

**GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION
GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN**

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2021/43485]

**26 NOVEMBER 2021. — Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van regelgeving
in het kader van de Vlaamse sociale bescherming**

Rechtsgronden

Dit besluit is gebaseerd op:

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

- de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 92, eerste lid, artikel 95, tweede lid, artikel 98, eerste lid, artikel 99, artikel 100, tweede lid, artikel 105, 108 en 114, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018, artikel 115, eerste lid, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 115, tweede lid, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018 en gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 115, vijfde lid, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018, artikel 116, vervangen bij het decreet van 6 juli 2018 en gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 152, § 3;

- het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap, artikel 4, derde lid, en artikel 5, § 2;

- het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 22, tweede lid, artikel 37, § 1, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 41, § 2, tweede lid, toegevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 43 en 44, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 45, § 1, tweede lid, artikel 45, § 1, vierde lid, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 45, § 1, zesde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 45, § 2, eerste lid, artikel 49, § 3, derde en vierde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 49, § 3/1, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 49, § 7, artikel 49, § 5 en § 8, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 50 en 51, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 54, tweede lid, artikel 60, eerste en vierde lid, artikel 60, tweede, derde en vierde lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 76, § 1, § 2 en § 4, artikel 76, § 5, gewijzigd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 76/1 en 76/2, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 78, tweede lid, artikel 80, § 3 en § 5, artikel 84, § 1, tweede lid, artikel 86, tweede lid, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 88, § 3, artikel 92, § 5, artikel 96, § 1 en § 2, artikel 105, § 2, eerste lid, artikel 107, 3°, artikel 109, tweede lid, artikel 123, artikel 126, § 1, § 2 en § 4, artikel 129, tweede en derde lid, artikel 145, § 2, derde lid, artikel 148, § 2, derde lid, artikel 150, § 2, derde lid, artikel 152, § 2, derde lid, artikel 154/17, artikel 154/18, ingevoegd bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 185 en artikel 188, eerste lid;

- het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, artikel 13, § 2, tweede lid, § 4 en § 5, vervangen bij het decreet van 18 juni 2021, artikel 18, eerste lid, artikel 20, artikel 21, eerste en tweede lid, en artikel 24, § 1;

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

Vormvereisten

De volgende vormvereisten zijn vervuld:

- De Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, zijn akkoord werd aangevraagd op 4 juni 2021;

- De Vlaamse toezichtcommissie voor de verwerking van persoonsgegevens heeft advies nr. 2021/63 gegeven op 20 juli 2021;

- De Raad van State heeft advies nr. 70.246/3 gegeven op 29 oktober 2021, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

Initiatiefnemer

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

Na beraadslaging,

DE VLAAMSE REGERING BESLUIT:

HOOFDSTUK 1. — Wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen

Artikel 1. In de bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen, het laatst gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019, wordt de zinsnede “- de administratieve beroepscommissie, vermeld in artikel 144 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming” opgeheven.

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

Art. 2. In artikel 1 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse Regering van 7 december 2018, 15 maart 2019, 28 juni 2019 en 4 december 2020, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

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

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

“5°/1 besluit van 7 december 2018: het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging;;

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

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

a) een persoonlijke assistentiebudget als vermeld in hoofdstuk IV/1 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap;

b) ondersteuning door een multifunctioneel centrum voor minderjarige personen met een handicap met toepassing van artikel 7 of 9, § 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 februari 2016 houdende erkenning en subsidiëring van multifunctionele centra voor minderjarige personen met een handicap;

c) persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 10 maart 2017 over persoonsvolgende middelen voor minderjarige personen met een handicap met dringende noden;

d) een budget voor niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning;;”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2° het derde lid wordt vervangen door wat volgt:

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

1° de gebruikers hebben recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, vermeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, op 1 januari van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop de premie betrekking heeft;

2° voor de vervulling van de voorwaarde, vermeld in artikel 45, § 1, vijfde lid, 1°, van het decreet van 18 mei 2018, worden de volgende kalenderjaren als een jaar beschouwd:

a) een kalenderjaar waarvan de gebruiker minstens een dag in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont;

b) een kalenderjaar waarin de gebruiker op 1 januari sociaal verzekerd is in een lidstaat van de Europese Unie, in een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte, of in Zwitserland;

3° de vijf opeenvolgende jaren, vermeld in artikel 45, § 1, vijfde lid, 1°, van het decreet van 18 mei 2018, gaan vooraf aan het jaar waarop de premie betrekking heeft;

4° de gebruikers voldoen aan de inburgeringsplicht, vermeld in artikel 45, § 1, vijfde lid, 2°, van het decreet van 18 mei 2018, op 1 januari van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop de premie betrekking heeft;;

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

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

“Art. 70. Het geïnde bedrag aan premies wordt toegekend aan het minst recente jaar waarvoor de verschuldigde premie voor de Vlaamse sociale bescherming niet of niet volledig is betaald. Jaren waarin premies niet volledig zijn betaald en waarvoor de achterstallen nog aanleiding kunnen geven tot een administratieve geldboete, krijgen daarbij voorrang.”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2° op schriftelijk verzoek van de betrokkene.”.

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

“Titel 1/1. Zorgbudgetten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Titel 4. Revalidatieziekenhuizen

Art. 111/1. Met het oog op de meldingen, vermeld in artikel 534/59, over de gebruiker bezorgt de gebruiker zijn INSZ-nummer aan het revalidatieziekenhuis.

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

1° de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten;

2° de verzekeringsstatus van de gebruiker;

3° de voor- en achternaam van de gebruiker;

4° de geboortedatum van de gebruiker;

5° het geslacht van de gebruiker;

6° de hoofdverblijfplaats van de gebruiker;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Titel 5. Multidisciplinair overleg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° een kalenderjaar waarvan de gebruiker minstens een dag in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont;

2° een kalenderjaar waarin de gebruiker op 1 januari sociaal verzekerd is in een lidstaat van de Europese Unie, in een andere staat die partij is bij de Europese Economische Ruimte, of in Zwitserland.

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

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

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

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

“Art. 132. Als zorgtickets, tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen of tegemoetkomingen aan deelnemers aan het multidisciplinair overleg ten onrechte uitbetaald zijn aan een zorgvoorziening, aan een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen via een trekkingsrecht, of aan een deelnemer aan het multidisciplinair overleg, wordt de tegemoetkoming teruggevorderd van of in mindering gebracht bij de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg in kwestie.

Als een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de zorgtickets, de tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen of de tegemoetkomingen aan deelnemers aan het multidisciplinair overleg voor eigen rekening heeft geïnd, is die samen met de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling.”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) in punt 1°:

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

2) wordt tussen het woord “mobiliteitshulpmiddelen” en het woord “het” de zinsnede “of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg, als er geen afbetalingsplan van de zorgkas is,” ingevoegd;

3) worden tussen het woord “mobiliteitshulpmiddelen” en het woord “niet” de woorden “of tegemoetkomingen voor deelnemers aan het multidisciplinair overleg” ingevoegd.

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

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

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

a) het woord “of” wordt vervangen door een komma;

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

Art. 23. In hetzelfde besluit worden een artikel 134/1 tot en met 134/2 ingevoegd, die luiden als volgt:

“Art. 134/1. § 1. Van de terugvordering van tegemoetkomingen die ten onrechte uitbetaald zijn aan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg wordt afgezien als de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkoming louter het gevolg is van een vergissing van de zorgkas of van een administratieve dienst of instelling, waarvan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg zich normaal geen rekenschap kan geven en waarvan de zorgkas geen melding aan de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg heeft gemaakt binnen twee maanden.

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

Art. 134/2. De zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg kan tegen de beslissing tot terugvordering of het in mindering brengen conform artikel 132 van dit besluit een administratief beroep als vermeld in artikel 76, § 5, van het decreet van 18 mei 2018, aantekenen bij het agentschap.

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

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

De leidend ambtenaar of een ambtenaar die hij aangewezen heeft, neemt een beslissing over het administratief beroep.”.

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

1° het eerste lid wordt opgeheven;

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

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

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

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

HOOFDSTUK 1. — *Algemeen*

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

1° de betalingsverbintenissen van de zorgkassen;

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

3° de goedkeuring van de tegemoetkomingsaanvraag.

HOOFDSTUK 2. — *Bedrog*

Art. 137/2. De zorgkas of de gebruiker kan de ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog bij de zorgvoorziening, de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen of de deelnemer aan het multidisciplinair overleg melden aan het agentschap.

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

Na het onderzoek van de verveermiddelen, of als hij geen verveermiddelen 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 verveermiddelen en rapporteert aan het agentschap. Het agentschap neemt de beslissing op basis van het rapport van de zorginspectie. Als het agentschap beslist de uitbetalingen te schorsen, bepaalt het de duur van de periode van de schorsing. Het agentschap bepaalt ook of de schorsing geheel of gedeeltelijk is.

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

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

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

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

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

Het presentiegeld per vergadering wordt door de minister vastgesteld. De minister kan een maximumaantal vergaderingen per jaar bepalen waarvoor een presentiegeld wordt toegekend en kan bepalen dat twee of meer vergaderingen van de administratieve beroepscommissie op dezelfde dag gelden als één vergadering.

§ 2. De minister kan bepalen dat de leden van de administratieve beroepscommissie en hun plaatsvervaarders een vergoeding ontvangen voor de reiskosten die zijn verbonden aan de deelname aan de vergaderingen, en legt de vergoeding in voorkomend geval vast.

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

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

1° in punt 5° worden voor het woord “bijkomende” de woorden “zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte of” ingevoegd;

2° er wordt een punt 8° toegevoegd, dat luidt als volgt:

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

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

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

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

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

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

1° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 7 of 8 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 1;

2° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 9 tot 11 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 2;

3° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 12 tot 14 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 3;

4° de gebruiker van wie de graad van zelfredzaamheid op 15 of 16 punten wordt vastgesteld, behoort tot categorie 4;

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

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

“§ 3. In afwijking van paragraaf 1 en paragraaf 2, eerste lid, worden gebruikers bij wie de verminderde zelfredzaamheid al geëvalueerd is conform artikel 10/20 van het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid of conform artikel 2 of 55 van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 28 januari 2021 tot uitvoering van de ordonnantie van 10 december 2020 betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, ingedeeld in een van de categorieën, vermeld in paragraaf 2, tweede lid, op basis van het resultaat van de evaluatie die al uitgevoerd is, op voorwaarde dat die evaluatie nog geldig is.”

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

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

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

2° er wordt een tweede lid toegevoegd, dat luidt als volgt:

“De gebruiker wendt zich met het medisch voorschrift, vermeld in het eerste lid, tot een verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen van zijn keuze die, in overeenstemming met het medisch voorschrift, een evaluatie maakt van het mobiliteitshulpmiddel waarvoor de gebruiker in aanmerking komt.”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Boek 3/4. Revalidatieziekenhuizen

DEEL 1. — *Definities*

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

1° BMUC: Belgian Meaningful Use Criteria;

2° budget: het budget, vermeld in artikel 95 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, dat voor ieder revalidatieziekenhuis afzonderlijk wordt vastgesteld en vereffend;

3° dienstjaar: de periode die begint op 1 januari van een jaar en die op 31 december van hetzelfde jaar eindigt voor de revalidatieziekenhuizen;

4° gecoördineerde wet van 10 juli 2008: de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;

5° kostenplaats: een kostenplaats als vermeld in bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen;

6° koninklijk besluit van 25 april 2002: het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

7° patiënt: een gebruiker aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt of zal worden verstrekt in een revalidatieziekenhuis;

8° vzw IFIC: het Instituut voor Functieclassificatie vzw - l'Institut de Classification de Fonctions asbl;

9° tijdelijke afwezigheid: de periode waarin de patiënt die in een revalidatieziekenhuis opgenomen is, het revalidatieziekenhuis verlaat zonder dat een einde wordt gesteld aan de zorg door een kennisgeving aan de zorgkas als vermeld in artikel 534/65, en zonder dat hij naar een ander revalidatieziekenhuis of ziekenhuis wordt overgebracht.

DEEL 2. — *Vaststelling van het budget*

TITEL 1. — *Algemene bepalingen*

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

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

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

1° het basisbudget;

2° het voorwaardelijke budget;

3° het jaarlijks herrekende budget;

4° het corrigerende budget.

TITEL 2. — *Het basisbudget, vermeld in artikel 534/15, 1°*

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

Om de recurrente koopkrachtverhoging door middel van de verhoging van de eindejaarstoelage vanaf het jaar 2021, ter uitvoering van het Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non-profitsectoren vanaf het dienstjaar 2022, te financieren, wordt in het basisbudget van de publieke revalidatieziekenhuizen in een budget voorzien.

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

Het budget, vermeld in artikel 534/16, tweede lid, bedraagt 110.521,86 euro. Dat budget wordt verhoogd met een factor die de stijging van de loonkosten uitdrukt op basis van de evolutie van de index, van de anciënniteit en van het aantal voltijds equivalenten.

