas Vesaliuslaan 39	2980 Zoersel
7.74.504.41	Moeder-babyéénheid PZ Sint-Camillus	Beukenlaan 20	9051 Sint-Denijs-Westrem
7.74.601.41	Expertisecentrum voor ASS UZ Leuven Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Louvain
7.74.604.38	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Antwerpen	Lindendreef 1	2020 Anvers
7.74.605.37	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Gent	De Pintelaan 185 2k5	9000 Gand
7.74.606.36	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 Jette

Numéro d'agrément	Nom	Rue et numéro	Code postal et commune
7.76.502.80	Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
7.76.702.74	Villa Rozerood vzw	Fazantenlaan 28	8660 La Panne
7.76.703.73	Revalidatiecentrum Puldebos Respijteenheid Limmerik	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
7.90.002.63	AZ Sint-Blasius - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Kroonveldlaan 50	9200 Termonde
7.90.003.62	AZ Delta Stadscampus	Brugsesteenweg 90	8800 Roulers
7.90.004.61	Ziekenhuis Inkendaal - dienst Fysische Geneeskunde	Inkendaalstraat 1	1602 Vlezenbeek
7.90.005.60	vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek	Groenebriel 1	9000 Gand
7.90.007.58	GZA Ziekenhuizen - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Oosterveldlaan 22	2610 Wilrijk
7.90.008.57	Ziekenhuis Maas en Kempen - Sp dienst Locomotorische Revalidatie	Mgr. Koningsstraat 10	3680 Maaseik
7.90.009.56	REGIONAAL ZIEKENHUIS JAN YPERMAN, dienst Revalidatie	Briekestraat 12	8900 Ypres
7.90.010.55	Imeldaziekenhuis - dienst voor Fysische Geneeskunde	Imeldalaan 9	2820 Bonheide
7.90.012.53	dienst Fysische Geneeskunde & revalidatie ZNA St. Elisabeth - ZNA Jan	Leopoldstraat 26	2000 Anvers
7.90.015.50	UZ Gent - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gand
7.90.018.47	H.-Hartziekenhuis vzw - dienst Fysische Geneeskunde	Mechelsestraat 24	2500 Lier
7.90.020.45	AZ Jan Palfijn Gent AV - dienst Fysische Geneeskunde	Henri Dunantlaan 5	9000 Gand
7.90.022.43	UZ Gent - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Merestraat 80	9300 Alost
7.90.023.42	AZ Maria Middelaes - dienst Fysiotherapie en Revalidatie	Kortrijksesteenweg 1026	9000 Gand
7.90.024.41	Koningin Elisabeth Instituut - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Dewittelaan 1	8670 Oostduinkerke
7.90.025.40	Revalidatieziekenhuis RevArte	Drie Eikenstraat 659	2650 Edegem
7.90.026.39	Sint-Jozefskliniek vzw	Roeselaarsestraat 47	8870 Izegem
7.90.027.38	AZ Herentals - dienst Fysische Geneeskunde	Nederrij 133	2200 Herentals
7.90.028.37	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart vzw - dienst Fysische Geneeskunde	Naamsestraat 105	3000 Louvain
7.90.029.36	AZ Sint-Augustinus Veurne - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Ieperse Steenweg 100	8630 Veurne

Numéro d'agrément	Nom	Rue et numéro	Code postal et commune
7.90.030.35	Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria vzw - dienst Kinesitherapie en Fysiotherapie	Ziekenhuislaan 100	1500 Hal
7.90.031.34	AZ Sint-Jan Brugge-Oostende - Campus H. Serruys	Kairostraat 84	8400 Ostende
7.90.032.33	Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde VZW	Minderbroederstraat 3	9700 Audenarde
7.90.033.32	GZA Ziekenhuizen - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Lange Beeldekensstraat 267	2060 Anvers
7.90.034.31	Sint-Rembertziekenhuis - dienst Fysische Geneeskunde	Sint-Rembertlaan 21	8820 Torhout
7.90.035.30	AZ Klina - dienst Fysische Geneeskunde	Augustijnslei 100	2930 Brasschaat
7.90.036.29	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie	Weligerveld 1	3212 Pellenberg
7.90.037.28	Sint-Trudoziekenhuis vzw - dienst Fysische Geneeskunden en Revalidatie	Diestersteenweg 100	3900 Saint-Trond
7.90.042.23	AZ Salvator St.-Ursula Hasselt - Jessa Ziekenhuis campus St.-Ursula	Diestsesteenweg 8	3540 Herck-la-Ville
7.90.044.21	AZ Groeningecampus Maria Voorzienigheid Kortrijk	Reepkaai 4	8500 Courtrai
7.90.046.19	AZ Vesalius	Hazelereik 51	3700 Tongres
7.90.049.16	Sint-Rembertziekenhuis - dienst Fysische Geneeskunde	Pastoor Paquaylaan 129	3550 Heusden-Zolder
7.90.050.15	AZ Groeninghe campus OLV Kortrijk	Reepkaai 4	8500 Courtrai
7.90.053.12	RZ Tienen - dienst Fysische Geneeskunde	Kliniekstraat 45	3300 Tirlemont
7.90.054.11	MPI Sint-Lodewijk vzw	Kwatrechtsteenweg 168	9230 Wetteren
7.90.055.10	MPI Sint-Jozef	Galjoenstraat 2	2030 Anvers
7.90.056.09	Dominiek Savio Instituut vzw Gits	Koolskampstraat 24	8830 Gits
7.90.057.08	MFC Ten Dries vzw	Poeldendries 32	9850 Landegem
7.90.060.05	AZ Monica vzw - APRA Revalidatiecentrum	Harmoniestraat 68	2018 Anvers
7.90.061.04	UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 Bruxelles
7.90.101.61	Bundeling Zorginitiatieven Oostende	Zeedijk 286 - 288	8400 Ostende
7.90.102.60	AZ Sint-Jan Brugge-Oostende av	Ruddershove 10	8000 Bruges
7.90.111.51	AZ Sint-Lucas Brugge vzw	Sint-Lucaslaan 29	8310 Bruges
7.90.115.47	AZ Sint-Maarten - Campus Rooienberg	Rooienberg 25	2570 Duffel
7.90.116.46	AZ Delta Campus Wilgenstraat	Wilgenstraat 2	8800 Roulers
7.90.117.45	vzw AZ Damiaan	Gouwelozestraat 100	8400 Ostende
7.90.119.43	AZ Sint-Elisabeth Zottegem	Godveerdegemstraat 69	9620 Zottegem

Numéro d'agrément	Nom	Rue et numéro	Code postal et commune
7.90.120.42	ZNA Antwerpen Middelheim	Lindendreef 1	2020 Anvers
7.90.123.39	vzw Jessa Ziekenhuis - Campus St.-Ursula Revalidatiecentrum	Diestsesteenweg 8	3540 Herck-la-Ville
7.90.124.38	AZ Sint-Dimpna - Revalidatiecentrum Kempen	J.B. Stessensstraat 2	2440 Geel
7.90.125.37	Revalidatiecentrum Ziekenhuis Oost-Limburg	Bessemerstraat 478	3620 Lanaken
7.90.127.35	O.L.V.-ziekenhuis Aalst	Moorselbaan 164	9300 Alost
7.90.128.34	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Louvain
7.90.129.33	AZ Glorieux Ronse	Glorieuxlaan 55	9600 Renaix
7.90.130.32	AZ Turnhout - Campus Sint-Jozef	Steenweg op Merksplas 44	2300 Turnhout
7.90.131.31	AZ Groeninge vzw	President Kennedylaan 4	8500 Courtrai
7.90.132.30	AZ Alma - Campus Sijsele	Gentse Steenweg 132	8340 Sijsele-Damme
7.90.133.29	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Louvain
7.90.134.28	Universitaire Ziekenhuizen Leuven - Campus Gasthuisberg	Weligerveld 1	3212 Pellenberg
7.90.135.27	UZ Antwerpen	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
7.90.136.26	Revalidatie- en MS-centrum vzw	Boemerangstraat 2	3900 Overpelt
7.90.138.24	Sint-Jozefskliniek vzw	Bruggestraat 84	8700 Tielt
7.90.139.23	AZ Zeno	Graaf Jansdijk 162	8300 Knokke-Heist
7.90.140.22	AZ Maria Middelaars Gent	Buitenring Sint-Denijs 30	9000 Gand
7.90.142.20	AZ Turnhout - Campus Sint-Elisabeth	Steenweg op Merksplas 44	2300 Turnhout
7.90.143.19	Revalidatiecentrum AZ Nikolaas	Moerlandstraat 1	9100 Saint-Nicolas
7.90.145.17	AZ Alma	Moeie 18	9900 Eeklo
7.90.201.58	Referentiecentrum voor neuromusculaire ziekten van UZ Brussel en Inkenaal (ancien nom : De Bijtjes)	Laarbeeklaan 101	1090 Bruxelles
7.90.202.57	Neuromusculair Referentiecentrum UZ Leuven Campus Gasthuisberg	Herestraat 49	3000 Louvain
7.90.204.55	UZ Gent	C. Heymanslaan 10	9000 Gand
7.90.206.53	UZ Antwerpen NMRC	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
7.90.209.50	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw	Vanheylenstraat 16	1820 Melsbroek
7.90.210.49	UZ Gent - Centrum voor Locomotorische en Neurologische Revalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gand
7.90.215.44	vzw Pulderbos Zandhoven	Reebergenlaan 4	2242 Zandhoven
9.53.015.10	UZ Gent Centrum voor Gehoor- en Spraakrevalidatie	De Pintelaan 185	9000 Gand
9.53.069.53	CAR Sint-Lievenspoort	Sint-Lievenspoortstraat 129	9000 Gand