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

TITEL 3. — *Het voorwaardelijke budget, vermeld in artikel 534/15, 2°*

HOOFDSTUK 1. — *Onderdelen*

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

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

HOOFDSTUK 2. — *Bedrag om de kwaliteitsbewaking te bevorderen*

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

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK 3. — *Bedrag om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier te bevorderen*

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

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

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

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

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

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

De sokkel per erkend bed, vermeld in artikel 534/20, tweede lid, 2°, wordt elk jaar berekend. Voor de vastlegging van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met de erkende bedden, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op het ogenblik van de berekening van het budget. Die sokkel bedraagt 10% van het beschikbare bedrag, vermeld in artikel 534/20, tweede lid, per dienstjaar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITEL 4. — *Het jaarlijks herrekkende budget, vermeld in artikel 534/15, 3°*

HOOFDSTUK 1. — *Onderdelen*

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

1° het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen;

2° het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie;

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

HOOFDSTUK 2. — *Het bedrag ter compensatie van de eindeloopbaanmaatregelen*

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

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

2° personeelsleden:

a) het verplegend en verzorgend personeel, vermeld in artikel 8, 5° en 8°, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008. Onder verzorgend personeel worden ook de werknemers verstaan die vallen onder een loonschaal die ermee overeenstemt;

b) de sociaal verpleegkundigen;

c) de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten en de diëtisten;

d) de opvoeders-begeleiders die in de zorgteams geïntegreerd zijn;

e) de maatschappelijke assistenten en de psychologische assistenten in de zorgunits of die in het therapeutische programma geïntegreerd zijn;

f) de psychologen, de orthopedagogen en de pedagogen in de zorgunits of die in het therapeutische programma geïntegreerd zijn;

g) de laboratoriumtechnologen;

h) de technologen van de medische beeldvorming;

i) de technici van medisch materiaal, in het bijzonder in de sterilisatiediensten;

j) het patiëntenvervoer;

k) de logistieke assistenten;

l) de assistenten in de ziekenhuisverzorging;

m) de personen, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

3° verantwoorde afwezigheidsperiode: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden met werkdagen of werkuren, als ze aanleiding gegeven hebben tot het betalen van een vergoeding door de instelling. Daarin zitten ook de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op beschikbaarheid is gesteld.

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

§ 2. Om de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt in het jaarlijks 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 voormelde protocolakkoord voorziet in de volgende voordelen en als de betrokken personeelsleden die voordelen ook daadwerkelijk krijgen:

1° de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uur, 192 uur of 288 uur per jaar. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de bovenvermelde respectieve leeftijdsgrenzen bereikt worden. De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen ook opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26%, 10,52% of 15,78%, berekend op hun voltijdse wedde. Bij combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur. De personeelsleden werken binnen het revalidatieziekenhuis. Het personeel dat werkt in de diensten die beschouwd worden als niet-ziekenhuisactiviteiten, valt buiten beschouwing als vermeld in punt 3.3 van bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, met uitzondering van de personen die onder kostenplaats 900 tot en met 909 vallen;

2° het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een gelijk aantal uren van vrijstelling van prestaties of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie die gelijk is aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie. Aan de werknemers van de privésector die deeltijds tewerkgesteld zijn, zal, rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid, voorgesteld worden om binnen de voorwaarden, vermeld in artikel 4 van de bovenvermelde collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35, de wekelijkse arbeidsduur die ingeschreven is in hun arbeidsovereenkomst, automatisch te verhogen. Ze krijgen eventueel een vrijstelling van de prestaties op basis van hun nieuwe contract. Bij de werknemers van de publieke sector die deeltijds tewerkgesteld zijn en voor wie de eindeloopbaanmaatregelen gelden, is de werkgever ertoe gehouden hen drie maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in het kader voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur, ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst, verhoogd wordt naar rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties dat bepaald is voor de leeftijdscategorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede in het stelsel of zijn hoger recht in het kader van de eindeloopbaan aan de werkgever ofwel zijn akkoord met die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur te betekenen ofwel zijn weigering mee te delen. In dat laatste geval geldt voor de werknemer de vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties die is bepaald voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort, in verhouding tot zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer;

3° de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever verricht hebben in een of meer functies, waardoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties, namelijk prestaties op zaterdag, zondag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten, of elke andere vergoeding die valt onder een collectieve arbeidsovereenkomst of een protocolakkoord, ontvangen hebben, of die een compensatierust door die prestaties gekregen hebben, worden gelijkgesteld met personeelsleden. De verantwoorde 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° voor de begunstigde personen van de eindeloopbaanmaatregelen vóór 1 oktober 2005 blijven die eindeloopbaanmaatregelen gelden. De begunstigde personen van de eindeloopbaanmaatregelen die vóór 1 oktober 2005 worden ingesteld, die de keuze van loonpremie hebben gemaakt, blijven de loopbaanpremie krijgen;

5° de werknemers die vrijgesteld zijn van prestaties, worden nog altijd beschouwd als werknemers die hun contractuele of statutaire arbeidsduur behouden;

6° de optie van vrijstelling is altijd definitief. Het behoud van de prestaties met premie kan daarentegen op elk ogenblik in een vrijstelling van arbeidsprestaties worden omgezet.

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

De volgende personeelscategorieën gelden:

1° personeelscategorie a: de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in de ziekenhuisverzorging;

2° personeelscategorie b: de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten, de diëtisten, de opvoeders-begeleiders, geïntegreerd in zorgteams, de maatschappelijke assistenten en de psychologische assistenten in zorgteams of geïntegreerd in het therapeutische programma, de psychologen, de orthopedagogen en de pedagogen in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutische programma, de laboratoriumtechnologen en de technologen van de medische beeldvorming;

3° personeelscategorie c: de verzorgenden en de werknemers, vermeld in artikel 152 en 153 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

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

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

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

a) Aa: 52.601,64 euro voor categorie a;

b) Ab: 52.601,64 euro voor categorie b;

c) Ac: 42.867,02 euro voor categorie c;

d) Ad: 42.826,30 euro voor categorie d;

e) T1: het wekelijkse aantal vrijgestelde uren dat de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, of de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt, compenseert;

f) S: de wekelijkse arbeidsregeling die toegepast wordt in het revalidatieziekenhuis;

g) N: het jaarlijkse aantal werkuren dat de werkgever moet bezoldigen ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het jaar in kwestie in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen;

h) Y: het theoretische aantal jaarlijkse werkuren dat de werknemer die ter compensatie in dienst genomen is, ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn daad van individuele benoeming of het aanhangsel bij zijn arbeidsovereenkomst, in geval van verhoging van de werktijd, moet presteren;

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

a) Aa: 72.569,30 euro voor categorie a;

b) Ab: 72.569,30 euro voor categorie b;

c) Ac: 54.048,80 euro voor categorie c;

d) Ad: 48.836,69 euro voor categorie d;

e) H: het equivalent van het wekelijkse aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer ten opzichte van zijn leeftijd;

f) T2: het aantal per week te presteren uren dat voortvloeit uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, die in voorkomend geval uitgeoefend zijn in de functie waarvoor de maatregel geldt;

g) S: de wekelijkse arbeidsregeling, toegepast in het revalidatieziekenhuis;

h) N: het jaarlijkse aantal werkuren dat de werkgever bezoldigt in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het jaar in kwestie;

i) Y: het theoretische jaarlijkse aantal werkuren dat de begunstigde moet presteren volgens zijn arbeidsovereenkomst of zijn individuele benoeming.

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

1° een uniek identificatienummer per personeelslid;

2° de geboortedatum;

3° de functie;

4° de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven;

5° de kostenplaats waar de lasten in rekening worden gebracht;

6° het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat het personeelslid kan verkrijgen ten opzichte van zijn leeftijd;

7° de wekelijkse uurregeling in het revalidatieziekenhuis;

8° het aantal uren dat het personeel moet presteren, zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte, in voorkomend geval verminderd naar verhouding van de prestaties die het personeelslid verricht heeft in de functie die het voordeel van de maatregel, vermeld in deze paragraaf, verantwoordt;

9° de datum van de aanwerving;

10° de eventuele vertrekdatum;

11° in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uren in 24 maanden;

12° de door de werkgever niet-bezoldigde periodes van afwezigheid, alsook de aard ervan. Dit zijn niet-gelijkgestelde dagen of uren.

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

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

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

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

§ 6. Voor de personeelsleden die hebben geopteerd voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, bewijst de ziekenhuisbeheerder dat de vrijgemaakte arbeidstijd en de toegekende financiering gecompenseerd zijn door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur door de personeelsleden. De volgende werknemers komen niet in aanmerking: de voltijdse werknemers voor wie de 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, te compenseren uren van het personeel wordt prioritair door dezelfde personeelscategorie van het personeel gecompenseerd.

De toegekende financiering wordt, in voorkomend geval, begrensd tot het werkelijke totale aantal vervangingen. Daarvoor bezorgt de ziekenhuisbeheerder tegelijk met de gegevens, vermeld in paragraaf 4, eerste lid, de volgende gegevens:

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

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

HOOFDSTUK 3. — *Het bedrag ter compensatie van het complement van de attractiviteitspremie*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Het budget, vermeld in het eerste lid, bedraagt 5.427.541,49 euro voor de private revalidatieziekenhuizen en 268.834,52 euro voor de publieke revalidatieziekenhuizen. Dat budget wordt enerzijds verhoogd met een factor die de stijging van de loonkosten uitdrukt op basis van de evolutie van de index, van de anciënniteit en van het aantal voltijds equivalenten. Anderzijds wordt dat budget verminderd met de voorafname in het kader van de versterking van de tweede pensioenpijler, zoals bepaald in het Vijfde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 8 juni 2018 en het Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021.

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

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

TITEL 5. — *Het corrigerende budget, vermeld in artikel 534/15, 4°*

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

- 1° de correcties voor de voorbije dienstjaren, vastgesteld conform artikel 534/29;
- 2° de inhaalbedragen voor een tekort of een teveel aan ontvangsten ten opzichte van het budget voor het lopende dienstjaar of het budget dat vastgesteld is voor een of meer van de vorige dienstjaren, namelijk:
 - a) de bedragen, vastgesteld conform artikel 534/30;
 - b) de bedragen, vastgesteld conform artikel 534/31;
- 3° de bedragen in geval van sluiting of opening van ziekenhuisbedden, vastgesteld conform artikel 534/32;
- 4° de bedragen voor de afrekening van de provisionele bedragen die conform artikel 534/33 zijn vastgesteld.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 6. Om de recurrente koopkrachtverhoging door middel van de verhoging van de eindejaarstoelage vanaf het jaar 2021, ter uitvoering van het Zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non-profitsectoren voor het dienstjaar 2021, te financieren, wordt een corrigerend bedrag vastgesteld in het corrigerende budget van de publieke revalidatieziekenhuizen voor het dienstjaar 2022.

Het bedrag, vermeld in het eerste lid, bedraagt 110.521,86 euro.

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

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

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

1° door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden in een ander revalidatieziekenhuis wordt het basisbudget vermeerderd met het bedrag waarmee het basisbudget van het andere revalidatieziekenhuis is verminderd;

2° door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden in een ziekenhuis, die voortvloeit uit een samenwerkingsakkoord dat gesloten is tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid conform artikel 47/9, § 5, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, wordt het basisbudget vermeerderd met een bedrag dat wordt bepaald door de Vlaamse Regering;

3° wordt in alle andere gevallen dan de gevallen, vermeld in punt 1° en 2°, 80% van het basisbudget proportioneel vermeerderd in verhouding tot de vermeerdering van de bedcapaciteit.

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

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

TITEL 6. — Indexering van het budget

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

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

Het corrigerende budget wordt niet geïndexeerd.

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

DEEL 3. — Kennisgeving van de beslissing

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

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

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

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

DEEL 4. — Vereffening van het budget**TITEL 1. — Vaststelling van het vaste en het variabele gedeelte van het budget**

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

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

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

Zodra het dienstjaar is beëindigd, wordt de opsplitsing van het vaste en variabele gedeelte op basis van de specifieke gegevens van dat dienstjaar herzien om de opsplitsing, vermeld in het eerste lid, in overeenstemming te brengen met de reële verhouding tussen het aantal patiënten, vermeld in artikel 115 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, enerzijds, en artikel 116 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008, anderzijds. Die herziening wordt verrekend in het corrigerende budget conform artikel 534/31.

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

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

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

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

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

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

TITEL 4. — Gevolgen van de niet-naleving van voorwaarden

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

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

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

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

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

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

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

DEEL 5. — *Verklaring bij opname*

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

Die bundel documenten bevat:

1° een opnameverklaring, opgemaakt conform het model dat opgenomen is in bijlage 8 of 9, die bij dit besluit zijn gevoegd, al naargelang het gaat om een klassieke opname in een revalidatieziekenhuis of een daghospitalisatie in een revalidatieziekenhuis;

2° een document met de nodige toelichting bij de opnameverklaring volgens het model dat opgenomen is in bijlage 10, die bij dit besluit is gevoegd.

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

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

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

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

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

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

§ 5. De opnameverklaring wordt volledig ingevuld.

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

Het revalidatieziekenhuis bewaart de ondertekende opnameverklaring minstens gedurende een periode van twee jaar nadat de laatste factuur verstuurd is die betrekking heeft op de opname die aanleiding heeft gegeven tot de ondertekening van de opnameverklaring in kwestie.

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

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

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

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

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

DEEL 6. — *Melding van gegevens*

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

1° de eindbalans;

2° de resultatenrekening, opgesplitst per 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 dat gerealiseerd is gedurende het dienstjaar in kwestie, alsook de uitsplitsing van die dagen per betalingsinstelling;

2° de gegevens over de eindeloopbaanmaatregelen, vermeld in artikel 534/25, § 4, eerste lid, en § 6, derde lid;

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

De gegevens over de activiteiten en de kwaliteitsopvolging omvatten:

1° het maandoverzicht van de volgende gegevens voor de maand in kwestie, enerzijds voor alle patiënten en anderzijds voor de patiënten voor wie de zorgkassen, vermeld in artikel 534/37, een financiële tegemoetkoming hebben verleend:

a) de verpleegdagen;

b) de opnamen in het revalidatieziekenhuis;

2° de ontslagen uit het revalidatieziekenhuis;

3° de door de Vlaamse Regering nader te bepalen gegevens over de activiteiten en de kwaliteitsopvolging van het revalidatieziekenhuis.

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

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

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

1° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, eerste lid, 1°, 2° en 4°, conform de bepalingen van het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen;

2° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, eerste lid, 3°, conform de modaliteiten die de minister bepaalt;

3° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, tweede lid, conform de modaliteiten die het agentschap Zorg en Gezondheid bepaalt;

4° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, derde lid, 1°, conform de modaliteiten die het agentschap Zorg en Gezondheid bepaalt;

5° de gegevens, vermeld in artikel 534/45, derde lid, 2°, conform de voorwaarden die de Vlaamse Regering bepaalt.

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

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

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

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

2° de personen die ervoor verantwoordelijk zijn de gegevens, vermeld in artikel 534/45, eerste lid, van het revalidatieziekenhuis mee te delen;

3° de persoon of personen die ervoor verantwoordelijk zijn de statistische gegevens, vermeld in artikel 534/45, van het revalidatieziekenhuis mee te delen;

4° de functionaris voor gegevensbescherming, vermeld in punt 9^oquater, e), van deel I, punt III van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

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

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

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

DEEL 7. — Tegemoetkomingen voor de verpleegdagen

TITEL 1. — Algemeen

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

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

1° de verpleegdag wordt aangerekend op de dag van opname als de opname vóór 12 uur en het ontslag vóór 14 uur plaatsvond;

2° de verpleegdag wordt aangerekend op de dag van ontslag als de opname na 12 uur plaatsvond, ongeacht het uur van vertrek op de dag van ontslag.

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

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

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

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

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

1° een tegemoetkoming voor een verblijf in een ander revalidatieziekenhuis tijdens dezelfde periode;

2° een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatievoorziening tijdens dezelfde periode, tenzij die revalidatievoorziening zich bevindt in het revalidatieziekenhuis waar de patiënt is opgenomen;

3° een tegemoetkoming voor het gebruik van een multidisciplinair begeleidingsequipe als het gebruik dezelfde periode bestrijkt;

4° een tegemoetkoming voor het gebruik van of het verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging of een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode;

5° een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis tijdens dezelfde periode;

6° een vergoeding voor een ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering als het verblijf plaatsvindt op dezelfde dag.

TITEL 2. — Persoonlijk aandeel en extra vergoedingen

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

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

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

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

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

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

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

2° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een revalidatieziekenhuis;

3° het verblijf begint binnen zes maanden na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis als vermeld in artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008;

4° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag waarop een opname voor residentiële revalidatie in een revalidatievoorziening is beëindigd.

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

1° kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste, conform artikel 32, eerste lid, 20° en 23°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

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

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

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

2° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag van ontslag uit een revalidatieziekenhuis;

3° het verblijf begint binnen zes maanden na een ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis als vermeld in artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008;

4° het verblijf begint binnen negentig dagen na de dag waarop een opname voor residentiële revalidatie in een revalidatievoorziening is beëindigd.

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

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

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

TITEL 3. — *Opname*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITEL 4. — *Facturatie*HOOFDSTUK 1. — *Facturatie van verpleegdagen*

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

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

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

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

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

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

De digitale individuele kostennota bevat de volgende rubrieken:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 534/69. Als de zorgkas bij het revalidatieziekenhuis herhaalde tekortkomingen vaststelt in de opmaak en verzending van de facturatiebestanden conform artikel 534/68, § 1 tot en met § 4, of van de meldingen, vermeld in artikel 534/59, meldt de zorgkas dat aan het revalidatieziekenhuis in kwestie.

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

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

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

HOOFDSTUK 2. — *Patiëntenfactuur*

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

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

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

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

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

Als persoonlijke aandelen en supplementen op basis van een contractuele of wettelijke bepaling rechtstreeks ten laste worden genomen door een derde, moeten die op de patiëntenfactuur worden vermeld. Het revalidatieziekenhuis moet onderaan op de patiëntenfactuur vermelden dat het bedrag ten laste van de patiënt door het ziekenhuis rechtstreeks aan die derde gefactureerd wordt.

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

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

TITEL 5. — *Software*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Boek 3/5. Multidisciplinair overleg

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

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

2° zorg- en ondersteuningsplan: een zorg- en ondersteuningsplan als vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.

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

1° aan het multidisciplinair overleg nemen minstens zorgaanbieders deel van drie verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van de gebruiker, en een afgevaardigde van de overlegorganisator;

2° de deelnemers zijn gelijktijdig en fysiek aanwezig op het multidisciplinair overleg;

3° het multidisciplinair overleg wordt georganiseerd rond een persoon in zijn thuissituatie of rond een persoon die is opgenomen in een zorgvoorziening, waarbij in een terugkeer naar de thuisomgeving is voorzien, op voorwaarde dat het multidisciplinair overleg georganiseerd wordt in de periode van veertien dagen die voorafgaat aan de geplande datum van terugkeer naar de thuisomgeving;

4° de huisarts en, in voorkomend geval, de mantelzorgverzorger van de gebruiker worden uitgenodigd om deel te nemen aan het multidisciplinair overleg. Als het multidisciplinair overleg georganiseerd wordt rond een gebruiker met een psychiatrische problematiek, kan de begeleidende psychiater worden uitgenodigd in plaats van de huisarts;

5° de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger geeft zijn akkoord over de samenstelling van het multidisciplinair overleg;

6° de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger neemt deel aan het multidisciplinair overleg. Als de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger niet wil deelnemen aan het multidisciplinair overleg, bezorgt hij aan de overlegorganisator een ondertekende verklaring waarin hij bevestigt dat hij niet wil deelnemen aan het overleg.

7° de gebruiker wordt voor de aanvang van het overleg geïnformeerd over het doel van het overleg en van het feit dat er een zorg- en ondersteuningsplan wordt opgesteld;

8° er wordt een zorg- en ondersteuningsplan opgesteld.

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

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

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

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

In afwijking van het eerste lid moet voor de organisatie van een multidisciplinair overleg over een gebruiker die jonger dan achttien jaar is, minstens één ouder of de wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker aangesloten zijn bij een zorgkas en de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren hebben betaald conform artikel 112.

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

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

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

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

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

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

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

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

Als, ingevolge paragraaf 1, tweede lid, de deelnemende zorgaanbieder een dienst of een organisatie is, kan die dienst of organisatie, op voorwaarde dat de dienst of organisatie minstens twee individuele zorgaanbieders naar het multidisciplinair overleg afvaardigt en een van die afgevaardigden de rol van zorgbemiddelaar opneemt, naast zijn vergoeding als deelnemende zorgaanbieder een vergoeding van zorgbemiddelaar ontvangen.

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

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

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

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

4° het multidisciplinair overleg leiden;

5° een verslag van het multidisciplinair overleg maken;

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

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

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

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

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

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

2° de belangen van de gebruiker bewaken en respecteren;

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

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

5° de zorgaanbieders, de gebruiker of, in voorkomend geval, zijn vertegenwoordiger en, als die aanwezig is, zijn mantelzorgverzorger informeren over bestaande voorzieningen, hulpmiddelen en tegemoetkomingen en, als dat nodig is, doorverwijzen naar andere diensten of disciplines;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Als de aanvraag niet alle gegevens bevat, vermeld in het derde lid, verzoekt het agentschap Zorg en Gezondheid de kandidaat-overlegorganisator om de aanvraag te vervolledigen. Na ontvangst van de gevraagde gegevens begint er opnieuw een termijn als vermeld in het zesde lid, te lopen. Als het agentschap Zorg en Gezondheid de gegevens niet ontvangt binnen een termijn van dertig dagen na de datum van de verzending van het verzoek, wordt de aanvraag afgewezen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° de overlegorganisator: 120 euro;

2° de zorgbemiddelaar: 40 euro;

3° elke vergoedbare zorgaanbieder: 25 euro.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 51. Aan hetzelfde besluit worden een bijlage 6, 7, 8, 9, 10 en 11 toegevoegd, die bij dit besluit zijn gevoegd.
HOOFDSTUK 3. — *Wijzigingen van het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging*

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

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

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

Art. 55. In artikel 15, § 1, vijfde lid, van hetzelfde besluit wordt de zin “In afwijking daarvan kan de verzekeringsinstelling één uniek contactpunt per revalidatieziekenhuis of ziekenhuis aanwijzen voor de aanvraag van een tegemoetkoming voor de revalidatieziekenhuizen of ziekenhuis.” opgeheven.

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

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

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

1° in het tweede lid worden de woorden “met uitzondering van de sector van de revalidatieziekenhuizen” opgeheven;

2° het derde lid wordt opgeheven.

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

1° in paragraaf 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) in het eerste lid worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1) in punt 1° wordt de zinsnede “261/1, 262” opgeheven;

2) punt 2° wordt opgeheven;

b) het vierde lid wordt opgeheven.

2° paragraaf 2 wordt opgeheven.

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

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

Art. 62. In artikel 37 van hetzelfde besluit wordt de zinsnede “tegemeetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis, een” opgeheven.

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

HOOFDSTUK 4. — *Wijziging van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opneming in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum*

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

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

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

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

HOOFDSTUK 6. — *Slotbepalingen*

Art. 66. § 1. In afwijking van boek 3/4, deel 2, en boek 3/4, deel 6, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming gebeurt de vaststelling van het budget voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 januari 2022, op basis van de gegevens die conform de bepalingen van het besluit van 7 december 2018, zoals van kracht op 31 december 2021, aan het agentschap Zorg en Gezondheid worden meegedeeld.

§ 2. In afwijking van boek 3/4, deel 2, en boek 3/4, deel 4, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming wordt de vereffening van het budget voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 januari 2022 berekend op basis van het gemiddeld aantal verpleegdagen in 2019 en 2020.

In afwijking van boek 3/4, deel 2, en boek 3/4, deel 4, van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming wordt de vereffening van het budget voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 januari 2023 berekend op basis van het gemiddeld aantal verpleegdagen in 2019, 2020 en 2021.

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

1° het vaste gedeelte wordt door de mutualistische zorgkassen vereffend in evenredigheid met het aandeel van de gerealiseerde verpleegdagen voor het revalidatieziekenhuis in kwestie in het dienstjaar dat op respectievelijk 1 januari 2020 en 1 januari 2021 begint, van de verzekeringsinstellingen die de mutualistische zorgkassen hebben opgericht;

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

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

Het revalidatieziekenhuis stuurt, naargelang van het geval:

1° uiterlijk de laatste dag van de periode, vermeld in het eerste lid, een aanvraag tot verlenging van opname naar de zorgkas waarbij de patiënt is aangesloten, conform artikel 534/59;

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

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

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

Artikel 58, derde lid, 3°, en artikel 96, § 1 en § 2, van hetzelfde decreet treden in werking op 1 januari 2022, wat de revalidatieziekenhuizen betreft.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brussel, 26 november 2021.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
J. JAMBON

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding,
W. BEKE

Bijlage 1 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 6 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 6. 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 ziekenhuisteleatica, de codering van gegevens en het gebruik van gestandaardiseerde terminologie;
- 58°De kosten van het personeel om daghospitalisatie te organiseren voor de geriatrische patiënt, zoals beschreven in afdeling III van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten;
- 59°De kosten met betrekking tot de palliatieve functie;
- 60°De kosten voor de registratie van de nosocomiale ziekenhuisinfecties;
- 61°De bijkomende kosten voor contractuele personeelsleden die gesubsidieerd worden door het interdepartementaal begrotingsfonds, ter bevordering van de werkgelegenheid;
- 62°De kosten voor het personeel ter begeleiding van het verplegend en verzorgend personeel dat pas aangeworven werd of een loopbaanonderbreking beëindigd heeft;
- 63°De kosten voor de oprichting van een mobiel team;
- 64°De kosten die voortvloeien uit de ombudsfunctie;
- 65°De kosten van het bijkomend personeel en van de externe liaisonfunctie zoals bepaald in het koninklijk besluit van 4 juni 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de afdeling 'expertisecentrum voor comapatiënten' moet voldoen om te worden erkend;
- 66°De kosten van de werving van laaggeschoolde jongeren voor de globale projecten 'veiligheid in de ziekenhuizen' bedoeld in artikel 1, 1° van het ministerieel besluit van 31 mei 2007 tot uitvoering van artikel 82 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact en tot de vaststelling van de globale projecten in de sectoren die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen;
- 67°De kosten van de bijkomende jaarlijkse premie per voltijds equivalent voor de verpleegkundigen die houder zijn van een bijzondere beroepstitel en de verpleegkundigen die zich kunnen beroepen op een bijzondere beroepsbekwaming, zoals bepaald in de ministeriële besluiten tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van deze titels en bekwaleringen opgesomd in het koninklijk besluit van 27 september 2006 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaleringen 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 en ervoor kiezen niet in te stappen in de sectorale functieclassificatie (IFIC), zoals ingevoerd door het Vijfde Vlaams Intersectoraal akkoord van 8 juni 2018 en het Zesde Vlaams Intersectoraal akkoord van 30 maart 2021 voor de social/nonprofitsectoren;
- 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;
- 82°De structurele integratie van de correcties die berekend zijn conform artikel 534/29 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming;
- 83°Het budget dat tot en met 30 juni 2018 betaald is door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid als premie van het Interdepartementaal Begrotingsfonds ter bevordering van de werkgelegenheid;
- 84°De lineaire besparingsmaatregel van 1,3 % in toepassing van het decreet van 20 december 2019 houdende de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 2020;
- 85°De kost van de kwalitatieve verbeteringen van de arbeidsvoorwaarden van het personeel ter uitvoering van punt 2.2.1.A van deel III van luik III van het Zesde Vlaamse Intersectoraal akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non-profitsectoren voor de private revalidatieziekenhuizen.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 26 november 2021

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

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

Wouter BEKE

Bijlage 2 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 7 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 7. Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) voor de revalidatieziekenhuizen

1. Om in aanmerking te komen voor het budget, vermeld in artikel 534/20 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, 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 fundamenteen waarop andere functionaliteiten gebouwd kunnen worden.
3. Vanaf 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 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 26 november 2021

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

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

Wouter BEKE

Bijlage 3 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 8 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 8. Model van de opnameverklaring in geval van opname in een revalidatieziekenhuis

BARCODE VAN HET
ZIEKENHUIS OM HET
DOCUMENT ELECTRONISCH
TE ARCHIVEREN

IDENTIFICATIE VAN DE
PATIENT OF KLEEFVIGNET
VAN HET ZIEKENFONDS

IDENTIFICATIE VAN HET
ZIEKENHUIS

1. Doel van de opnameverklaring: recht om geïnformeerd keuzes te maken over financiële gevolgen van de opname

Elke opname in een ziekenhuis brengt kosten met zich mee. U kan als patiënt een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op het uiteindelijke kostenplaatje. Deze kosten maakt u aan de hand van deze opnameverklaring. Het is daarom zeer belangrijk dat u het toelichtingsformulier dat u samen met dit document ontvangt, grondig leest alvorens de opnameverklaring in te vullen en te ondertekenen. Ingeval van vragen, kan u contact opnemen met **de dienst XXX met telefoonnummer XX XXX XXX**.