Numéro d'agrément	Nom	Rue et numéro	Code postal et commune
9.53.073.49	Elora Centrum voor Ambulante Revalidatie	Duinkerkestraat 40	8620 Nieuwpoort
9.53.081.41	Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie	Rudderhove 6	8000 Bruges
9.53.082.40	UZ Gasthuisberg Revalidatiecentrum voor gehoor- en spraakgestoorde	Herestraat 49	3000 Louvain
9.53.104.18	Vzw CAR Brussel	Leopold-II-Laan 53	1080 Molenbeek-Saint-Jean (Bruxelles)
9.53.237.79	CAR Ter Kouter vzw	Aaltersesteenweg 2	9800 Deinze
9.53.245.71	CAR Wegwijs vzw	Welzijnstraat 75-77	9620 Zottegem
9.53.253.63	CAR Hasselt	Ilgatlaan 11 bus 2	3500 Hasselt
9.53.265.51	Antwerps revalidatiecentrum vzw	Lange Elzenstraat 52-54	2018 Anvers
9.53.334.79	CAR Oostakker	Wolfputstraat 110	9041 Oostakker
9.53.356.57	CAR Genk	Welzijns-campus 23 bus 1	3600 Genk
9.53.361.52	Vlaamse Gemeenschapscommissie Revalidatiecentrum De Poolster	Rue de l'Étoile Polaire 20	1082 Brussel 'Berchem-Sainte-Agathe)
9.53.365.48	C.A.R. NOK-centrum	Glorieuxlaan 55	9600 Renaix
9.53.406.07	Het Veer Revalidatiecentrum vzw	Kazernestraat 35A	9100 Saint-Nicolas
9.53.416.94	CAR Stappie vzw	Koninginnelaan 55-57	8400 Ostende
9.53.421.89	Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem
9.53.464.46	CAR Therapeutisch Zorgpunt N	Gasthuisstraat 10	8800 Roulers
9.53.467.43	CAR Horizon	Oudenaardsestraat 215	9500 Grammont
9.53.494.16	Centrum voor Spraak- en Taalpathologie	St.-Jobstraat 43	3960 Bree
9.53.495.15	CAR Noordhoek (St.-Rembert)	Aartrijksestraat 62	8820 Torhout
9.53.516.91	CAR De Klinker	Heistlaan 123	8301 Knokke-Heist
9.53.518.89	Revalidatiecentrum voor Taal- en Ontwikkelingsproblemen	Jules Lagaelaan 17	8800 Roulers
9.53.579.28	CAR De Klinker vzw	Cartonstraat 53	8900 Ypres
9.53.593.14	CAR Vijfhoek	Vijfhoek 1A	2800 Malines
9.53.991.04	Zeplin CAR Woluwe	Georges Henrilaan 278	1200 Bruxelles (Woluwe-Saint-Lambert)
9.53.992.03	Revalidatiecentrum Overleie vzw	Overleiestraat 57	8500 Courtrai
9.53.606.01	CAR Antenne 3000 vzw	St. Geertruiabdij 6	3000 Louvain
9.53.607.97	CAR DAT	Houtemstraat 115B	3300 Tirlemont
9.53.608.96	CAR Medische Sociale Instellingen Midden-Vlaanderen	Melkerij 25	9900 Eeklo
9.65.062.88	CAR Turnhout	Schoolstraat 27/1	2300 Turnhout
9.65.088.62	Zeplin CAR Lovenjoel	Stationsstraat 25	3360 Lovenjoel-Bierbeek
9.65.105.45	CAR De Klinker vzw	Botermelkstraat 201	9300 Alost
9.65.181.66	CAR Kapelhof vzw	Koenvliet 2A	9240 Zele
9.65.182.65	CAR BOLT vzw	Kloosterstraat 6a	9031 Baarle-Drongen
9.65.192.55	CAR De Klinker vzw	Hoenderstraat 51	9230 Wetteren
9.65.244.03	Revalidatiecentrum Noorderkempen	Nieuwmoerse Steenweg 113A	2990 Wuustwezel

Numéro d'agrément	Nom	Rue et numéro	Code postal et commune
9.65.246.01	CAR 't Vlot	Kallobaan 5	9120 Beveren
9.65.248.96	CAR Accent vzw	Lagaeplein 12/14	8501 Kortrijk - Heule
9.65.263.81	CAR De Kindervriend	Tombroekstraat 4	8510 Rollegem
9.65.264.80	CAR 't Veld vzw	Ichtegemsestraat 32	8211 Aartrijke
9.65.292.52	CAR Buggenhout	Klaverveld 3	9255 Buggenhout
9.65.304.40	CAR De Klinker vzw	Kerkham 3	9070 Destelbergen
9.65.415.26	CAR Impuls vzw	Karel Lodewijk Dierickxstraat 30	9000 Gand
9.65.423.18	Waas Revalidatiecentrum vzw	Luikstraat 109	9160 Lokeren
9.65.496.42	Centrum voor Functionele Revalidatie vzw	Stationsstraat 40	9060 Zelzate
9.65.572.63	CAR Land van Halle & Asse vzw	Ziekenhuislaan 100	1500 Hal
9.65.583.52	Revalidatiecentrum Ter Linde vzw	Kapelstraat 12	2880 Bornem
9.65.603.32	Revalidatiecentrum Ter Eecken	Vlaanderenstraat 2	9700 Audenarde
9.65.608.27	CAR Zuiderkempen	Diestsebaan 60/1	2431 Veerle (Laakdal)
9.69.004.26	U.Z. Leuven Revalidatiecentrum voor Slechtzienden - Stadscampus	Brusselsestraat 69	3000 Louvain
9.69.006.24	Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave	Markgravelei 81	2018 Anvers
9.69.008.22	Centrum voor Visuele Revalidatie en Low-Vision UZ Gent	De Pintelaan 185	9000 Gand
9.69.009.21	Visuele revalidatie en low vision UZ Antwerpen	Wilrijkstraat 10	2650 Edegem

§ 2. Avant la conclusion des conventions, visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, le ministre envoie, par recommandé avec accusé de réception, une convention adaptée signée par lui aux structures de revalidation visées au paragraphe 1<sup>er</sup>. La structure de revalidation dispose d'un délai de trente jours suivant la réception de la convention signée par le ministre pour la renvoyer, dûment signée, au ministre.

La convention de revalidation signée par la structure de revalidation est publiée sur le site Internet de l'agence dans les 30 jours de sa réception par le ministre. Cette convention de revalidation lie les parties à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

À défaut de réception d'une convention signée par la structure de revalidation dans les trente qui suivent la réception, par la structure de revalidation, de la convention signée par le ministre, une nouvelle convention ne peut être conclue que conformément aux articles 159 à 173.

**Art. 373.** § 1<sup>er</sup>. Le ministre conclut, en exécution de l'article 111 du décret du 6 juillet 2018, une convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires mentionnées dans le tableau ci-dessous.

Numéro d'agrément	Nom	Rue et numéro	Code postal et commune
96800159	Palliatieve Hulpverlening Antwerpen	Edegemsesteenweg 100	2610 Wilrijk
96800258	Ispahan Palliatieve Zorgen Kempen	Patersstraat 85	2300 Turnhout
96800357	Palliatief Netwerk arrondissement Mechelen	Westzavelland 42	2830 Willebroek
96800456	Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen	Bredabaan 743	2990 Wuustwezel
96800555	Palliatief Netwerk arrondissement Mechelen	Waversebaan 220	3001 Heverlee
96800654	Omega	J. Vander Vekenstraat 158	1780 Wommel
96800753	Listel	Albrecht Rodenbachstraat 29	3500 Hasselt
96800852	Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo	Bilksken 36	9920 Lovendegem



96800951	Netwerk Palliatieve Zorg regio Aalst – arrondissement Dendermonde – région Ninove	Gentse Steenweg 355	9300 Alost
96801050	Netwerk Levenseinde	Sint-Walburgastraat 9	9700 Audenarde
96801149	Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen	Rozenlaan 17	9111 Belsele
96801248	Palliatieve Zorgen Westhoek-Oostende	Stovestraat 2	8600 Dixmude
96801347	Heidehuis Palliatieve Zorg Noord-West-Vlaanderen	Fazantendreef 11	8200 Sint-Michiels
96801446	Heidehuis Palliatieve Zorg Noord-West-Vlaanderen	Doorniksewijk 168	8500 Courtrai
96801545	Netwerk palliatieve zorg De Mantel	Handelsstraat 1	8800 Roulers

§ 2. Avant la conclusion des conventions, visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, le ministre envoie, par recommandé avec accusé de réception, une convention adaptée signée par lui aux équipes d'accompagnement multidisciplinaires visées au paragraphe 1<sup>er</sup>. L'équipe d'accompagnement multidisciplinaire dispose d'un délai de trente jours suivant la réception de la convention signée par le ministre pour la renvoyer, dûment signée, au ministre.

La convention signée par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire est publiée sur le site Internet de l'agence dans les 30 jours de sa réception par le ministre. La convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires lie les parties à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

À défaut de réception d'une convention signée par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire dans les trente jours suivant la réception, par l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire, de la convention signée par le ministre, une nouvelle convention ne peut être conclue que conformément aux articles 278 à 291.

**Art. 374.** Dans les cas, visés à l'article 47/9, § 4, de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions, où l'autorité fédérale assure, pour le compte de la Communauté flamande, le financement des investissements des infrastructures et des services médico-techniques des hôpitaux, visés à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, alinéa 1<sup>er</sup>, a), de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les dispositions de l'arrêté royal du 25 avril 2002, à l'exception des articles 99 et 100, telles qu'elles sont en vigueur au 31 décembre 2018, restent applicables aux hôpitaux de revalidation.

**Art. 375.** Pour l'exécution des tâches visées aux articles 15, 16, 18, 22, 211, 215 et 216, le médecin-conseil de l'organisme assureur auprès duquel l'utilisateur de soins est affilié ou inscrit exerce la fonction de la Commission des caisses d'assurance soins au cours de la période du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 30 juin 2019.