2. Kamerkeuze

Mijn vrije artskeuze wordt hierdoor niet beperkt.

Ik wens opgenomen en verzorgd te worden:

zonder honorariumsupplementen en zonder kamersupplement in een:

gemeenschappelijke kamer

tweepatiëntenkamer

in een individuele kamer

met een kamersupplement van X euro per dag.

Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname in een individuele kamer **een honorariumsupplement van maximaal X %** op het wettelijk vastgelegde tarief van de medische prestaties mogen aanrekenen.

3. Opname van een kind begeleid door een ouder

Ik wens dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het wettelijk vastgelegde tarief, **zonder kamersupplement en zonder honorariumsupplement. Ik weet dat de opname gebeurt in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.**

Ik wens uitdrukkelijk dat mijn kind onder mijn begeleiding wordt opgenomen en verzorgd **in een individuele kamer, zonder kamersupplement.** Ik ben ervan op de hoogte dat de behandelende artsen bij opname **in een individuele kamer een honorariumsupplement van maximaal X %** op het wettelijk vastgelegde tarief van de medische prestaties mogen aanrekenen.

De **hotelkosten voor mijn verblijf als ouder** (o.a. bed, maaltijden, dranken,...) **zal ik zelf betalen** volgens het tarief dat is opgenomen in de overzichtslijst van de prijzen van de courante goederen en diensten.

4. Voorschot

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 patiëntenfactuur 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

Uw persoonsgegevens worden verwerkt overeenkomstig de artikelen 49, 50 en 51 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming en de artikelen 88, 89, 90, 111/1 tot en met 111/8 en 534/42 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, met het oog op een correcte behandeling van uw dossier en de facturatie van uw ziekenhuisopname.

U heeft, conform artikel 15 en artikel 16 van de verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming) het recht op inzage van en rectificatie van uw persoonsgegevens. U heeft eveneens het recht om een klacht in te dienen bij de Vlaamse Toezichtcommissie voor de verwerking van Persoonsgegevens (VTC) indien u van oordeel bent dat uw gegevens niet verwerkt worden conform de voornoemde algemene verordening gegevensbescherming.

Voor vragen aangaande de verwerking van uw persoonsgegevens of om uw recht op inzage of rectificatie uit te oefenen kunt u contact opnemen met de beheerder van het ziekenhuis (contactgegevens).

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 26 november 2021

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

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

Wouter BEKE

Bijlage 4 Model van de opnameverklaring in geval van opname in een dagziekenhuis van een revalidatieziekenhuis

Bijlage 9 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 9 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Opnameverklaring voor opname in dagziekenhuis: kamerkeuze en financiële voorwaarden:

BARCODE VAN HET ZIEKENHUIS OM HET DOCUMENT ELECTRONISCH TE ARCHIVEREN

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT OF KLEEFVIGNET VAN HET ZIEKENFONDS

IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENHUIS

1. Kamersupplementen – honorariumsupplementen - voorschotten

Ik heb kennis genomen van de financiële voorwaarden en wens opgenomen te worden en verzorgd.

OFWEL tegen verbintenistarief (ZONDER honorariumsupplementen).(1)

Ik ben er mij bewust van dat mijn vrije artsenkeuze 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 behoor. Zo de opname niet valt onder de dekking van dit stelsel, moet ik de verblijfskost en de medische kosten zelf betalen en zullen de bedragen beduidend hoger liggen.

Ik bevestig als bijlage bij deze opnameverklaring een verklarend document ontvangen te hebben omtrent de toepassing van de kamer- en honorariussupplementen 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

Uw persoonsgegevens worden verwerkt overeenkomstig de artikelen 49, 50 en 51 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming en de artikelen 88, 89, 90, 111/1 tot en met 111/8 en 534/42 van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, met het oog op een correcte behandeling van uw dossier en de facturatie van uw ziekenhuisopname.

U heeft, conform artikel 15 en artikel 16 van de verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming) het recht op inzage van en rectificatie van uw persoonsgegevens. U heeft eveneens het recht om een klacht in te dienen bij de Vlaamse Toezichtcommissie voor de verwerking van Persoonsgegevens (VTC) indien u van oordeel bent dat uw gegevens niet verwerkt worden conform de voornoemde algemene verordening gegevensbescherming.

Voor vragen aangaande de verwerking van uw persoonsgegevens of om uw recht op inzage of rectificatie uit te oefenen kunt u contact opnemen met de beheerder van het ziekenhuis ([contactgegevens](#)).

3. Overzicht van de wettelijk vastgelegde financiële voorwaarden en deze van het ziekenhuis

3.1. Kamersupplementen per dag

gemeenschappelijke kamer	tweepatiëntenkamer (5)	individuele kamer
geen kamersupplement	geen kamersupplement	€ x (campus x)

		€ x (campus x)
--	--	-----------------------

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 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 26 november 2021

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

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

Wouter BEKE

Bijlage 5 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 10 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 10. Model van de toelichting bij de opnameverklaring

IDENTIFICATIE VAN HET
ZIEKENHUIS

Toelichting bij de opnameverklaring

U kan als patiënt een aantal keuzes maken die een belangrijke invloed hebben op de uiteindelijke kostprijs van uw ziekenhuisopname. Deze keuze maakt u aan de hand van de opnameverklaring.

Met dit toelichtingsdocument willen wij u informeren over de kostprijs van uw ziekenhuisopname opdat u op de opnameverklaring weloverwogen keuzes kan maken.

De kostprijs wordt bepaald door de volgende factoren:

1. De manier waarop u verzekerd bent;
2. Het type kamer waarvoor u kiest;
3. De duur van de opname;
4. De kosten voor apotheek;
5. De honoraria die de artsen en paramedici aanrekenen;
6. De kosten van eventuele bijkomende producten en diensten.

Hebt u bijkomende vragen over de kosten verbonden aan uw medische behandeling en ziekenhuisverblijf?

Neem dan in eerste instantie contact op met (*tel. xx, e-mailadres, naam contactpersoon of dienst*) of met uw behandelende arts.

U kan ook terecht bij uw ziekenfonds, voor wat betreft kosten voor apotheek en honoraria van artsen
Of
Bij uw zorgkas, voor wat betreft de kosten voor het verblijf en diverse andere kosten.

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. Elke Vlaming, ouder dan 25 jaar, moet verplicht aansluiten bij de Vlaamse sociale bescherming. De Vlaamse sociale bescherming betaalt via de zorgkas een deel van uw kosten voor het 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 of de Vlaamse sociale bescherming 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 en verplichte aansluiting bij de Vlaamse sociale bescherming in orde is. Is er een probleem, dan neemt u best zo snel mogelijk contact op met uw ziekenfonds of zorgkas.

Bepaalde ingrepen (o.a. om **zuiver esthetische** redenen) worden niet door het ziekenfonds of de zorgkas terugbetaald. In dit geval moet u alle kosten van uw ziekenhuisopname (medische behandeling en verblijf) volledig zelf betalen, ook als u van de verhoogde tegemoetkoming geniet. U kan terecht bij uw arts of uw ziekenfonds voor informatie over de terugbetaalbaarheid van bepaalde ingrepen.

Indien uw opname het gevolg is van een **arbeidsongeval**, dan moet u dat bij uw opname meedelen. Indien de arbeidsongevallenverzekering het ongeval erkent, zal zij de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis betalen. Bepaalde kosten worden nooit door de arbeidsongevallenverzekering vergoed, bijvoorbeeld de supplementen voor een éénpersoonskamer. Die moet u zelf betalen.

Indien u een **bijkomende hospitalisatieverzekering** heeft, dan kan uw verzekeringsmaatschappij eventueel bijkomend tussenkomen in de kosten van uw ziekenhuisopname. Enkel uw verzekeringsmaatschappij kan u informeren over de kosten die zij al dan niet zullen terugbetalen. Informeer u daarom bij uw verzekeraar.

Indien u zichzelf niet terugvindt in één van de gevallen hierboven beschreven (bijvoorbeeld: patiënt ten laste van een OCMW, patiënt verzekerd in een andere lidstaat van de Europese Unie, ...) neem dan contact op met de sociale dienst van het ziekenhuis om verder informatie te verkrijgen over uw rechten.

2. Kamerkeuze

Het type kamer dat u kiest voor uw verblijf in het ziekenhuis is bepalend voor de kostprijs van uw ziekenhuisopname. Deze kamerkeuze heeft geen invloed op de kwaliteit van de zorgverstrekking en ook niet op uw vrije keuze van arts.

Als patiënt kan u kiezen voor:

- een gemeenschappelijk kamer
- een tweepatiëntenkamer
- een individuele kamer

Als u bij een opname met overnachting verblijft in een gemeenschappelijke kamer of een tweepatiëntenkamer betaalt u **geen kamersupplementen en geen honorariumsupplementen**.

Als u uitdrukkelijk kiest voor een verblijf in een individuele kamer (en er ook effectief verblijft), mag het ziekenhuis **kamersupplementen** en de artsen **honorariumsupplementen** aanrekenen. Het verblijf in een individuele kamer kost dus meer dan het verblijf in een gemeenschappelijke of een tweepatiëntenkamer.

Bij de keuze voor een bepaald kamertype verklaart u zich akkoord met de ermee gepaard gaande financiële voorwaarden inzake kamersupplementen en honorariumsupplementen.

- Indien u buiten uw wil verblijft in een duurder kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarvoor u heeft gekozen (bijvoorbeeld: u kiest een gemeenschappelijke kamer en wegens onbeschikbaarheid krijgt u een individuele kamer, dan gelden de voorwaarden van de gemeenschappelijke kamer).
- Indien u buiten uw wil verblijft in een minder duur kamertype, gelden de financiële voorwaarden van het kamertype waarin u effectief verblijft (bijvoorbeeld: u kiest een individuele kamer en wegens onbeschikbaarheid krijgt u een gemeenschappelijke kamer, dan gelden de voorwaarden van de gemeenschappelijke kamer, ook als u alleen verblijft op deze gemeenschappelijke kamer).

3. Kosten voor verblijf

1. Wettelijk persoonlijk aandeel per dag

Ongeacht de kamerkeuze, betaalt u voor uw verblijf en verzorging in het ziekenhuis per dag een wettelijk vastgelegd persoonlijk aandeel.

	Rechthebbende met voorkeurtarief	Kind, persoon ten laste	Langdurig werkloze (alleenstaand of gezinshoofd) en zijn persoon ten laste	Andere rechthebbende
1^{ste} dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag
Vanaf de 2^{de} dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag
Vanaf de 91^{ste} dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag	xx euro/dag

In ons ziekenhuis bedraagt de verblijfskost xx euro per dag opname. Indien uw verzekeringsstatus in het kader van de Vlaamse sociale bescherming niet in orde is, 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 inzake honoraria van artsen zelf betalen (zie punt1).

3. Honorariumsupplement

Bovenop het wettelijk tarief kunnen de ziekenhuisartsen ook honorariumsupplementen aanrekenen. Deze honorariumsupplementen zijn volledig ten laste van de patiënt, hiervoor is geen tussenkomst vanuit de ziekteverzekering voorzien.

Indien u tijdens een opname met overnachting verblijft in een *gemeenschappelijke kamer of tweepatiëntenkamer* is het wettelijk verboden honorariumsupplementen aan te rekenen. Het maximum honorariumsupplement dat in ons ziekenhuis aangerekend wordt, is terug te vinden in de opnameverklaring en bedraagt ...%.

Indien u uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en er ook effectief verblijft, kunnen alle artsen u honorariumsupplementen aanrekenen.

- Het bedrag dat een arts in ons ziekenhuis mag aanrekenen als honorariumsupplement is maximaal xx % van het wettelijk vastgelegd tarief. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling (anesthesist, chirurg,...) kan een ereloonsupplement aanrekenen.

In de volgende uitzonderlijke situaties is het wettelijk verboden een honorariumsupplement aan te rekenen aan de patiënt:

- Wanneer uw behandelend arts oordeelt dat een opname in een individuele kamer medisch noodzakelijk is;
- Wanneer u in een individuele kamer verblijft omdat het gekozen kamertype wegens organisatorische redenen niet beschikbaar is;
- Wanneer u opgenomen wordt in of overgebracht wordt naar een eenheid intensieve zorg of de spoedgevallendienst, voor de duur van het verblijf in die eenheid.

4. Opname van kind met begeleidende ouder

U kan bij de opname van uw kind samen met een begeleidende ouder ervoor kiezen dat uw kind onder uw begeleiding wordt opgenomen en verzorgd tegen het wettelijk tarief, zonder kamersupplement en zonder honorariumsupplement.

De opname van uw kind met de begeleidende ouder zal dan gebeuren in een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.

Indien u bij de opname van uw kind samen met een begeleidende ouder uitdrukkelijk kiest voor een individuele kamer en ook effectief op een individuele kamer verblijft, mag het ziekenhuis u geen kamersupplement aanrekenen. Elke arts die tussenkomt in uw behandeling kan u eventueel wel een honorariumsupplement aanrekenen.

5. Schematisch overzicht van de supplementen bij een opname met overnachting

	Keuze voor gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer	Keuze voor individuele kamer
		<p><u>JA</u></p> <p>NEEN, indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen;

<u>Kamersupplement</u>	<u>NEEN</u>	<ul style="list-style-type: none"> - U gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer en die niet beschikbaar is; - U verblijft op de dienst intensieve zorgen of op de spoedgevallendienst; - Het een opnamen van een kind betreft, samen met een begeleidende ouder.
<u>Honorariumsupplement</u>	<u>NEEN</u>	<p><u>JA</u></p> <p>NEEN, indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uw arts beslist dat uw gezondheidstoestand, onderzoek, behandeling of toezicht een individuele kamer vereisen; - U gekozen heeft voor een gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer en die niet beschikbaar is; - U verblijft op de dienst intensieve zorgen of op de spoedgevallendienst;

6. Facturatie

<p>Alle honorariumsupplementen zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis.</p> <p>Betaal deze nooit rechtstreeks aan de arts.</p> <p>Aarzel niet om uw behandelende arts naar informatie te vragen over de honorariumsupplementen die hij toepast.</p>

6. Diverse ander kosten

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis kan u om medische en/of comfortredenen gebruik maken van een aantal producten en diensten (bv. Telefoon, water, internet, enz.). Ook de kosten voor het verblijf (bedlinnen, maaltijden, enz.) van een begeleidend persoon die niet als patiënt is opgenomen en die bij u op de kamer verblijft, zullen als "diverse kosten" aangerekend worden.

Ongeacht het kamertype zijn deze kosten volledig ten uwen laste.

Een lijst met de prijzen van deze producten en diensten ligt ter inzage (*exacte plaats in het ziekenhuis in te vullen*) en kan ook geconsulteerd worden op de website van het ziekenhuis.

U krijgt hierna enkele voorbeelden van veel gevraagde diensten en producten:

- kamercomfort: telefoon, ijskast, televisie en internetaansluiting;
- eten en drinken: bijkomende maaltijden, tussendoortje, snacks en dranken;
- hygiënische producten: basistoiletproducten (zeep, tandpasta, eau de cologne, ...) en basistoiletgerief (kam, tandenborstel, scheergerei, papieren zakdoekjes, ...);
- was (persoonlijk wasgoed);
- begeleider: bezetting van een kamer of bed, maaltijden en dranken;
- andere diverse goederen en diensten: andere veel gevraagde goederen (papflessen, spenen, borstpomp, krukken, oordopjes, kleine bureaubenodigheden, ...) en veel gevraagde diensten (manicure, pedicure, kapper, ...),...

7. Voorschotten

Het ziekenhuis kan per verblijfsperiode van 7 dagen een voorschot vragen. De hoogte van de voorschotten is wettelijk beperkt.

	Rechthebbende met voorkeurtarief	Kinderen als persoon ten laste	Andere rechthebbende
Gemeenschappelijke of tweepatiëntenkamer	50 euro	75 euro	150 euro
Individuele kamer	X euro	X euro	X euro

Als het ziekenhuis op de hoogte is dat u van het voordeel van de maximumfactuur geniet, mag er enkel een voorschot worden gevraagd voor een verblijf op een individuele kamer en niet voor een verblijf op een tweepatiëntenkamer of gemeenschappelijke kamer.

8. Varia

Alle in dit document vermelde bedragen kunnen geïndexeerd worden en daardoor in de loop van de opname wijzigen.

De bedragen gelden voor patiënten die in regel zijn met hun verplichte ziekteverzekering en wiens verzekeringsstatus in het kader van de Vlaamse sociale bescherming in orde is (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 voor wat betreft de kosten van apotheek en honoraria van artsen,

Of,

Bij uw zorgkas, voor wat betreft de kosten voor het verblijf en diverse andere kosten.

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 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 26 november 2021

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

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

Wouter BEKE

Bijlage 6 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 11 bij het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Bijlage 11. Model van de patiëntenfactuur

PATIENTENFACTUUR – zorgen van XXX tot XXX

Eventueel logo revalidatieziekenhuis

Benaming ziekenhuis:

Adres:

Postcode-Gemeente:

RIZIV-nummer:

KBO-nummer:

Contact: naam/telefoonnummer:

Factuurnummer:

Datum Factuur:

Verzenddatum:

Opnamenummer:

Dossiernummer:

Voornaam FAMILIENAAM:

Adres:

Postcode – Gemeente:

HCO-nummer:

Facturatie-adres:

Voornaam FAMILIENAAM

Adres

Postcode-Gemeente

Verzorging van .../.../...
tot .../.../...

.....uur
.....uur

Ziekenfonds
NISZ nr

Zorgkas

Recht op maximumfactuur (1):

Code gerechtigde:

SAMENVATTING VAN DE KOSTEN ten last van de patiënt

euro

1. Kosten voor verblijf of revalidatie	
Uw aandeel voor het ziekenhuisverblijf of revalidatie	.....
Kamersupplement omdat u koos voor een eenpersoonskamer	.....
2. Forfaitair aangerekende kosten (2)	.....
3. Apotheek-kosten (bijvoorbeeld geneesmiddelen, implantaten, medische hulpmiddelen,...)	.....
4. Honoraria voor zorgverleners (artsen of andere verstrekkers)	
Uw aandeel voor honoraria	.....
Supplement (4)	.....
5. Andere leveringen	.....
6. Ziekenvervoer	.....
7. Diverse kosten	.....
8. BTW	.....
Totaal van de kost ten laste van de patiënt	.....
Aan uw ziekenfonds wordt .....euro aangerekend.	
Aan uw zorgkas wordt euro aangerekend.	
U betaalde reeds een voorschot op datum van .../.../...	
Aangerekend aan een derde door het ziekenhuis	
TOTAAL NOG DOOR U TE BETALEN /terug te krijgen	
Te storten op rekening van het ziekenhuis:	
Te storten op rekening van de medische raad:	

Hierna kan de verpleeginrichting de eventuele betalingsformaliteiten bepalen.

OVERSCHRIJVINGSSTROOK

DETAIL PATIENTENFACTUUR

Voornaam FAMILIENAAM
NISZ nr.

MEDEDELING:

Ofwel

Alle verstrekkingen worden gefactureerd door het ziekenhuis, de patiënt mag geen andere factuur krijgen dan deze die wordt opgemaakt door het ziekenhuis. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de verstrekkingen: raadpleeg de opnameverklaring en de toelichting bij de opnameverklaring (het document dat u voor uw opname ondertekende) of wend uw ziekenfonds of ziekenhuis.

Ofwel

De verstrekkingen die gefactureerd worden door de Medische Raad van het ziekenhuis staan vermeld op de 'Honorariumnota', die in bijlage is gevoegd bij een uittreksel. Uitzonderlijk kunnen bijkomende factureringen, waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn op het ogenblik van het versturen van de eerste facturering of van verbeteringen, nadien nog worden overgemaakt aan de patiënt.

Voor bijkomende uitleg of vraag om meer detail over de verstrekkingen, raadpleeg de opnameverklaring en de toelichting bij de opnameverklaring (het document dat u voor uw opname ondertekende) of wend u tot uw ziekenfonds of ziekenhuis.

1. Verblijfskosten - revalidatiekosten						
1.1. Verblijfskosten hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis			Aantal dagen	Ten laste zorgkas	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement ten laste van de patiënt (4)
Dienst (en).....	Van .../.../...	Tot .../.../...				
Kosten voor verblijf
Eenpersoonskamer
Collectief vakantiecamp
1.2. Verblijfskosten daghospitalisatie			Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement ten laste van de patiënt (4)
1.2.1. Dringende verzorging in een ziekenhuisbed, en/of toediening van geneesmiddel of van bloed/labiel bloedproduct via intraveneus infuus						
Eenpersoonskamer
1.2.2. Maxiforfait anesthesie, forfaits dagziekenhuis, chronische pijn en dringende opname in psychiatrisch ziekenhuis						
Eenpersoonskamer
1.2.3. Forfait gipskamer		
1.2.4. Forfait manipulatie poortkatheter		
1.2.5. Basisforfait oncologie		
1.2.6. Maxiforfait mono-combi oncologie, forfait pediatrie mono-combi						
Eenpersoonskamer
1.3. Forfait hemodialyse – peritoneale dialyse(5)	
1.4. Revalidatie
Omschrijving					
1.5. Forfait voor nabehandeling revalidatie
1.6. Periode thuishospitalisatie
Subtotaal 1 – Verblijfskosten			

2. Forfaitair aangerekende kosten (2)		Aantal dagen	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	
Klinische biologie			
Medische beeldvorming			
Honoraria medische wachtdienst en technische verstrekkingen			
Geneesmiddelen: forfait per opname			
forfaitair persoonlijk aandeel per dag		
Subtotaal 2 – Forfaitair aangerekende kosten			
3. Apotheek: geneesmiddelen, parafarmacie, implantaten, medische hulpmiddelen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement ten laste van de patiënt (4)
3.1. Geneesmiddelen					
Vergoedbare geneesmiddelen					
Bedrag geneesmiddelen volledig en ten laste van ziekenfonds				
Bedrag geneesmiddelen deel ten laste van de patiënt					
Naam product:		
Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt					
Geneesmiddelen zonder akkoord adviserend geneesheer					
Naam product:		
Niet-vergoedbare geneesmiddelen					
Naam product:		
Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW)					
Naam product:		
3.2. Para farmaceutische producten					
Naam product:		
Para farmaceutische producten volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW)					
Naam product:		
3.3 Implantaten, prothesen, niet implanteerbare medische hulpmiddelen					
Vergoedbare producten					
Naam product:	
Notificatie (8)
Afleveringsmarge implantaten (6)				
Veiligheidsmarge implantaten (7)				
Niet-vergoedbare producten					
Naam product:		
Notificatie (8)	
Geneesmiddelen volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW)					
Naam product		
Subtotaal 3 – Apotheek					
		

4. Honoraria van zorgverleners (artsen en andere verstrekkers)	Datum	Code (9)	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)	Supplement ten laste van de patiënt (4)
Vergoedbare honoraria						
Globaal prospectief bedrag – deel honoraria voor omschrijving					
Supplementen						
Naam verstrekker <i>aangevraagd door aanvrager</i>						
Omschrijving (9) (11) Basiswaarde:.....	.../.../...
Honoraria volledig ten laste van de patiënt						
Naam verstrekker <i>aangevraagd door aanvrager</i>						
Omschrijving	.../.../...		
Honoraria volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW)						
Naam verstrekker <i>aangevraagd door naam aanvrager</i>	.../.../...		
Omschrijving						
Subtotaal 4 – Honoraria zorgverleners			

5. Andere leveringen	Code	Aantal	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)
Omschrijving andere leveringen
Omschrijving andere leveringen volledig ten laste van de patiënt waarop BTW verschuldigd is (bedrag zonder BTW)
Subtotaal 5 – Andere leveringen		

6. Ziekenvervoer	Datum	Code	Aantal km	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt (3)
Dringend ziekenvervoer (dienst 100/112)					
Forfait voor de eerste 10 km	.../.../...
Bedrag voor de 11 ^{de} tot de 20 ^{ste} km	.../.../...
Bedrag vanaf de 21 ^{ste} km	.../.../...
Forfait gebruik elektroden	.../.../...
Ander ziekenvervoer met tegemoetkoming	.../.../...
Ander ziekenvervoer zonder tegemoetkoming	.../.../...
Subtotaal 6 – ziekenvervoer			

7. Diverse kosten	Code	Aantal	Ten laste van patiënt (3)
Omschrijving diverse kosten
Omschrijving diverse kosten ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW):
Subtotaal 7 – Diverse kosten		

	Statuut (10)	Bedrag EXCL. BTW	% BTW	Bedrag BTW	Ten laste van de patiënt - inclusief BTW
8. BTW					
Naam BTW-plichtige en BTW-nummer	
Subtotaal 8 - BTW				

	Ten laste zorgkas	Ten laste ziekenfonds	Ten laste van de patiënt	Supplement ten laste van de patiënt (4)
TOTALEN				
TOTAAL
TOTAAL door patiënt te betalen		EUR
Reeds betaald voorschot op datum van .../.../....		;.....EUR
Aangerekend aan <i>een derde</i> door het ziekenhuis		EUR
Nog te betalen/terug te krijgen		EUR

Te storten op rekening van het ziekenhuis:	.....EUR
Te storten op rekening van de medische raad:	.....EUR