**Art. 376.** Les approbations d'interventions ou les engagements de paiement en vigueur au 31 décembre 2018 restent applicables jusqu'à la date de fin prévue.

Les nouvelles demandes ou les demandes de prolongation dont la date de réception se situe en 2019 mais dont une première prestation remboursable se situe en 2018 sont traitées selon la réglementation, les procédures et les formulaires en vigueur au 31 décembre 2018.

Les nouvelles demandes ou les demandes de prolongation dont la première prestation remboursable se situe en 2019 sont traitées conformément au décret du 6 juillet 2018 et au présent arrêté.

Conformément au protocole conclu le 15 mai 2014 entre l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Région wallonne, la Communauté germanophone, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune, en ce qui concerne l'exercice des compétences attribuées aux entités fédérées dans le domaine de la santé publique et des soins de santé pendant la période de transition dans le cadre de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la Sixième Réforme de l'État, tel que prolongé les 19 octobre 2015 et 24 octobre 2016, les organismes assureurs facturent à la Communauté flamande, via l'INAMI, les prestations remboursables dispensées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Les organismes assureurs facturent directement à la Communauté flamande les prestations remboursables dispensées le ou après le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

**Art. 377.** Les décisions du Collège des médecins-directeurs concernant les conventions de revalidation, prises en exécution de l'article 23, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, avant l'entrée en vigueur du présent arrêté sont assimilées aux avis de la Commission d'expert et des commissions consultatives sectorielles, visés dans la partie 4, titre 1<sup>er</sup>, chapitre 2, du présent arrêté. Par dérogation à la partie 4, titre 1<sup>er</sup>, chapitre 2, le ministre peut décider de modifier une convention de revalidation sur la base de ces décisions du Collège des médecins-directeurs.

**Art. 378.** Lors de l'agrément de la capacité d'admission des maisons de soins psychiatriques telles que visées à l'article 112 du décret du 6 juillet 2018, une distinction peut être établie entre la capacité d'admission définitive et extinctive si l'agrément en cours au 31 décembre 2018 établit une distinction entre lits définitifs et extinctifs. Une capacité d'admission extinctive disparaît à la sortie ou au décès de l'utilisateur de soins occupant.

### CHAPITRE 3. — *Disposition d'entrée en vigueur*

**Art. 379.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019, à l'exception de l'article 122, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

CHAPITRE 4. — *Disposition d'exécution*

**Art. 380.** Le ministre flamand ayant la politique de la santé dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille,  
J. VANDEURZEN

---

Annexe 1re : Liste des données à transmettre par une maison de soins psychiatriques à l'agence.

- 1) le nom du coordinateur visé à l'article 88 ;
- 2) le nombre total de journées d'hébergement facturées par mois.
- 3) la répartition des chambres selon le type : chambre à un ou deux lits.
- 4) par usager de soins, les données suivantes :
  - a) le numéro de traitement de l'usager de soins, qui doit être unique et ne peut comporter aucune donnée personnelle telle que la date de naissance. En cas de réadmission d'un usager de soins dans la même maison de soins psychiatriques dans les 12 mois suivant sa sortie, il convient d'utiliser le même numéro de traitement, suivi d'un numéro d'ordre ;
  - b) l'année de naissance ;
  - c) le sexe ;
  - d) pour les Belges, l'arrondissement administratif de leur résidence principale, et pour les étrangers, leur pays d'origine.  
Pour les Belges dont la résidence principale est située dans les communes fusionnées de Gand, Anvers, ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, on indique, par dérogation à l'alinéa précédent, le nom de la commune ou de la région ;
  - e) nombre d'admissions antérieures dans la maison de soins psychiatriques ;
  - f) la date d'admission dans la maison de soins psychiatriques, exprimée en année, mois et jour de la semaine ;
  - g) journées d'hébergement facturées, dans un ordre chronologique, par unité de vie, exprimées en nombre de jours ;
  - h) le type d'admission ;
  - i) numéro d'identification de l'unité de vie ;
  - j) le cadre de vie avant l'admission, classé par catégorie principale ;
  - k) l'instance ayant adressé le patient, classé par catégorie principale ;
  - l) traitements médicaux antérieurs ;
  - m) diagnostic psychiatrique pluridimensionnel au moment de l'admission ;
  - n) la date de la sortie de la maison de soins psychiatriques exprimée en année, mois et jour de la semaine ;
  - o) destination du patient, classée par catégorie principale ;
  - p) type de sortie ;
  - q) problèmes psychiatriques pluridimensionnels qui subsistent lors de la sortie ;
  - r) le niveau d'enseignement, classé par catégorie principale ;
  - s) l'implication dans le processus de travail, classée par catégorie principale ;
  - t) nature des revenus, classée par catégorie principale ;
  - u) l'activité professionnelle principale actuelle ou exercée en dernier lieu, classée par catégorie principale.

Dans le présent article, on entend par « unité de vie » un groupe d'usagers de soins qui cohabitent, mangent, se détendent et séjournent dans un bâtiment ou une partie de bâtiment, distinct sur le plan architectural, et qui sont encadrés par une même équipe d'intervenants.

Vu pour être annexé à l'article 8, § 3, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe 2 : Liste des données à transmettre par une initiative d'habitation protégée à l'agence.

- 1) le nom du coordinateur visé à l'article 143 ;
- 2) le nombre total de journées de séjour facturées par mois.
- 3) le nombre de places par habitation.
- 4) par usager de soins, les données suivantes :
  - a) le numéro de traitement de l'utilisateur de soins, qui doit être unique et ne peut comporter aucune donnée personnelle telle que la date de naissance. En cas de réadmission d'un usager de soins en accompagnement de la même initiative d'habitation protégée dans les 12 mois suivant sa sortie, il convient d'utiliser le même numéro de traitement, suivi d'un numéro d'ordre ;
  - b) l'année de naissance ;
  - c) le sexe ;
  - d) pour les Belges, l'arrondissement administratif de leur résidence principale, et pour les étrangers, leur pays d'origine.

Pour les Belges dont la résidence principale est située dans les communes fusionnées de Gand, Anvers, ou dans la Région de Bruxelles-Capitale, on indique, par dérogation à l'alinéa précédent, le nom de la commune ou de la région ;
  - e) nombre d'admissions antérieures dans l'initiative d'habitation protégée ;
  - f) la date d'admission dans l'initiative d'habitation protégée, exprimée en année, mois et jour de la semaine ;
  - g) journées de séjour facturées, dans un ordre chronologique, par unité de vie, exprimées en nombre de jours ;
  - h) le type d'admission ;
  - i) numéro d'identification de l'unité de vie ;
  - j) le cadre de vie avant l'admission, classé par catégorie principale ;
  - k) l'instance ayant adressé le patient, classé par catégorie principale ;
  - l) traitements médicaux antérieurs ;
  - m) diagnostic psychiatrique pluridimensionnel au moment de l'admission ;
  - n) la date de la sortie de l'initiative d'habitation protégée exprimée en année, mois et jour de la semaine ;
  - o) destination du patient, classée par catégorie principale ;
  - p) type de sortie ;
  - q) problèmes psychiatriques pluridimensionnels qui subsistent lors de la sortie ;
  - r) le niveau d'enseignement, classé par catégorie principale ;
  - s) l'implication dans le processus de travail, classée par catégorie principale ;
  - t) nature des revenus, classée par catégorie principale ;
  - u) l'activité professionnelle principale actuelle ou exercée en dernier lieu, classée par catégorie principale.

Dans le présent article, on entend par « unité de vie » un groupe d'utilisateurs de soins qui cohabitent, mangent, se détendent et séjournent dans un bâtiment ou une partie de bâtiment, distinct sur le plan architectural, et qui sont encadrés par une même équipe d'intervenants.

Vu pour être annexé à l'article 8, § 3, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

Bruxelles, le 7 décembre 2018

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

## Annexe 3. Liste des éléments constitutifs couverts par le budget de base

- 1° Les charges financières des crédits à court terme contractés en vue d'assurer le fonctionnement normal d'unités de soins et de services ;
- 2° Les frais de personnel se rapportant aux concierges, portiers, veilleurs de nuit, gardiens de parkings, jardiniers, personnel d'ascenseur, conducteurs de voitures à l'exception des ambulances ;
- 3° Les frais de fonctionnement et d'entretien des jardins d'agrément, chemins, cours, parkings, moyens de transport à l'exception des ambulances ;
- 4° Les frais de transport :
  - interne et externe des biens de consommation ;
  - interne des patients ;
  - externe des patients à condition que ce transport ne soit pas nécessité par une hospitalisation dans un autre hôpital ;
  - du sang ;
- 5° Les impôts et taxes, tels que taxes sur le patrimoine, précompte immobilier, impôt sur enlèvement des immondices et des déchets ou sur le raccordement aux égouts ainsi que sur les entreprises dangereuses, incommodes et insalubres, et sur le personnel occupé ;
- 6° Les frais d'assurances contre les risques d'incendie, dégâts des eaux et autres risques, pour la responsabilité civile de l'établissement et du personnel occupé ainsi qu'une intervention dans les frais des primes d'assurance 'responsabilité civile professionnelle' des médecins (y compris le budget ajouté en 2005 en guise d'intervention dans les frais des primes d'assurance 'responsabilité civile' des médecins) ;
- 7° Les frais de lutte contre l'incendie ;
- 8° Les frais de collecte et de traitement des immondices et des déchets ;
- 9° Les frais du culte et des services assimilés ;
- 10° Les frais de la morgue ;
- 11° Les frais du personnel de nettoyage, d'entretien technique et de sécurité ;
- 12° Les frais normaux de nettoyage, d'entretien technique et de réparation d'ateliers ;
- 13° Les frais d'eau, de gaz et d'électricité ;
- 14° Les frais d'entretien des ascenseurs et du chauffage central ;
- 15° Les frais du personnel de surveillance des installations de chauffage ;
- 16° Les frais de combustibles, y compris le budget ajouté en 2006 pour couvrir l'augmentation du coût de l'énergie ;
- 17° Les frais de réparation des installations de chaufferie ;
- 18° Les frais de personnel et de fonctionnement de la direction, de l'administration, de la comptabilité, du service du personnel, de l'accueil, du service social pour les patients (y compris le budget ajouté en 2006 pour renforcer le service social), de la tarification, du contentieux, des archives centralisées, du service de caisse, de l'économat, des magasins, du central téléphonique, des messagers-huissiers, garçons de course et commissionnaires ;
- 19° Les frais de gestion et de représentation ;
- 20° Les frais d'informatique ;
- 21° Les frais d'affiliation aux organisations hospitalières ;
- 22° Les fournitures de bureau, imprimés et documentation ;
- 23° Les frais d'expédition ;
- 24° Les frais de recrutement du personnel, les frais de formation et de perfectionnement, y compris la formation permanente du personnel infirmier ;
- 25° Les frais de fonctionnement des différents conseils et comités institués en vertu de la législation en vigueur ;
- 26° Les frais de personnel et de fonctionnement de la buanderie-lingerie ;
- 27° Les frais d'achat de linge, literie, produits de lessive et fournitures pour réparation ;
- 28° Les frais du personnel et de fonctionnement de la cuisine ;
- 29° Les frais d'achat des produits alimentaires et boissons ;

- 30° Les frais du personnel de cuisine diététique et les frais d'achat de produits diététiques ;
- 31° Les frais des locaux réservés au personnel interne occupé dans l'hôpital ou les services hospitaliers ;
- 32° Les frais des commodités prévues pour le personnel (vestiaires, réfectoires, repas) ;
- 33° L'adaptation des frais de fonctionnement en fonction de la modification historique de la capacité des lits ;
- 34° Les économies historiques ;
- 35° Les frais du personnel infirmier et soignant ;
- 36° Les frais des médicaments courants visés à l'article 1er, 1°, de l'arrêté royal du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur distribution, et les frais des gaz médicaux et préparations magistrales ;
- 37° Les pansements ;
- 38° Les produits médicaux de consommation, les produits pour la dispensation des soins et les petits instruments ;
- 39° Les frais de conservation du sang ;
- 40° Les frais de rééducation et de réadaptation relatifs aux patients hospitalisés dans les services G et Sp ;
- 41° Les coûts supplémentaires liés au profil social de l'hôpital ;
- 42° Les coûts des pansements actifs ;
- 43° La valorisation des prestations inconfortables des infirmiers et aides-soignants travaillant dans les unités de soins, à la pharmacie ou en hospitalisation de jour conformément aux conditions d'octroi prévue par l'A.R. du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ;
- 44° Les coûts découlant des situations suivantes en hospitalisation de jour :
- pour tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier ;
  - pour toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge, une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/produits sanguins par une perfusion intraveineuse ;
- 45° Les charges relatives à l'amélioration de la qualité de la dispensation de soins visée à l'article 109 de la loi sur les hôpitaux ; les moyens attribués représentent une partie du budget libéré par la désaffectation historique des lits ;
- 46° Les charges relatives au personnel supplémentaire octroyé en vertu de l'accord social de 1989 ;
- 47° Les coûts du réviseur d'entreprise ;
- 48° Les coûts du médecin-chef ;
- 49° Les coûts de l'infirmier(infirmière) en hygiène hospitalière ;
- 50° Les coûts du médecin en hygiène hospitalière ;
- 51° Les coûts de l'enregistrement des données à définir par le ministre qui a la santé publique dans ses attributions concernant les activités cliniques et infirmières ;
- 52° Les coûts de l'évaluation de la qualité des activités médicales et infirmières et de la promotion de l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble des activités de l'hôpital ;
- 53° Les coûts du personnel pour organiser le transport interne de patients dans les hôpitaux publics de revalidation ;
- 54° Les coûts qui vont de pair avec les conventions historiques de premier emploi ;
- 55° Les coûts de la hausse historique des cotisations patronales des pensions dans les hôpitaux publics ;
- 56° Les coûts en compensation de l'avantage dans le secteur privé dans le cadre de l'accord interprofessionnel historique dans les hôpitaux publics de revalidation ;



- 57°L'intervention pour la réalisation d'études pilotes visant le soutien au développement de la télémédecine hospitalière, de la codification des données et de l'usage de terminologies standardisées ;
- 58°Les coûts du personnel pour organiser une hospitalisation de jour pour le patient gériatrique telle que décrite dans la section III du chapitre V de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers ;
- 59°Les coûts relatifs à la fonction palliative ;
- 60°Les coûts de l'enregistrement des infections nosocomiales ;
- 61°Le coût supplémentaire des contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi ;
- 62°Les coûts du personnel accompagnant le personnel infirmier et soignant nouvellement recruté ou ayant mis fin à une interruption de carrière ;
- 63°Les coûts de constitution d'une équipe mobile ;
- 64°Les coûts liés à la fonction de médiation ;
- 65°Les coûts du personnel supplémentaire et de la fonction de liaison externe telle que visée dans l'arrêté royal du 4 juin 2008 fixant les normes auxquelles la section « centre d'expertise pour les patients comateux » doit répondre pour être agréée ;
- 66°Les coûts du recrutement de jeunes peu qualifiés dans le projet global 'Sécurité dans les hôpitaux' visé à l'article 1er, 1°, de l'arrêté ministériel du 31 mai 2007 exécutant l'article 82 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations et déterminant les projets globaux dans les secteurs relevant de la compétence de l'autorité fédérale ;
- 67°Les coûts de la prime annuelle supplémentaire par équivalent temps plein pour les infirmiers porteurs d'un titre professionnel particulier et les infirmiers qui peuvent se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière, tels que définis dans les arrêtés ministériels fixant les critères d'agrément de ces titres et qualifications énumérés dans l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, pour les infirmiers qui étaient en possession de ce titre professionnel ou de cette qualification professionnelle avant la suppression de la prime prévue par l'arrête du Gouvernement flamand du 15 septembre 2017 ;
- 68°L'intervention pour la réalisation du projet pilote d'équipe nutritionnelle, du projet pilote de pharmacie clinique et du projet pilote d'hôpital de jour gériatrique ;
- 69°Les coûts de fonctionnement de l'officine hospitalière ;
- 70°Les coûts de la gestion de l'antibiothérapie ;
- 71°Les coûts du Comité médico-pharmaceutique et du Comité du matériel médical ;
- 72°Les coûts relatifs aux dispositions de l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant exécution de l'article 94, alinéa 3, de la loi sur les hôpitaux, concernant les accords sectoriels ;
- 73°Les coûts du pécule de vacances complémentaire octroyé au personnel statutaire ;
- 74°Les coûts du renfort des équipes de nuit visé au point 9.3 de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et au point 13 du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;
- 75°Les coûts de l'augmentation historique du pourcentage de supplément de salaire relatif aux prestations de nuit effectuées le dimanche et les jours fériés, de 50 à 56 % ;
- 76°Les coûts d'un complément fonctionnel attribué aux infirmiers en chef, infirmiers chefs de service du cadre intermédiaire et paramédicaux en chef, ayant une ancienneté pécuniaire de 18 ans minimum et la formation requise par les arrêtés définissant leur fonction ;
- 77°Les coûts des emplois complémentaires de l'équipe mobile ;
- 78°Les coûts des emplois supplémentaires au titre de l'accord social de 2011 ;

79°Les coûts de l'harmonisation au barème 1.35 pour les aides-soignants ;

80°Le montant pour les chambres à un lit pour lesquelles, conformément à l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux, des suppléments au-delà du budget sont perçus, et à raison duquel le budget de l'hôpital de revalidation est diminué, y compris le budget historique ajouté en compensation de la perte de recettes résultant de l'interdiction, à partir du 1er janvier 2010, de facturer des suppléments de chambre aux patients séjournant dans une chambre à deux lits ;

81°Les coûts en compensation du personnel statutaire en absence de longue durée.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

## Annexe 4. Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) pour les hôpitaux de revalidation

1. Pour bénéficier du budget visé aux articles 232 et 233, le dossier patient informatisé (DPI) intégré doit contenir un certain nombre de fonctionnalités « Meaningful Use » détaillées ci-dessous.
2. Sept fonctionnalités de base ont été déterminées. Elles constituent la base d'un DPI intégré sur laquelle d'autres fonctionnalités peuvent être construites.
3. Au plus tard fin 2020, les fonctionnalités de base sélectionnées doivent être mises en œuvre.
4. Les fonctionnalités de base sélectionnées pour les hôpitaux de revalidation sont les suivantes :

Fonctionnalité	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
Identification unique et description du patient	80 %	90 %	98 %	98 %
Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du patient et décrit la situation actuelle du patient	20 %	50 %	80 %	98 %
Liste des allergies et intolérances	30 %	60 %	90 %	98 %
Interactions médicamenteuses	oui	oui	oui	oui
Lettre électronique de sortie	80 %	90 %	95 %	98 %
Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	10 %	50 %	80 %	98 %
Communication automatique avec les HUBs et interactions avec eHealth	80 %	90 %	95 %	98 %

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

## Annexe 5. Modèle de déclaration d'admission pour admission en hôpital de revalidation

CODE BARRES DE L'HÔPITAL  
POUR ARCHIVER LE  
DOCUMENT DE MANIÈRE  
ÉLECTRONIQUE

IDENTIFICATION DU  
PATIENT OU VIGNETTE DE  
LA MUTUELLE

IDENTIFICATION DE  
L'HÔPITAL

**1. Objectif de la déclaration d'admission : le droit de faire des choix en toute connaissance de cause sur les conséquences financières de l'admission**

Toute hospitalisation entraîne des frais. En tant que patient, vous pouvez faire des choix qui auront une influence majeure sur le coût final. C'est au moyen de la présente déclaration d'admission que vous effectuez ces choix. C'est pourquoi il est très important que vous lisiez attentivement le formulaire d'information que vous recevez avec le présent document avant de compléter et de signer cette déclaration d'admission. Si vous avez des questions, vous pouvez contacter **le service XXX au numéro XX XXX XXX.**

**2. Choix de la chambre**

**Mon libre choix d'un médecin n'est pas limité par le choix de chambre.**

Je souhaite être admis et soigné :

**sans suppléments d'honoraires et sans supplément de chambre en :**

**chambre commune**

**chambre à deux lits**

**en chambre individuelle**

avec un supplément de chambre de x euros par jour.