- (1) Aangezien u dit kalenderjaar het plafondbedrag voor de maximumfactuur bereikt heeft, worden o.a. de persoonlijke aandelen voor geneeskundige verstrekkingen gedurende de rest van dit kalenderjaar volledig vergoed door uw ziekenfonds.
Uitzondering: persoonlijk aandeel voor radio-isotopen, medische zuurstof en verpleegdagprijzen vanaf de 366^{ste} dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- (2) Forfaitaire aangerekende kosten zijn wettelijk forfaitaire bedragen die aan alle opgenomen patiënten aangerekend worden, ook al geniet de patiënt van geen van deze prestaties.
- (3) De rubriek "Ten laste van de patiënt" omvat die wettelijk voorziene persoonlijke bedragen, bedragen voor niet-vergoedbare producten (rubriek apotheek), bedragen voor verstrekkingen waarvoor de ziekteverzekering niet tussenkomt (rubriek honoraria), "overige bedragen" (rubrieken "diverse kosten" en "andere leveringen") en bedragen volledig ten laste van de patiënt waarop BTW is verschuldigd (bedrag zonder BTW).
- (4) Supplement: voor (dag)opname met verblijf in een kamer kan dit worden aangerekend bovenop het officiële bedrag voor de kamer en voor het honorarium (zie bijlage bij de opnameverklaring). Deze bedragen zijn volledig ten laste van de patiënt.
Het kan gaan om:
 - Een kamersupplement als gevolg van de keuze van een éénpersoonskamer
 - Een ereloon-supplement als gevolg van keuze van een éénpersoonskamer
 - Een ereloon-supplement als gevolg van behandeling door een niet-geconventioneerde zorgverstreker die geen arts is, ongeacht de kamerkeuze.
 Voor andere behandelingen, waarvoor u niet in een kamer verblijft, zijn deze kosten het gevolg van verzorging door een niet-geconventioneerde verstreker.
- (5) Vergoeding door het ziekenhuis van verhoogde kosten patiënt voor water, elektriciteit en telefoon die door dialyse thuis wordt veroorzaakt.
- (6) De afleveringsmarge is een vergoeding bestemd voor de ziekenhuisapothek die de implantaten en prothesen stockeert, steriliseert, aflevert, enz. .
- (7) De veiligheidsgrens is een percentage van de vergoedingsbasis. De vergoedingsbasis verhoogt met dit percentage, bepaalt het bedrag dat maximum mag gefactureerd worden voor het betrokken medisch hulpmiddel.
- (8) Notificatie: de identificatie- of notificatiecode levert het bewijs dat het implantaat bij het RIZIV geregistreerd werd. Voor de meeste implantaten is de registratie een voorwaarde om het aan te rekenen aan de patiënt of ziekenfonds.
- (9) De volledige omschrijving van de verstrekking en de terugbetalingstarieven kan u aan de hand van de code terugvinden in de databank "Nomenclator" die beschikbaar is op de website <http://www.riziv.fgov.be>
- (10) (A) Gemengd BTW-plichtig regime: het ziekenhuis is enkel verplicht BTW aan te rekenen op de door haar geleverde diensten en goederen i.h.k.v. ingrepen of behandelingen die louter voor esthetische redenen gebeuren.
(B) Bijzonder BTW betalings- en rapporteringsregime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door het ziekenhuis aangegeven en betaald worden, zonder recht op BTW-aftrek door de arts. Hiervoor heeft het ziekenhuis een overeenkomst met de arts afgesloten.

(C) Bijzondere BTW-betalingsregime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door het ziekenhuis aangegeven en betaald worden, met recht op BTW-afrek door de arts. Hiervoor heeft het ziekenhuis een overeenkomst met de arts afgesloten.

(D) Normaal BTW-regime: de BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, zal door de arts aangegeven en betaald worden.

(E) Vrijstelling BTW als kleine onderneming: de arts is vrijgesteld van de aanrekening van BTW voor ingrepen of behandelingen die omwille van louter esthetische redenen gebeuren, omwille van het beperkt aantal dergelijke prestaties die de arts uitvoert.

- (11) De hier vermelde verstrekkingen, die werkelijk uitgevoerd dienen te zijn en waarop een honorariumsupplement kan aangerekend worden, zijn reeds vervat in het bovenvermelde globaal bedrag. De eerste kolom geeft de basiswaarde van deze verstrekkingen voor de berekening van het supplement in de laatste kolom.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 26 november 2021 tot wijziging van regelgeving in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Brussel, 26 november 2021

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Jan JAMBON

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

Wouter BEKE

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C – 2021/43485]

26 NOVEMBRE 2021. — Arrêté du Gouvernement flamand modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande**Fondements juridiques**

Le présent arrêté est fondé sur :

- la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, article 20, modifié par la loi spéciale du 16 juillet 1993 ;
- la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, article 92, alinéa 1^{er}, article 95, alinéa 2, article 98, alinéa 1^{er}, article 99, article 100, alinéa 2, articles 105, 108 et 114, remplacés par le décret du 6 juillet 2018, article 115, alinéa 1^{er}, remplacé par le décret du 18 juin 2021, article 115, alinéa 2, remplacé par le décret du 6 juillet 2018 et modifié par le décret du 18 juin 2021, article 115, alinéa 5, remplacé par le décret du 6 juillet 2018, article 116, remplacé par le décret du 6 juillet 2018 et modifié par le décret du 18 juin 2021, article 152, § 3 ;
- le décret du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées, article 4, alinéa 3, et article 5, § 2 ;
- le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, article 22, alinéa 2, article 37, § 1^{er}, modifié par le décret du 18 juin 2021, article 41, § 2, alinéa 2, ajouté par le décret du 18 juin 2021, articles 43 et 44, modifiés par le décret du 18 juin 2021, article 45, § 1^{er}, alinéa 2, article 45, § 1^{er}, alinéa 4, remplacé par le décret du 18 juin 2021, article 45, § 1^{er}, alinéa 6, inséré par le décret du 18 juin 2021, articles 45, § 2, alinéa 1^{er}, article 49, § 3, alinéas 3 et 4, insérés par le décret du 18 juin 2021, article 49, § 3/1, alinéa 2, inséré par le décret du 18 juin 2021, article 49, § 7, article 49, §§ 5 et 8, modifiés par le décret du 18 juin 2021, articles 50 et 51, modifiés par le décret du 18 juin 2021, article 54, alinéa 2, article 60, alinéas 1^{er} et 4, article 60, alinéas 2, 3 et 4, insérés par le décret du 18 juin 2021, article 76, §§ 1^{er}, 2 et 4, article 76, § 5, modifié par le décret du 18 juin 2021, articles 76/1 et 76/2, insérés par le décret du 18 juin 2021, article 78, alinéa 2, article 80, §§ 3 et 5, article 84, § 1^{er}, alinéa 2, article 86, alinéa 2, inséré par le décret du 18 juin 2021, article 88, § 3, article 92, § 5, article 96, §§ 1^{er} et 2, article 105, § 2, alinéa 1^{er}, article 107, 3^o, article 109, alinéa 2, article 123, article 126, §§ 1^{er}, 2 et 4, article 129, alinéas 2 et 3, article 145, § 2, alinéa 3, article 148, § 2, alinéa 3, article 150, § 2, alinéa 3, article 152, § 2, alinéa 3, article 154/17, article 154/18, insérés par le décret du 18 juin 2021, article 185 et article 188, alinéa 1^{er} ;
- 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 13, § 2, alinéa 2, §§ 4 et 5, remplacé par le décret du 18 juin 2021, article 18, alinéa 1^{er}, article 20, article 21, alinéas 1^{er} et 2, et article 24, § 1^{er} ;
- le décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande, article 117.

Formalités

Les formalités suivantes ont été remplies :

- l'accord du Ministre flamand ayant le Budget dans ses attributions a été demandé le 4 juin 2021 ;
- la Commission de contrôle flamande du traitement des données à caractère personnel a rendu l'avis n° 2021/63 le 20 juillet 2021 ;
- le Conseil d'État a rendu l'avis n° 70.246/3 le 29 octobre 2021, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

Initiateur

Le présent arrêté est proposé par le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique, de la Famille et de la Lutte contre la Pauvreté.

Après délibération,

LE GOUVERNEMENT FLAMAND ARRÊTE :

CHAPITRE 1^{er}. — *Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 1983 portant certaines mesures en vue d'harmoniser le fonctionnement, les jetons de présence et les indemnités aux organes consultatifs*

Article 1^{er}. Dans l'annexe à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 décembre 1983 portant certaines mesures en vue d'harmoniser le fonctionnement, les jetons de présence et les indemnités aux organes consultatifs, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 avril 2019, le membre de phrase « - la commission du recours administratif visée à l'article 144 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande » est abrogé.

CHAPITRE 2. — *Modifications de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande*

Art. 2. À l'article 1^{er} de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 7 décembre 2018, 15 mars 2019, 28 juin 2019 et 4 décembre 2020, les modifications suivantes sont apportées :

1^o il est inséré un point 2^o/1 libellé comme suit :

« 2^o/1 agence des Soins et de la Santé (agentschap Zorg en Gezondheid) : l'agence des Soins et de la Santé, 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^o il est inséré un point 5^o/1 libellé comme suit :

« 5^o/1 arrêté du 7 décembre 2018 : 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 ; » ;

3° il est inséré un point 37°/1 libellé comme suit :

« 37/1° soins et soutien non directement accessibles : l'une des formes de soutien suivantes :

a) un budget d'assistance personnelle tel que visé au chapitre IV/I du décret du 7 mai 2004 portant création de l'Agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap » (Agence flamande pour les Personnes handicapées) ;

b) un soutien par un centre multifonctionnel pour personnes handicapées mineures en application de l'article 7 ou 9, § 2, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 février 2016 portant agrément et subventionnement de centres multifonctionnels pour personnes handicapées mineures ;

c) des aides personnalisées aux personnes handicapées mineures ayant des besoins urgents telles que visées à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 mars 2017 relatif au versement d'aides personnalisées aux personnes handicapées mineures ayant des besoins ;

d) un budget de soins et de soutien non directement accessibles ; ».

Art. 3. À l'article 43 du même arrêté, entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2, il est inséré un alinéa libellé comme suit :

« Le ministre détermine les données à caractère personnel des membres de la Commission des caisses d'assurance soins que traite l'agence pour guider les membres de la Commission des caisses d'assurance soins dans l'exécution des tâches de la Commission des caisses d'assurance soins, au sens du décret du 18 mai 2018 et du présent arrêté. Il s'agit des données d'identification et des coordonnées des personnes en question. L'agence conserve ces données à caractère personnel jusqu'à un an maximum après la fin de l'affiliation de l'intéressé à la Commission des caisses d'assurance soins. ».

Art. 4. À l'article 52 du même arrêté, il est ajouté un paragraphe 3 libellé comme suit :

« § 3. Le ministre détermine les données à caractère personnel des membres de la Commission d'experts que traite l'agence pour le paiement des jetons de présence et des indemnités visés aux paragraphes 1^{er} et 2. Il s'agit des coordonnées, des données d'identification, y compris le numéro NISS, et du numéro de compte des personnes en question. L'agence conserve ces données à caractère personnel jusqu'à un an maximum après la fin de l'affiliation de l'intéressé à la Commission d'experts. ».

Art. 5. À l'article 60 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le mot « ou » est remplacé par une virgule ;

2° les mots « ou par l'organisateur de concertation » sont insérés entre les mots « fournisseur d'aides à la mobilité » et le mot « auxquels ».

Art. 6. À l'article 68 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 2, le nombre « 50 » est remplacé par le nombre « 54 » ;

2° l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit :

« Par dérogation à l'alinéa 2, la prime annuelle pour la protection sociale flamande s'élève à 27 euros pour les usagers ayant droit à l'intervention majorée de l'assurance soins de santé telle que visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, s'ils satisfont aux conditions énoncées à l'article 45, § 1^{er}, alinéa 5, du décret du 18 mai 2018, et à l'ensemble des conditions suivantes :

1° les usagers ont droit à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, au 1^{er} janvier de l'année civile qui précède celle à laquelle la prime se rapporte ;

2° pour remplir la condition visée à l'article 45, § 1^{er}, alinéa 5, 1°, du décret du 18 mai 2018, les années civiles suivantes sont considérées comme une année :

a) une année civile au cours de laquelle l'utilisateur habite au moins un jour dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;

b) une année civile au cours de laquelle l'utilisateur a, au 1^{er} janvier, la qualité d'assuré social dans un État membre de l'Union européenne, un autre État qui fait partie de l'Espace économique européen ou en Suisse ;

3° les cinq années consécutives visées à l'article 45, § 1^{er}, alinéa 5, 1°, du décret du 18 mai 2018, précèdent l'année à laquelle la prime se rapporte ;

4° les usagers satisfont à l'obligation d'intégration civique visée à l'article 45, § 1^{er}, alinéa 5, 2°, du décret du 18 mai 2018, au 1^{er} janvier de l'année civile qui précède celle à laquelle la prime se rapporte. » ;

3° à l'alinéa 4, l'année « 2017 » est remplacée par l'année « 2023 » et l'année « 2014 » est remplacée par l'année « 2020 ».

Art. 7. L'article 70 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 70. Le montant de primes perçu est imputé sur l'année la moins récente pour laquelle la prime due pour la protection sociale flamande n'a pas ou pas entièrement été payée. À cet égard, les années durant lesquelles des primes n'ont pas été entièrement payées et pour lesquelles les arriérés peuvent encore donner lieu à une amende administrative ont priorité. ».