Je sais qu'en cas d'admission en chambre individuelle, les médecins traitants peuvent facturer **un supplément d'honoraires de maximum x %** du tarif légal des prestations médicales.

**3. Admission d'un enfant accompagné par un parent**

Je souhaite que mon enfant, que j'accompagne, soit admis et soigné au tarif légal, **sans supplément de chambre et sans supplément d'honoraires. Je sais que l'admission se fait en chambre à deux lits ou en chambre commune**

Je souhaite expressément que mon enfant, que j'accompagne, soit admis et soigné **en chambre individuelle, sans suppléments de chambre.** Je sais qu'en cas d'admission **en chambre individuelle, les médecins traitants peuvent facturer un supplément d'honoraires de maximum x %** du tarif légal des prestations médicales.

Mes **frais de séjour en tant que parent accompagnant** (notamment repas, boissons,...) **seront à ma charge** au tarif indiqué dans le récapitulatif des prix des biens et services courants.

**4. Acompte**

Je paie x euros d'acompte pour mon séjour.

La présente déclaration d'admission signée a valeur de reçu pour l'acompte payé. L'acompte sera déduit du montant total de la facture du patient lors du décompte final.

**Conditions de facturation****Tous les frais d'hôpital seront facturés par l'hôpital. Ne payez jamais directement au médecin !**

Espace à compléter librement, où l'hôpital mentionne ses conditions de facturation : mode de paiement, délai de paiement, conséquences d'un paiement tardif, ...

Chaque patient a le droit d'obtenir des informations sur les conséquences financières d'une hospitalisation et du type de chambre qu'il a choisi. Chaque patient a le droit d'être informé par le médecin concerné des coûts qui seront à sa charge pour les traitements médicaux à prévoir.

J'ai reçu, en annexe au présent document, un formulaire d'information indiquant les suppléments de chambre et d'honoraires. Le récapitulatif des prix des biens et services proposés à l'hôpital peut y être consulté.

Sachez que tous les frais ne sont pas prévisibles.

Fait à LOCALITÉ DE L'HÔPITAL, le DATE xx-xx-20xx, en deux exemplaires, pour une admission débutant le xx-xx-20xx et valable à partir du xx-xx-20xx à x heures.

Le patient ou son représentant	L'hôpital
Prénom, nom du patient ou de son représentant (avec n° de registre national)	Prénom, nom et qualité

Ces informations d'ordre personnel vous sont demandées par le gestionnaire de l'hôpital en vue du traitement correct de votre dossier et de la facturation de votre séjour à l'hôpital. La loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée vous autorise à consulter vos données et à les corriger.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe 6. Modèle de déclaration d'admission pour admission en hôpital de jour  
d'un hôpital de revalidation

**Déclaration d'admission pour admission en hôpital de jour : choix de la chambre et**

CODE BARRES DE L'HÔPITAL POUR ARCHIVER LE DOCUMENT DE MANIÈRE ÉLECTRONIQUE	IDENTIFICATION DU PATIENT OU VIGNETTE DE LA MUTUELLE	IDENTIFICATION DE L'HÔPITAL
---	--	--------------------------------

**conditions financières :**

**1. Suppléments de chambre – suppléments d'honoraires - acomptes**

J'ai pris connaissance des conditions financières et souhaite être admis et soigné

**SOIT au tarif de l'engagement (SANS suppléments d'honoraires).(1)**

***Je sais que le libre choix de mon médecin s'en trouve limité et je choisis le tarif applicable à :***

une chambre commune sans supplément de chambre

une chambre à deux lits sans supplément de chambre (5)

**L'hôpital ne peut pas me demander un acompte égal (4).**

**SOIT suivant les différents statuts des médecins (AVEC éventuellement suppléments d'honoraires) et je choisis le tarif applicable à :**

une chambre commune sans supplément de chambre

Je sais que les médecins non conventionnés peuvent me facturer un supplément d'honoraires de x % ou x € à x % ou x €. (2), (3)&(5)

une chambre à deux lits sans supplément de chambre (5)

Je sais que les médecins non conventionnés peuvent me facturer un supplément d'honoraires de x % ou x € à x % ou x €. (2), (3)&(5)

une chambre individuelle (site x)

avec un supplément de chambre de **X € par jour**

Je sais que certains médecins peuvent me facturer un supplément d'honoraires de x % ou x € à x % ou x €. (2), (3)&(5)

**L'hôpital peut me demander un acompte égal au maximum du supplément de chambre (4).**

**2. Droit à l'information**

Je sais que j'ai le droit d'obtenir des informations sur les conséquences financières de mon choix et d'être informé par le médecin concerné des coûts qui seront à ma charge pour les traitements médicaux à prévoir. Je tiens également compte du fait que certains coûts ne peuvent être prévus à l'avance.

Je sais que les montants susmentionnés peuvent être indexés. Dans ce cas, ils pourront être modifiés de plein droit durant la période d'hospitalisation. Je sais également que les tarifs mentionnés sont appliqués sur base du régime légal d'assurance maladie-invalidité auquel j'appartiens. Si l'admission n'est pas couverte par ce régime, je devrai supporter moi-même les frais de séjour et les frais médicaux, montants qui seront considérablement plus importants..

Je reconnais avoir reçu en annexe à la présente déclaration d'admission un document explicatif relatif à l'application des suppléments de chambre et d'honoraires ainsi qu'un récapitulatif des coûts des produits parapharmaceutiques courants et des biens et services divers, applicables au NOM HÔPITAL.

Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès du service NOM DU SERVICE au numéro de téléphone xx/xxx xx xx.

Fait à LOCALITÉ DE L'HÔPITAL, le DATE xx-xx-20xx, en deux exemplaires, pour un traitement débutant le xx-xx-20xx et valable à partir du xx-xx-20xx à x heures et jusque maximum xx-xx-xxxx.  
(6)

Le patient ou son représentant	L'hôpital
Prénom, nom du patient ou de son représentant (avec n° de registre national)	Prénom, nom et qualité

Ces informations d'ordre personnel vous sont demandées par le gestionnaire de l'hôpital en vue du traitement correct de votre dossier et de la facturation de votre séjour à l'hôpital. La loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée vous autorise à consulter vos données et à les corriger.

### 3. Aperçu des conditions financières prévues par la loi et de celles de l'hôpital

#### 3.1. Suppléments de chambre par jour

chambre commune	chambre à deux lits (5)	chambre individuelle
<b>pas de supplément de chambre</b>	<b>pas de supplément de chambre</b>	<b>X € (site x)</b>
		<b>X € (site x)</b>

#### 3.2. Suppléments d'honoraires (5)

	Chambre commune (5)	Chambre à deux lits (5)	Chambre individuelle
Médecins conventionnés	0 %	0 %	De x % ou x € à % ou x € (site x)
Médecins non conventionnés	De x % ou x € à % ou x € (site x)	De x % ou x € à % ou x € (site x)	De x % ou x € à % ou x € (site x)

### 4. EXPLICATIONS RELATIVES AUX NOTES EN BAS DE PAGE

**Le patient qui choisit un type de chambre déterminé accepte les conditions financières qui y sont liées en matière de suppléments de chambre et d'honoraires.**

- ➔ Si le patient séjourne dans un type de chambre supérieur indépendamment de sa volonté, ce sont les conditions financières du type de chambre qu'il a choisi qui s'appliquent (exemple : chambre à 2 lits choisie, chambre individuelle octroyée -> les conditions de la chambre à 2 lits sont appliquées).
- ➔ Si le patient séjourne dans un type de chambre inférieur indépendamment de sa volonté, ce sont les conditions financières du type de chambre dans laquelle il séjourne effectivement qui s'appliquent (exemple : chambre individuelle choisie, chambre à 2 lits octroyée -> les conditions de la chambre à 2 lits sont appliquées).

- (1) Tarifs de l'engagement : on applique les honoraires tels qu'ils ont été convenus dans le cadre de la convention médico-mutualiste, donc sans suppléments d'honoraires.

- (2) La liste reprenant le statut des médecins (conventionnés ou non conventionnés) peut être consultée sur simple demande.
- (3) Les suppléments d'honoraires seront facturés par l'hôpital ou par le service de perception centrale. Ne les payez pas directement au médecin. N'hésitez pas à vous renseigner au sujet du pourcentage de suppléments d'honoraires appliqués par le médecin concerné.
- (4) Le paiement de l'acompte est subordonné à la délivrance d'un reçu. L'(les) acompte(s) payé(s) sera (seront) déduit(s) du montant global de votre facture.