Art. 8. À l'article 88 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, le mot « transmettent » est remplacé par les mots « peuvent transmettre » ;

2° à l'alinéa 1^{er}, 2°, le membre de phrase « , revalidation et concertation multidisciplinaire » est ajouté ;

3° à l'alinéa 1^{er}, il est ajouté un point 3° libellé comme suit :

« 3° les admissions et les données relatives au séjour dans le cadre des hôpitaux de revalidation. » ;

4° à l'alinéa 2, des points 5° à 7° sont ajoutés et libellés comme suit :

« 5° les admissions et les données relatives au séjour, à condition que la caisse d'assurance soins ait notifié une admission dans un hôpital de revalidation ;

6° les prestations admises facturées, à condition que la caisse d'assurance soins ait notifié une admission dans un hôpital de revalidation ;

7° les données relatives à la qualité des usagers ou leur droit à l'intervention majorée, nécessaires au calcul de la quote-part personnelle dans les hôpitaux de revalidation visée à l'article 534/53. ».

Art. 9. À l'article 89 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « soins résidentiels aux personnes âgées » sont remplacés par le membre de phrase « , soins résidentiels aux personnes âgées, revalidation et concertation multidisciplinaire » ;

2° à l'alinéa 2, les mots « autorisation de principe du comité sectoriel compétent » sont remplacés par les mots « autorisation demandée au ministre de l'Intérieur ».

Art. 10. À l'article 90, alinéa 2, du même arrêté, les mots « ou une autorisation de principe du comité sectoriel compétent » sont abrogés.

Art. 11. L'article 92 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 92. Il peut être dérogé à l'obligation visée à l'article 54, alinéa 1^{er}, du décret du 18 mai 2018, dans tous les cas suivants :

1° dans le cas des personnes visées à l'article 44 du décret précité pour lesquelles il peut être fait usage d'une adresse de contact de la personne en question ;

2° à la demande de l'intéressé. ».

Art. 12. Au livre 1^{er}, partie 5 du même arrêté, il est inséré un titre 1^{er}/1, constitué de l'article 92/1, libellé comme suit :

« Titre 1^{er}/1. Budgets de soins

Art. 92/1. Pour l'exécution des indications visées à l'article 146, alinéas 1^{er} et 2, du présent arrêté, la Commission des caisses d'assurance soins doit, conformément à l'article 37, § 1^{er}, du décret du 18 mai 2018, avoir accès aux coordonnées et données d'identification, y compris le numéro NISS, de l'utilisateur en question.

Le ministre précise les données à caractère personnel visées à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 13. À l'article 94, alinéa 2, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le membre de phrase « § 1^{er}, » est inséré entre le membre de phrase « l'article 52, » et le membre de phrase « alinéa 1^{er} » ;

2° le membre de phrase « § 1^{er}, » est inséré entre le membre de phrase « l'article 53, » et le membre de phrase « alinéa 1^{er} ».

Art. 14. À l'article 104, § 2, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le membre de phrase « § 1^{er}, » est inséré entre le membre de phrase « l'article 52, » et le membre de phrase « alinéa 1^{er} » ;

2° le membre de phrase « § 1^{er}, » est inséré entre le membre de phrase « l'article 53, » et le membre de phrase « alinéa 1^{er} ».

Art. 15. Au livre 1^{er}, partie 5, du même arrêté, il est ajouté un titre 4, comprenant les articles 111/1 à 111/8, libellé comme suit :

« Titre 4. Hôpitaux de revalidation

Art. 111/1. En vue des notifications, visées à l'article 534/59, au sujet de l'utilisateur, l'utilisateur transmet son numéro NISS à l'hôpital de revalidation.

L'hôpital de revalidation doit pouvoir accéder, sur la base du numéro NISS de l'utilisateur, aux informations concernant :

1° la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié ;

2° le statut d'assurance de l'utilisateur ;

3° les nom et prénom de l'utilisateur ;

4° la date de naissance de l'utilisateur ;

5° le sexe de l'utilisateur ;

6° le résidence principale de l'utilisateur ;

7° le cas échéant, la date de décès de l'utilisateur.

Art. 111/2. § 1^{er}. En vue des notifications, visées à l'article 534/59, au sujet de l'utilisateur, l'hôpital de revalidation transmet les données suivantes à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié :

1° la notification selon laquelle il s'agit d'une nouvelle admission, d'une sortie, d'une modification ou d'une prolongation de l'admission, d'une absence temporaire, d'une annulation ou d'une correction ;

2° les données relatives à l'admission et au séjour de l'utilisateur. Sont également comprises les données relatives à la santé, notamment le diagnostic principal et secondaire, les interventions effectuées, les données sur l'heure de l'admission de l'utilisateur à l'hôpital de revalidation et de sa sortie de l'hôpital de revalidation et le service dans lequel l'utilisateur a été admis.

Le ministre peut préciser ce qu'il faut entendre par « données relatives à l'admission ».

§ 2. Outre la consultation des informations visées à l'article 52, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins, d'une part, conformément à l'article 22, alinéa 2, du décret précité, et l'agence, d'autre part, conformément à l'article 11, 2°, et à l'article 36, alinéa 1^{er}, du décret précité, doivent pouvoir accéder aux données visées au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, sur la base du numéro NISS de l'utilisateur.

Art. 111/3. Le numéro NISS de l'utilisateur est utilisé dans le cadre de la facturation par les hôpitaux de revalidation conformément à l'article 534/68.

Art. 111/4. Les hôpitaux de revalidation sont tenus de conserver les documents et données nécessaires à l'exécution du présent arrêté pendant une période minimale de dix ans, à moins que le présent arrêté ou une autre législation applicable ne prescrive un délai de conservation spécifique.

Art. 111/5 L'agence conserve les documents et données visés à l'article 111/4 jusqu'à trente ans après la fin de l'hospitalisation en question ou cinq ans après le décès de l'utilisateur.

Art. 111/6. Les documents et données visés aux articles 111/4 et 111/5 peuvent être conservés sous forme électronique.

Art. 111/7. Conformément à l'article 37, § 1^{er}, du décret du 18 mai 2018, la Commission des caisses d'assurance soins doit avoir accès, pour les tâches qui lui ont été dévolues, aux données visées aux articles 111/1 et 111/2, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, à l'exception des données relatives à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Art. 111/8. Les données visées à l'article 50, alinéas 4 et 5, du décret du 18 mai 2018, auxquelles les services sociaux des mutualités, le service social de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, le service social de la Caisse des Soins de santé de la SNCB et les centres publics d'action sociale doivent pouvoir accéder sont celles visées à l'article 111/2, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o. ».

Art. 16. Au livre 1^{er}, partie 5, du même arrêté, il est ajouté un titre 5, comprenant les articles 111/9 à 111/15, libellé comme suit :

« Titre 5. Concertation multidisciplinaire

Art. 111/9. En vue de l'introduction d'une demande d'intervention pour une concertation multidisciplinaire conformément aux dispositions du présent arrêté, l'utilisateur transmet son numéro NISS à l'organisateur de concertation.

L'organisateur de concertation doit pouvoir accéder, sur la base du numéro NISS de l'utilisateur, aux informations concernant :

- 1^o la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié ;
- 2^o le statut d'assurance de l'utilisateur ;
- 3^o les nom et prénom de l'utilisateur ;
- 4^o l'historique des indemnités que l'organisateur de concertation concerné a entrées pour l'utilisateur.

Art. 111/10. En vue de l'introduction d'une demande d'intervention pour une concertation multidisciplinaire conformément aux dispositions du présent arrêté, l'organisateur de concertation traite les données suivantes des prestataires de soins et, le cas échéant, du médiateur de soins :

- 1^o les nom et prénom ;
- 2^o le cas échéant, le nom, l'adresse et le numéro BCE de l'organisation auprès de laquelle le prestataire de soins ou le médiateur de soins travaille ;
- 3^o si le prestataire de soins ou le médiateur de soins ne travaille pas auprès d'une organisation, l'adresse et, le cas échéant, le numéro INAMI ;
- 4^o le numéro de compte de l'institution financière ;
- 5^o la date de la concertation multidisciplinaire à laquelle ils ont pris part.

Art. 111/11. Les demandes d'intervention pour une concertation multidisciplinaire sont introduites auprès de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Outre la consultation des informations visées à l'article 52, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et à l'article 53, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret du 18 mai 2018, les caisses d'assurance soins, d'une part, conformément à l'article 22, alinéa 2, du décret précité, et l'agence dans le cadre de sa fonction de contrôle, d'autre part, conformément à l'article 109, alinéa 2, du décret précité, doivent pouvoir accéder aux informations suivantes sur la base du numéro NISS de l'utilisateur :

- 1^o le statut d'assurance de l'utilisateur ;
- 2^o l'historique des concertations multidisciplinaires qui ont été indemnisées pour l'utilisateur ;
- 3^o le cas échéant, l'admission de l'utilisateur dans un établissement et la durée du séjour dans cet établissement ;
- 4^o le cas échéant, les demandes de concertation multidisciplinaire en cours.

Les caisses d'assurance soins et l'agence, dans le cadre de sa fonction de contrôle, doivent également avoir accès aux données à caractère personnel des prestataires de soins et, le cas échéant, du médiateur de soins visés à l'article 111/10.

Art. 111/12. Le numéro NISS de l'utilisateur est utilisé dans le cadre de la demande d'intervention pour la concertation multidisciplinaire par l'organisateur de concertation, visée à l'article 534/86, § 3.

Art. 111/13. Les organisateurs de concertation conservent les documents de demande et le plan de soins et d'accompagnement pendant une période minimale de dix ans suivant la dernière concertation multidisciplinaire remboursable concernant l'utilisateur.

Art. 111/14. L'agence conserve les documents de demande visés à l'article 111/13 jusqu'à trente jours après la dernière concertation multidisciplinaire remboursable concernant l'utilisateur ou cinq ans après le décès de l'utilisateur.

Art. 111/15. Les documents visés aux articles 111/13 et 111/14 peuvent être conservés sous forme électronique. ».

Art. 17. Dans le même arrêté, il est inséré un article 113/1 libellé comme suit :

« Art. 113/1. Pour remplir la condition visée à l'article 41, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 4^o, du décret du 18 mai 2018, les années civiles suivantes sont considérées comme une année :

1^o une année civile au cours de laquelle l'utilisateur habite au moins un jour dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;

2^o une année civile au cours de laquelle l'utilisateur a, au 1^{er} janvier, la qualité d'assuré social dans un État membre de l'Union européenne, un autre État qui fait partie de l'Espace économique européen ou en Suisse.

Pour remplir la condition visée à l'article 41, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 5^o, du décret du 18 mai 2018, l'utilisateur doit satisfaire à l'obligation d'intégration civique à la date de l'ouverture du droit à l'intervention. ».

Art. 18. Au livre 1^{er}, partie 6, titre 4, du même arrêté, l'intitulé du chapitre 2 est remplacé par ce qui suit :

« Chapitre 2. Récupération d'interventions payées indûment à des structures de soins, des fournisseurs d'aides à la mobilité ou à des participants à la concertation multidisciplinaire ».

Art. 19. L'article 132 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 132. Lorsque des tickets de soins, des interventions pour des aides à la mobilité ou des interventions aux participants à la concertation multidisciplinaire ont été payés indûment à une structure de soins, à un fournisseur d'aides à la mobilité via un droit de tirage ou à un participant à la concertation multidisciplinaire, l'intervention est récupérée ou portée en déduction auprès de la structure de soins, du fournisseur d'aides à la mobilité ou du participant à la concertation multidisciplinaire en question.

Si une personne physique ou une personne morale a perçu les tickets de soins, les interventions pour des aides à la mobilité ou les interventions aux participants à la concertation multidisciplinaire pour son propre compte, elle est solidairement tenue au remboursement avec la structure de soins, le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire. ».

Art. 20. À l'article 133 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, le mot « ou » est remplacé par une virgule ;

2° au paragraphe 1^{er}, les mots « ou au participant à la concertation multidisciplinaire » sont insérés entre les mots « fournisseur d'aides à la mobilité » et le mot « en » ;

3° au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots « ou d'interventions pour des aides à la mobilité » sont remplacés par le membre de phrase « , d'interventions pour des aides à la mobilité ou d'interventions aux participants à la concertation multidisciplinaire » ;

4° au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots « ou au fournisseur d'aides à la mobilité ou au participant à la concertation multidisciplinaire » ;

5° au paragraphe 3, le mot « ou » est chaque fois remplacé par une virgule ;

6° au paragraphe 3, première phrase, les mots « ou au participant à la concertation multidisciplinaire » sont ajoutés.

7° au paragraphe 3, les mots « ou du participant à la concertation multidisciplinaire » sont insérés entre les mots « fournisseur d'aides à la mobilité » et le mot « à ».

Art. 21. Dans le même arrêté, il est inséré un article 133/1 libellé comme suit :

« Art. 133/1. En vue du remboursement des interventions payées indûment, la structure de soins, le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire peut solliciter un plan d'apurement auprès de la caisse d'assurance soins. La caisse d'assurance statue sur ce plan d'apurement. La caisse d'assurance soins transmet à la structure de soins, au fournisseur d'aides à la mobilité ou au participant à la concertation multidisciplinaire un plan d'apurement adapté ou non ou les informe que le plan d'apurement ne peut pas être accepté. ».

Art. 22. À l'article 134 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

a) au point 1° :

1) le mot « ou » est chaque fois remplacé par une virgule ;

2) le membre de phrase « ou le participant à la concertation multidisciplinaire, à défaut de plan d'apurement de la caisse d'assurance soins, » est inséré entre les mots « fournisseur d'aides à la mobilité » et le mot « n'a » ;

3) les mots « pour des aides à la mobilité ou des interventions pour des participants à la concertation multidisciplinaire » sont insérés entre le mot « interventions » et le mot « payés » ;

b) il est ajouté un point 3° libellé comme suit :

« 3° la structure de soins, le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire ne respecte pas scrupuleusement le plan d'apurement de la caisse d'assurance soins. » ;

2° à l'alinéa 2, les modifications suivantes sont apportées :

a) le mot « ou » est remplacé par une virgule ;

b) le mot « personnes » est supprimé et les mots « ou des participants à la concertation multidisciplinaire » sont insérés entre les mots « fournisseurs d'aides à la mobilité » et le mot « auprès ».