	Chambre commune	Chambre à deux lits	Chambre individuelle
Montant maximum des acomptes	-	-	x €

- (5) Certaines catégories protégées sont dispensées de suppléments d'honoraires dans certains cas. Pour plus d'information concernant les suppléments de chambre ou d'honoraires, veuillez vous reporter au document explicatif en annexe.
- (6) Pour une série de traitements en hôpital de jour, il suffit de signer une seule fois la déclaration d'admission. En tant que patient, vous avez la faculté de modifier votre choix par la signature d'une nouvelle déclaration d'admission.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

Bruxelles, le 7 décembre 2018

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

Geert BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

Jo VANDEURZEN



## Annexe 7. Modèle d'explications concernant la déclaration d'admission

IDENTIFICATION DE L'HÔPITAL	<b>Explications concernant la déclaration d'admission</b>
--------------------------------	---

En tant que patient, vous pouvez faire certains choix qui ont une influence considérable sur le prix final de votre séjour à l'hôpital.

C'est au moyen de la déclaration d'admission que vous effectuez ces choix.

Le présent document explicatif a pour but de vous informer sur le coût de votre hospitalisation, afin que vous puissiez décider en toute connaissance de cause lorsque vous remplissez votre déclaration d'admission.

Le coût est déterminé par les facteurs suivants:

1. la façon dont vous êtes assuré ;
2. le type de chambre que vous choisissez ;
3. la durée de votre séjour à l'hôpital ;
4. les frais pharmaceutiques;
5. les honoraires facturés par les médecins et les paramédicaux;
6. les frais liés à d'éventuels produits et services complémentaires.

**Vous avez d'autres questions concernant les frais liés à votre traitement médical ou à votre séjour à l'hôpital ?**

Nous vous invitons à contacter en premier lieu (*nom de la personne de contact/du service, tél. xx, e-mail xx*) ou votre médecin traitant.

Vous pouvez aussi vous adresser à votre mutualité.

Au besoin, le service social (*coordonnées*) et le service de médiation de notre hôpital (*coordonnées*) se tiennent également à votre disposition.

Vous trouverez de plus amples informations sur les frais liés à votre séjour et à votre traitement sur (*site web*).

La loi relative aux droits du patient prévoit que chaque praticien professionnel est tenu d'informer clairement le patient sur le traitement visé. Cette information concerne également les conséquences financières du traitement.

**1. Assurance**

Toutes les personnes résidant en Belgique ont l'obligation de s'affilier à une mutualité. L'assurance maladie, par le biais de la mutualité, paie une partie des frais liés à votre traitement médical et à votre hospitalisation. En tant que patient, vous devez également supporter une partie de ces frais. C'est la quote-part personnelle (ou le ticket modérateur). Certaines personnes peuvent, compte tenu notamment de leurs revenus et/ou de leur situation familiale, prétendre à une **intervention majorée** de la mutualité (aussi appelée tarif préférentiel). En cas d'hospitalisation, ces personnes paient une quote-part personnelle inférieure à celle payée par un assuré ordinaire. N'hésitez pas à demander à votre mutualité si vous avez droit à l'intervention majorée.

Les personnes qui ne sont **pas en ordre** au niveau de l'assurance maladie obligatoire doivent supporter elles-mêmes tous les frais liés à leur hospitalisation. Ces frais peuvent être considérables. Il est donc extrêmement important que vous soyez en ordre au niveau de votre assurance maladie obligatoire. En cas de problème, prenez contact avec votre mutualité le plus rapidement possible.

Certaines interventions (notamment celles à caractère **purement esthétique**) ne sont pas remboursées par la mutualité. Dans ce cas, vous devez payer vous-même la totalité des frais liés à votre hospitalisation (traitement médical et séjour), même si vous bénéficiez de l'intervention

majorée. Nous vous invitons à vous adresser à votre médecin ou à votre mutualité pour des informations sur les possibilités de remboursement de certaines interventions.

Si votre hospitalisation est due à un **accident du travail**, veuillez le signaler lors de votre admission. Si l'assurance Accidents du travail reconnaît l'accident, elle paiera directement les frais à l'hôpital. Certains frais ne sont jamais remboursés par l'assurance Accidents du travail. C'est le cas, par exemple, des suppléments pour chambre individuelle : ces suppléments sont à votre charge.

Si vous avez souscrit une **assurance hospitalisation complémentaire**, votre compagnie d'assurances peut éventuellement intervenir, elle aussi, dans les frais liés à votre hospitalisation. Seule votre compagnie d'assurances peut vous informer sur les frais qu'elle remboursera ou non. Informez-vous auprès de votre assureur.

Si vous n'êtes pas dans l'une des situations précitées (par exemple : patient à charge d'un CPAS, patient assuré dans un autre État membre de l'Union européenne, ...), prenez contact avec le service social de l'hôpital pour de plus amples informations sur vos droits.

## 2. Choix de la chambre

Le type de chambre que vous choisissez pour votre séjour a une influence déterminante sur le coût de votre hospitalisation. Le choix de la chambre n'a aucun impact sur la qualité des soins dispensés ou sur la possibilité de choisir librement votre médecin.

En tant que patient, vous pouvez opter pour :

- une chambre commune,
- une chambre à deux lits,
- une chambre individuelle.

Si, en cas d'hospitalisation avec nuitée, vous occupez une chambre commune ou une chambre à deux lits, vous ne paierez **ni suppléments de chambre, ni suppléments d'honoraires**.

Si vous optez expressément pour une chambre individuelle (et que vous y séjournez effectivement), l'hôpital peut vous facturer des **suppléments de chambre** et les médecins, des **suppléments d'honoraires**. Un séjour en chambre individuelle est donc plus coûteux qu'un séjour en chambre commune ou en chambre à deux lits.

**En choisissant un certain type de chambre, vous marquez votre accord sur les conditions financières qui y sont liées en matière de suppléments de chambre et de suppléments d'honoraires.**

- Si vous séjournez indépendamment de votre volonté dans un type de chambre plus coûteux, les conditions financières liées au type de chambre que vous aviez choisi s'appliquent. (Vous optez par exemple pour une chambre commune mais, faute de chambre commune disponible, vous recevez une chambre individuelle. Les conditions de la chambre commune s'appliquent).
- Si vous séjournez indépendamment de votre volonté dans un type de chambre moins coûteux, les conditions financières liées au type de chambre que vous occupez effectivement s'appliquent. (Vous optez par exemple pour une chambre individuelle mais, faute de chambre individuelle disponible, vous recevez une chambre commune. Les conditions de la chambre commune s'appliquent, même si vous occupez seul cette chambre).

## 3. Frais de séjour

### 1. Quote-part personnelle légale par jour

Quel que soit le type de chambre choisi, vous payez une quote-part personnelle, prévue par la loi, par jour de séjour et de soins à l'hôpital.

	<b>Bénéficiaire avec tarif préférentiel</b>	<b>Enfant, personne à charge</b>	<b>Chômeur de longue durée (isolé ou chef de ménage) et les personnes à sa charge</b>	<b>Autre bénéficiaire</b>
<b>1<sup>er</sup> jour</b>	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour
<b>À partir du</b>	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour

<b>2<sup>ème</sup> jour</b>				
<b>À partir du 91<sup>ème</sup> jour</b>	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour

Dans notre hôpital, les frais de séjour s'élèvent à xx euros par jour d'admission. Si vous n'êtes pas en règle au niveau de votre mutualité, vous devrez payer vous-même l'intégralité de ces frais.

## 2. **Supplément de chambre par jour**

Il est légalement interdit de facturer des suppléments de chambre pour un séjour en *chambre commune ou en chambre à deux lits*.

Si vous optez expressément pour une chambre individuelle et si vous y séjournez effectivement, l'hôpital peut vous facturer un supplément de chambre. Le supplément de chambre dans notre hôpital est de :

- X euros/jour (service x ou site x),
- Y euros/jour (service x ou site y).

La loi interdit de facturer au patient un supplément de chambre dans les situations exceptionnelles suivantes :

- Si votre médecin traitant estime qu'une admission en chambre individuelle est médicalement requise ;
- Si, pour des raisons d'organisation, vous occupez une chambre individuelle parce que le type de chambre choisi n'est pas disponible ;
- Si vous êtes admis ou transféré dans une unité de soins intensifs ou au service des urgences et séjournez pour la durée du séjour dans cette unité ;
- Si l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent.

## 4. **Frais pharmaceutiques**

Ces frais concernent les médicaments, les implants, les prothèses, les dispositifs médicaux non implantables, etc.

Ces frais peuvent être complètement ou partiellement à charge du patient, quel que soit le type de chambre choisi.

Pour les médicaments faisant l'objet d'une intervention de l'assurance maladie, vous payez une quote-part personnelle fixe de 0,62 euros par jour (« forfait »). Ce montant est porté en compte des frais de séjour sur votre facture d'hôpital. Les frais de séjour incluent un grand nombre de médicaments qui ne sont pas facturés à part. Vous devrez toujours payer ce forfait, que vous consommiez ou non des médicaments et quels que soient ces médicaments.

Les médicaments pour lesquels la mutualité n'intervient pas ne sont pas inclus dans ce forfait et sont intégralement à votre charge. Ils sont mentionnés à part sur la facture.

Le coût de certains implants, prothèses, dispositifs médicaux non implantables, etc. est aussi complètement ou partiellement à votre charge. Ce coût dépend du type de produit fourni et des matériaux dont est issu ce produit. Ces matériaux et produits sont prescrits par le médecin. N'hésitez pas à vous adresser à lui pour des informations sur leur nature et leur prix.

## 5. **Frais d'honoraires des médecins**

### 1. **Tarif légal**

On entend par tarif officiel ou légal, les honoraires que le médecin peut facturer au patient. Ces honoraires comprennent :

- le montant remboursé par l'assurance maladie,
- la quote-part personnelle légale (= le montant que vous devez payer en tant que patient). La prestation est parfois remboursée dans son intégralité par l'assurance maladie. Dans ce cas, aucune quote-part personnelle n'est due.

Il existe aussi des prestations qui ne font l'objet d'aucune intervention de l'assurance maladie et pour lesquelles le médecin est libre de fixer ses honoraires.

### 2. **Quote-part légale personnelle**

Quel que soit le type de chambre choisi, vous devez payer la quote-part personnelle légale (= ticket modérateur) pour votre traitement (para)médical. La quote-part personnelle légale concerne tous les

patients en ordre au niveau de leur assurance maladie. Les personnes qui ne sont pas en ordre au niveau de leur assurance maladie doivent en effet supporter elles-mêmes tous les frais liés à leur hospitalisation (voir point 1).

### 3. Supplément d'honoraires

Les médecins hospitaliers peuvent, en plus du tarif légal, facturer des suppléments d'honoraires. Ces suppléments d'honoraires sont totalement à charge du patient : aucune intervention de l'assurance maladie n'est prévue les concernant.

La loi interdit de facturer des suppléments d'honoraires si, en cas d'hospitalisation avec nuitée, vous occupez une *chambre commune ou une chambre à deux lits*.

Le supplément d'honoraires maximal facturé dans notre hôpital figure dans la déclaration d'admission et s'élève à ... %.

Si vous optez expressément pour une chambre individuelle et si vous y séjournez effectivement, tous les médecins peuvent vous facturer des suppléments d'honoraires.

- Le montant que peut facturer un médecin comme supplément d'honoraires dans notre hôpital équivaut à maximum xx % du tarif légal. Tout médecin intervenant dans le cadre de votre traitement (anesthésiste, chirurgien,...) peut facturer un supplément d'honoraires.

La loi interdit de facturer un supplément d'honoraires au patient dans les situations exceptionnelles suivantes:

- Si votre médecin traitant estime qu'une admission en chambre individuelle est médicalement requise ;
- Si, pour des raisons d'organisation, vous occupez une chambre individuelle parce que le type de chambre choisi n'est pas disponible ;
- Si vous êtes admis ou transféré dans une unité de soins intensifs ou au service des urgences et séjournez pour la durée du séjour dans cette unité ;

### 4. Admission d'un enfant accompagné d'un parent

En cas d'admission d'un enfant accompagné d'un parent, il est possible de choisir que cet enfant soit hospitalisé et soigné au tarif légal, sans supplément de chambre et sans supplément d'honoraires. L'admission d'un enfant accompagné d'un parent se fait alors dans une chambre de deux personnes ou dans une chambre commune.

Si, en cas d'hospitalisation d'un enfant accompagné d'un parent, il est expressément opté pour une chambre individuelle et si l'enfant et le parent accompagnant séjournent effectivement dans une telle chambre, l'hôpital ne peut pas facturer de suppléments de chambre. Toutefois, chaque médecin intervenant dans le cadre du traitement peut éventuellement facturer un supplément d'honoraires.

### 5. Aperçu schématique des suppléments en cas d'admission avec nuitée

	<b>Choix d'une chambre commune ou d'une chambre à deux lits</b>	<b>Choix d'une chambre individuelle</b>
<b><u>Supplément de chambre</u></b>	<b><u>NON</u></b>	<b><u>OUI</u></b>  NON, si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- votre médecin décide que votre état de santé, vos examens, votre traitement ou votre surveillance nécessitent une chambre individuelle ;</li> <li>- vous avez opté pour une chambre commune ou pour une chambre à deux lits, mais aucune n'est disponible ;</li> <li>- vous êtes admis au service Soins intensifs ou au service des urgences ;</li> <li>- l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent.</li> </ul>
		<b><u>OUI</u></b>

<b><u>Supplément d'honoraires</u></b>	<b><u>NON</u></b>	NON, si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- votre médecin décide que votre état de santé, vos examens, votre traitement ou votre surveillance nécessitent une chambre individuelle ;</li> <li>- vous avez opté pour une chambre commune ou pour une chambre à deux lits, mais aucune n'est disponible ;</li> <li>- vous êtes admis au service Soins intensifs ou au service des urgences ;</li> </ul>
---	-------------------	--

## 6. Facturation

**Tous les suppléments d'honoraires seront facturés par l'hôpital.**

**Ne les payez jamais directement au médecin.**

**N'hésitez pas à demander au médecin traitant des informations sur ses suppléments d'honoraires.**

## 6. Autres frais divers

Durant votre séjour à l'hôpital, il vous est possible, pour des raisons médicales et/ou pour une question de confort, de faire usage d'un certain nombre de produits et services (par exemple : téléphone, eau minérale, internet, etc.).

Les frais de séjour (linge de lit, repas, etc.) d'un accompagnant qui n'a pas été admis comme patient et qui reste à votre chevet seront également facturés comme « frais divers ».

Ces frais seront entièrement à votre charge, quel que soit le type de chambre choisi.

Le récapitulatif des prix de ces produits et services peut être consulté ... (*indiquer l'endroit exact dans l'hôpital*) ainsi que sur le site web de l'hôpital.

Ci-après, quelques exemples de services et produits très demandés :

- confort de la chambre : téléphone, réfrigérateur, télévision et connexion internet ;
- repas et boissons : repas supplémentaires, en-cas, snacks et boissons ;
- produits d'hygiène : articles de toilette de base (savon, dentifrice, eau de Cologne, ...) et nécessaire de toilette (peigne, brosse à dents, nécessaire de rasage, mouchoirs en papier, ...)
- lessive (linge personnel) ;
- Accompagnant : occupation d'une chambre ou d'un lit, repas et boissons ;
- autres biens et services divers : autres biens très demandés (biberons, tétines, tire-lait, béquilles, boules Quies, petit nécessaire de bureau, ...) et services très demandés (manucure, pédicure, coiffeur, ...)

## 7. Acomptes

L'hôpital peut demander un acompte par période de séjour de 7 jours. Le montant des acomptes est limité par la loi.

	<b>Bénéficiaire avec tarif préférentiel</b>	<b>Enfants en qualité de personnes à charge</b>	<b>Autre bénéficiaire</b>
<b>Chambre commune ou chambre à deux lits</b>	50 euros	75 euros	150 euros
<b>Chambre individuelle</b>	X euros	X euros	X euros

Si l'hôpital est informé du fait que vous bénéficiez du maximum à facturer, un acompte ne peut vous être demandé que pour un séjour en chambre individuelle, et non pour un séjour en chambre à deux lits ou en chambre commune.

**8. Divers**

Tous les montants mentionnés dans le présent document peuvent faire l'objet d'une indexation et, par conséquent, être modifiés durant la période d'hospitalisation.  
Ces montants s'appliquent aux patients qui sont en règle au niveau de leur assurance maladie obligatoire (voir point 1).

**Vous avez d'autres questions concernant les frais liés à votre traitement médical ou à votre séjour à l'hôpital?**

Nous vous invitons à contacter en premier lieu (*tél. xx, e-mail xxx nom de la personne de contact ou du service*) ou votre médecin traitant.

Vous pouvez aussi vous adresser à votre mutualité.

Au besoin, le service social (*coordonnées*) et le service de médiation de notre hôpital (*coordonnées*) se tiennent également à votre disposition.

Vous trouverez de plus amples informations sur les frais liés à votre séjour et à votre traitement sur (*site web*).

La loi relative aux droits du patient prévoit que chaque praticien professionnel est tenu d'informer clairement le patient sur le traitement visé. Cette information concerne également les conséquences financières du traitement.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe 8. Modèle selon lequel les données visées à l'article 270, 4°,  
doivent être fournies

1. Données d'identification

Nom de l'hôpital de revalidation : .....

Numéro d'agrément :  
.....

2. Données mensuelles à transmettre tous les trimestres :

Mois : .....	G	Sp card pulm	Sp loco	Sp neuro	Sp chron	Sp psycho gér	total
2.1. Nombre de lits agréés							
2.2. Nombre de journées réalisées							
2.2.1. L'Alliance Nationale des Mutualités Chrésiennes							
2.2.2. L'Union Nationale des Mutualités Socialistes							
2.2.3. L'Union Nationale des Mutualités Libérales							
2.2.4. L'Union Nationale des Mutualités Libres							
2.2.5. L'Union Nationale des Mutualités Neutres							
2.2.6. La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité							
2.2.7. La Société Nationale des Chemins de fer belges							
2.2.8. Total pour les organismes assureurs mentionnés à l' <a href="#">article 20, § 1er</a>							
2.2.9. Office National de Sécurité Sociale, en ce qui concerne la sécurité sociale d'outre-mer							
2.2.10. Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie- Invalidité, en ce qui concerne les invalides de guerre, les anciens combattants et les victimes de guerre							
2.2.11. marins							
2.2.12. Total pour les organismes assureurs mentionnés à l' <a href="#">article 23</a>							
2.2.13. Centres publics d'action sociale							
2.2.14. Total général							
2.3. Nombre d'admissions							
2.3.1. L'Alliance Nationale des Mutualités Chrésiennes							
2.3.2. L'Union Nationale des Mutualités Socialistes							
2.3.3. L'Union Nationale des Mutualités Libérales							
2.3.4. L'Union Nationale des Mutualités Libres							
2.3.5. L'Union Nationale des Mutualités Neutres							
2.3.6. La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité							
2.3.7. La Société Nationale des Chemins de fer belges							
2.3.8. Total pour les organismes assureurs mentionnés à l' <a href="#">article 20, § 1er</a>							
2.3.9. Office National de Sécurité Sociale, en ce qui concerne la sécurité sociale d'outre-mer							
2.3.10. Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie- Invalidité, en ce qui concerne les							

	invalides de guerre, les anciens combattants et les victimes de guerre							
2.3.11.	marins							
2.3.12.	Total pour les organismes assureurs mentionnés à l' <a href="#">article 23</a>							
2.3.13.	Centres publics d'action sociale							
2.3.14.	Total général							
2.4.	Nombre de sorties							
2.4.1.	L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes							
2.4.2.	L'Union Nationale des Mutualités Socialistes							
2.4.3.	L'Union Nationale des Mutualités Libérales							
2.4.4.	L'Union Nationale des Mutualités Libres							
2.4.5.	L'Union Nationale des Mutualités Neutres							
2.4.6.	La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité							
2.4.7.	La Société Nationale des Chemins de fer belges							
2.4.8.	Total pour les organismes assureurs mentionnés à l' <a href="#">article 20, § 1er</a>							
2.4.9.	Office National de Sécurité Sociale, en ce qui concerne la sécurité sociale d'outre-mer							
2.4.10.	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, en ce qui concerne les invalides de guerre, les anciens combattants et les victimes de guerre							
2.4.11.	marins							
2.4.12.	Total pour les organismes assureurs mentionnés à l' <a href="#">article 23</a>							
2.4.13.	Centres publics d'action sociale							
2.4.14.	Total général							

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des hôpitaux de revalidation.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,  
J. VANDEURZEN



## Annexe 9. Numéros d'agrément visés à l'article 191

## 1. Numéros d'agrément visés à l'article 191, § 2.

numéro d'agrément	structure de revalidation
7.71.011.42	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw
7.71.018.35	Ziekenhuis Inkendaal
7.71.020.33	Revalidatiecentrum NAH
7.71.023.30	Transmuraal Multiple Sclerose Team (TMST - MS Centrum)
7.72.011.12	Tsedek
7.72.020.03	Revalidatiecentrum Inghelburg
7.72.026.94	Revalidatiecentrum Hasselt (Reval-Hasselt)
7.72.027.93	Vzw Validag
7.72.029.91	Psychosociaal revalidatiecentrum TG De Evenaar
7.72.031.89	Vzw Walden (SONAR)
7.72.032.88	Psychosociaal revalidatiecentrum Mirabello
7.72.033.87	Route 11 (psychosociaal revalidatiecentrum Kempen)
7.72.036.84	Centrum voor psychische revalidatie Hedera
7.72.037.83	Psychosociaal revalidatiecentrum De Mare
7.72.038.82	RC De Keerkring
7.72.041.79	Psychosociaal revalidatiecentrum Perron 70
7.72.042.78	Revalidatiecentrum TOV
7.72.043.77	Psychosociaal revalidatiecentrum Pastel
7.72.045.75	Psychosociaal revalidatiecentrum Parcoer
7.73.007.83	Antwerps Drugs Interventie Centrum (ADIC)
7.73.008.82	De Sleutel internaatsafdelingen
7.73.015.75	Dagcentrum De Sleutel Antwerpen-Mechelen-Gent-Brugge
7.73.009.81	Katarsis vzw
7.73.011.79	Kompas vzw (hospitalisés)
	Kompas vzw (ambulatoire)
7.73.014.76	De Kiem (hospitalisés)

	De Kiem (ambulatoire)
7.73.020.70	De Spiegel (hospitalisés)
	De Spiegel (ambulatoire)
7.73.021.69	MSOC voor druggebruikers Gent
7.73.022.68	MSOC Free Clinic vzw
7.73.023.67	MSOC Limburg
7.73.030.60	MSOC Oostende
7.73.032.58	MSOC Vlaams Brabant
7.73.034.56	Residentieel Kortdurend Jongerenprogramma van De Sleutel
7.74.003.57	De Appelboom vzw
7.74.004.56	De Dauw vzw
7.74.017.43	Centrum voor Ontwikkelingstherapie (COT)
7.74.051.09	GAUZZ
7.74.503.42	Moeder-babyéénheid PZ Bethaniënhuis
7.74.504.41	Moeder-babyéénheid PZ Sint-Camillus
7.76.502.80	Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren
7.76.702.74	Villa Rozerood vzw
7.76.703.73	Revalidatiecentrum Pulderbos – Respijteenheid Limmerik
9.69.004.26	UZ Leuven Revalidatiecentrum voor slechtzienden - Stadscampus
9.69.006.24	Centrum voor Visuele Revalidatie De Markgrave
9.69.008.22	Centrum voor Visuele Revalidatie en Low-Vision UZ Gent
9.69.009.21	Visuele revalidatie en low vision UZ Antwerpen

2. Numéros d'agrément visés à l'article 191, § 3.

numéro d'agrément	structure de revalidation
9.53.015.10	UZ Gent Centrum voor Gehoor- en Spraak revalidatie
9.53.069.53	CAR St.-Lievenspoort
9.53.073.49	Elora Centrum voor Ambulante Revalidatie
9.53.081.41	Revalidatie- en Hoorcentrum Spermalie

9.53.082.40	UZ Gasthuisberg Revalidatiecentrum voor gehoor- en spraakgestoorden
9.53.104.18	Vzw CAR Brussel
9.53.237.79	CAR Ter Kouter vzw
9.53.245.71	CAR Wegwijs vzw
9.53.253.63	CAR Hasselt
9.53.265.51	Antwerps revalidatiecentrum vzw
9.53.334.79	CAR Oostakker
9.53.356.57	CAR Genk
9.53.361.52	Vlaamse Gemeenschapscommissie Revalidatiecentrum De Poolster
9.53.365.48	CAR NOK-centrum
9.53.406.07	Het Veer Revalidatiecentrum vzw
9.53.416.94	CAR Stappie vzw
9.53.421.89	Universitair Revalidatiecentrum voor Communicatiestoornissen UZA
9.53.464.46	CAR Therapeutisch Zorgpunt N
9.53.467.43	CAR Horizon
9.53.494.16	Centrum voor Spraak- en Taalpathologie
9.53.495.15	CAR Noordhoek (St. Rembert)
9.53.516.91	Centrum voor Ambulante Revalidatie De Klinker
9.53.518.89	Revalidatiecentrum voor Taal- en Ontwikkelingsproblemen
9.53.579.28	CAR De Klinker vzw
9.53.593.14	CAR Vijfhoek
9.53.606.01	CAR Antenne 3000 vzw
9.53.607.97	CAR DAT
9.53.608.96	CAR Medische Sociale Instellingen Midden-Vlaanderen
9.53.991.04	Zeplin CAR Woluwe
9.53.992.03	Revalidatiecentrum Overleie vzw
9.65.062.88	CAR Turnhout
9.65.088.62	Zeplin CAR Lovenjoel
9.65.105.45	CAR De Klinker vzw

9.65.181.66	CAR Kapelhof vzw
9.65.182.65	CAR Bolt vzw
9.65.192.55	CAR De Klinker vzw
9.65.244.03	Revalidatiecentrum Noorderkempen
9.65.246.01	CAR 't Vlot
9.65.248.96	CAR Accent vzw
9.65.263.81	CAR De Kindervriend
9.65.264.80	CAR t Veld vzw
9.65.292.52	CAR Buggenhout
9.65.304.40	CAR De Klinker vzw
9.65.415.26	CAR Impuls vzw
9.65.423.18	Waas Revalidatiecentrum vzw
9.65.496.42	Centrum voor Functionele Revalidatie vzw
9.65.572.63	CAR Land van Halle & Asse vzw
9.65.583.52	Revalidatiecentrum Ter Linde vzw
9.65.603.32	Revalidatiecentrum Ter Linde vzw
9.65.608.27	CAR Zuiderkempen

3. Numéros d'agrément visés à l'article 191, § 4.

numéro d'agrément	structure de revalidation
7.74.601.41	Expertisecentrum voor ASS UZ Leuven Gasthuisberg
7.74.604.38	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen Antwerpen
7.74.605.37	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Gent
7.74.606.36	Referentiecentrum Autismespectrumstoornissen UZ Brussel

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 portant exécution du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,  
G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,  
J. VANDEURZEN

—————  
VLAAMSE OVERHEID

[C – 2019/30024]

**7 DECEMBER 2018. — Besluit van de Vlaamse Regering tot erkenning van de master in de dans en de Master of Dance als nieuwe opleidingen van de Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen**

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op de Codex Hoger Onderwijs van 11 oktober 2013, bekrachtigd bij het decreet van 20 december 2013, artikel II.88, artikel II.152, het laatst gewijzigd bij het decreet van 18 mei 2018, en artikel II.153, het laatst gewijzigd bij het decreet van 18 mei 2018;

Gelet op het positieve oordeel van de Commissie Hoger Onderwijs over de macrodoelmatigheid, gegeven op 31 mei 2017;

Gelet op het positieve toetsingsrapport van 13 november 2018 van de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie;

Overwegende het positief oordeel van de Commissie Hoger Onderwijs van 31 mei 2017 tot het organiseren van de anderstalige masteropleiding Master of Dance;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 27 november 2018;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Onderwijs;

Na beraadslaging,

Besluit :

**Artikel 1.** De masteropleiding 'master in de dans', met specificatie of Arts, wordt erkend als nieuwe opleiding van de Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen, vestiging Antwerpen.

De opleiding, vermeld in het eerste lid, is ondergebracht in het studiegebied Muziek en podiumkunsten. De studieomvang van de opleiding bedraagt zestig studiepunten en de onderwijstaal is Nederlands.

De opleiding, vermeld in het eerste lid, kan worden georganiseerd vanaf het academiejaar 2019-2020.

**Art. 2.** De masteropleiding 'Master of Dance', met specificatie of Arts, wordt erkend als nieuwe opleiding van de Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen, vestiging Antwerpen.

De opleiding, vermeld in het eerste lid, is ondergebracht in het studiegebied Muziek en podiumkunsten. De studieomvang van de opleiding bedraagt zestig studiepunten en de onderwijstaal is Engels.

De opleiding, vermeld in het eerste lid, kan worden georganiseerd vanaf het academiejaar 2019-2020.

**Art. 3.** De Vlaamse minister, bevoegd voor het onderwijs, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,  
G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Onderwijs,  
H. CREVITS