Art. 23. Dans le même arrêté, des articles 134/1 et 134/2 sont insérés et libellés comme suit :

« Art. 134/1. § 1^{er}. Il est renoncé à la récupération d'interventions payées indûment à la structure de soins, au fournisseur d'aides à la mobilité ou au participant à la concertation multidisciplinaire lorsque l'intervention payée indûment résulte uniquement d'une erreur de la caisse d'assurance soins ou d'un service administratif ou organisme dont la structure de soins, le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire ne peut normalement pas se rendre compte et que la caisse d'assurance soins n'a pas notifiée à la structure de soins, au fournisseur d'aides à la mobilité ou au participant à la concertation multidisciplinaire dans les deux mois.

§ 2. La caisse d'assurance soins peut renoncer de sa propre initiative à la récupération d'interventions si le montant total des interventions payées indûment est inférieur à 50 euros.

Art. 134/2. La structure de soins, le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire peut former, auprès de l'agence, un recours administratif, tel que visé à l'article 76, § 5, du décret du 18 mai 2018, contre la décision de récupération ou de déduction conformément à l'article 132 du présent arrêté.

Lorsque la structure de soins, le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire a formé un recours administratif tel que visé à l'alinéa 1^{er} avant l'expiration du délai de trois mois, la récupération est suspendue jusqu'à ce que le fonctionnaire dirigeant ait statué sur le recours administratif.

Si le recours administratif est formé après le délai de trois mois, il est déclaré irrecevable. Le délai de trois mois commence à courir à partir du jour de la notification visée à l'article 133, § 1^{er}, ou à partir du jour de l'envoi de la lettre recommandée visée à l'article 133, § 2.

Le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné prend une décision au sujet du recours administratif. ».

Art. 24. À l'article 135 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 1^{er} est abrogé ;

2° à l'alinéa 2, le membre de phrase « ou le fournisseur d'aides à la mobilité a formé un recours tel que visé à l'alinéa 1^{er} avant l'expiration du délai de trois mois, » est remplacé par le membre de phrase « , le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire a formé un recours devant le tribunal du travail avant l'expiration du délai de trois mois visé à l'article 76, § 5, alinéa 2, du décret du 18 mai 2018, ».

Art. 25. À l'article 136 du même arrêté les mots « ou du fournisseur d'aides à la mobilité » sont remplacés par le membre de phrase « , du fournisseur d'aides à la mobilité ou du participant à la concertation multidisciplinaire » et les mots « ou au fournisseur d'aides à la mobilité » sont remplacés par le membre de phrase « , au fournisseur d'aides à la mobilité ou au participant à la concertation multidisciplinaire ».

Art. 26. Au livre 1^{er}, partie 6, du même arrêté, il est ajouté un titre 5, comprenant les articles 137/1 et 137/2, libellé comme suit :

« Titre 5. Sanctions à charge des structures de soins, des fournisseurs d'aides à la mobilité ou des participants à la concertation multidisciplinaire

CHAPITRE 1^{er}. — Généralités

Art. 137/1. Les documents autorisant le paiement des interventions, visés à l'article 76, § 1^{er}, 1°, dernier alinéa, du décret du 18 mai 2018, sont :

1° les engagements de paiement des caisses d'assurance soins ;

2° les factures des structures de soins, des fournisseurs d'aides à la mobilité ou des participants à la concertation multidisciplinaire ;

3° l'approbation de la demande d'intervention.

CHAPITRE 2. — Fraude

Art. 137/2. La caisse d'assurance soins ou l'utilisateur peut notifier à l'agence les indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef de la structure de soins, du fournisseur d'aides à la mobilité ou du participant à la concertation multidisciplinaire.

Le fonctionnaire dirigeant ou le fonctionnaire qu'il a désigné peut informer la structure de soins, le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire, 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, le fournisseur d'aides à la mobilité ou le participant à la concertation multidisciplinaire à lui transmettre ses moyens de défense par envoi recommandé dans les 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 décision visée à l'alinéa 3 est portée à la connaissance de la structure de soins, du fournisseur d'aides à la mobilité ou du participant à la concertation multidisciplinaire par envoi recommandé. La décision prend effet 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 caisses d'assurance soins.

Un recours non suspensif peut être formé devant le tribunal du travail.

La suspension visée à l'alinéa 3 prend fin de plein droit si, dans l'année qui suit la décision, aucun procès-verbal de constat n'a été établi. ».

Art. 27. Dans le même arrêté, il est inséré un article 144/1 libellé comme suit :

« Art. 144/1. § 1^{er}. Les membres de la commission du recours administratif et leurs suppléants reçoivent, pour leurs activités, un jeton de présence pour chaque réunion de la commission du recours administratif à laquelle ils participent.

Le ministre fixe le jeton de présence par réunion. Le ministre peut fixer un nombre maximum de réunions par an pour lesquelles un jeton de présence est alloué et peut décider que deux réunions ou plus de la commission du recours administratif au cours d'une même journée sont considérées comme une seule réunion.

§ 2. Le ministre peut décider que les membres de la commission du recours administratif et leurs suppléants reçoivent une indemnité pour les frais de déplacement liés à leur participation aux réunions et fixe, le cas échéant, l'indemnité.

§ 3. Le ministre détermine les données à caractère personnel des membres de la commission du recours administratif que traite l'agence pour le paiement des jetons de présence et des indemnités visés aux paragraphes 1^{er} et 2. Il s'agit des coordonnées, des données d'identification, y compris le numéro NISS, et du numéro de compte des personnes en question. L'agence conserve ces données à caractère personnel jusqu'à un an maximum après la fin de l'affiliation de l'intéressé à la commission du recours administratif. ».

Art. 28. À l'article 151, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du même arrêté, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 28 juin 2019 et 28 mai 2021, les modifications suivantes sont apportées :

1° au point 5°, les mots « allocation de soins pour les enfants ayant un besoin de soutien spécifique ou » sont insérés devant le mot « supplément » ;

2° il est ajouté un point 8° libellé comme suit :

« 8° l'utilisateur a droit, avant le premier jour du quatrième mois suivant la date d'ouverture du droit à une intervention, à l'intervention forfaitaire visée à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. ».

Art. 29. À l'article 167, § 2, alinéa 2, 3°, du même arrêté, les mots « ou l'allocation de soins pour les enfants ayant un besoin de soutien spécifique » sont insérés entre le mot « familiales » et le membre de phrase « , la durée ».

Art. 30. À l'article 173, alinéa 3, du même arrêté, les mots « ou l'allocation de soins pour les enfants ayant un besoin de soutien spécifique » sont ajoutés.

Art. 31. À l'article 193 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 2, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Les points attribués sont totalisés et, selon ce total, la personne à autonomie réduite appartient à l'une des catégories suivantes, telles que visées à l'article 86 du décret du 18 mai 2018 :

1° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est fixé à 7 ou 8 points appartient à la catégorie 1 ;

2° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est fixé de 9 à 11 points appartient à la catégorie 2 ;

3° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est fixé de 12 à 14 points appartient à la catégorie 3 ;

4° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est fixé à 15 ou 16 points appartient à la catégorie 4 ;

5° l'utilisateur dont le degré d'autonomie est fixé à 17 points au moins appartient à la catégorie 5. » ;

2° il est ajouté un paragraphe 3 libellé comme suit :

« § 3. Par dérogation aux paragraphes 1^{er} et 2, alinéa 1^{er}, les utilisateurs dont la réduction d'autonomie a déjà été évaluée conformément à l'article 10/20 du Code wallon de l'action sociale et de la santé ou conformément à l'article 2 ou 55 de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 28 janvier 2021 portant exécution de l'ordonnance du 10 décembre 2020 relative à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées sont classés dans l'une des catégories visées au paragraphe 2, alinéa 2, sur la base du résultat de l'évaluation déjà réalisée à condition que cette évaluation soit encore valable. ».

Art. 32. À l'article 233 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 décembre 2020, le paragraphe 1^{er} est abrogé.

Art. 33. À l'article 247 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « et complétée par l'utilisateur » sont remplacés par les mots « et d'un formulaire de demande signé par le fournisseur et l'utilisateur » ;

2° il est ajouté un alinéa 2 libellé comme suit :

« L'utilisateur s'adresse, muni de la prescription médicale visée à l'alinéa 1^{er}, à un fournisseur d'aides à la mobilité de son choix, qui, conformément à la prescription médicale, procède à une évaluation de l'aide à la mobilité à laquelle l'utilisateur est éligible. ».

Art. 34. À l'article 252, alinéa 1^{er}, du même arrêté, les mots « et complétée par l'utilisateur » sont remplacés par les mots « et d'un formulaire de demande signé par le fournisseur et l'utilisateur ».

Art. 35. À l'article 258, alinéa 2, du même arrêté, les mots « et complétée par l'utilisateur » sont abrogés.

Art. 36. À l'article 281, alinéa 1^{er}, du même arrêté, les mots « et un formulaire de demande signé par le fournisseur et l'utilisateur » sont ajoutés.

Art. 37. À l'article 292 du même arrêté, il est ajouté un point 4° libellé comme suit :

« 4° un formulaire de demande signé par le fournisseur et l'utilisateur. ».

Art. 38. À l'article 294, alinéa 1^{er}, du même arrêté, le membre de phrase « un formulaire de demande signé par le fournisseur et l'utilisateur, » est inséré entre le mot « demande » et le mot « le ».

Art. 39. À l'article 301 du même arrêté, le membre de phrase « un formulaire de demande signé par le fournisseur et l'utilisateur, » est inséré entre le mot « demande » et le mot « le ».

Art. 40. À l'article 316, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du même arrêté, les mots « et complétée par l'utilisateur » sont remplacés par les mots « et d'un formulaire de demande signé par le fournisseur et l'utilisateur ».

Art. 41. À l'article 326 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mars 2019, il est ajouté un alinéa 4 libellé comme suit :

« Le présent article ne s'applique pas aux interventions pour des aides à la marche. »

Art. 42. À l'article 337 du même arrêté, il est ajouté un alinéa 4, libellé comme suit :

« Si le document de remise ou le contrat de location visé à l'alinéa 3 n'est pas introduit dans les six mois qui suivent l'approbation partielle ou totale de la demande d'intervention pour l'aide à la mobilité conformément à l'article 248, § 2, alinéa 2, à l'article 253, § 4, alinéa 1^{er}, à l'article 256, alinéa 1^{er}, à l'article 258, alinéa 1^{er}, ou à l'article 298, § 1^{er}, le dossier est clôturé et plus aucune intervention ne peut être accordée dans le cadre de la présente demande pour la remise de l'aide à la mobilité conformément à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 43. À l'article 349 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, alinéa 3, les mots « et par l'utilisateur » sont abrogés ;

2° au paragraphe 2, alinéa 3, le membre de phrase « ainsi que par l'utilisateur, » est abrogé.

Art. 44. À l'article 383 du même arrêté, il est ajouté un paragraphe 3 libellé comme suit :

« § 3. Le ministre détermine les données à caractère personnel des membres de la Commission consultative Aides à la mobilité que traite l'agence pour le paiement des jetons de présence et des indemnités visés aux paragraphes 1^{er} et 2. Il s'agit des coordonnées, des données d'identification, y compris le numéro NISS, et du numéro de compte des personnes en question. L'agence conserve ces données à caractère personnel jusqu'à un an maximum après la fin de l'affiliation de l'intéressé à la Commission consultative Aides à la mobilité. ».

Art. 45. À l'article 389 du même arrêté, il est ajouté un paragraphe 3 libellé comme suit :

« § 3. Le ministre détermine les données à caractère personnel des membres de la Commission technique spéciale que traite l'agence pour le paiement des jetons de présence et des indemnités visés aux paragraphes 1^{er} et 2. Il s'agit des coordonnées, des données d'identification, y compris le numéro NISS, et du numéro de compte des personnes en question. L'agence conserve ces données à caractère personnel jusqu'à un an maximum après la fin de l'affiliation de l'intéressé à la Commission technique spéciale. ».

Art. 46. Dans le même arrêté, il est inséré un livre 3/4, comprenant les articles 534/13 à 534/78, libellé comme suit :

« Livre 3/4. Hôpitaux de revalidation

Partie 1^{re}. — Définitions

Art. 534/13. Dans le présent livre, on entend par :

- 1° BMUC : Belgian Meaningful Use Criteria ;
- 2° 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 ;
- 3° exercice : la période qui débute le 1^{er} janvier d'une année et se termine le 31 décembre de la même année pour les hôpitaux de revalidation ;
- 4° loi coordonnée du 10 juillet 2008 : la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;
- 5° centre de frais : un centre de frais tel que visé à l'annexe 2 à l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux ;
- 6° 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 ;
- 7° patient : un usager auquel des soins de santé sont ou seront dispensés dans un hôpital de revalidation ;
- 8° IF.IC asbl : l'Institut de Classification de Fonctions asbl - het Instituut voor Functieclassificatie vzw ;
- 9° absence temporaire : la période durant laquelle le patient, admis dans un hôpital de revalidation, quitte l'hôpital de revalidation sans qu'il soit mis fin aux soins par une notification à la caisse d'assurance soins, telle que visée à l'article 534/65, et sans qu'il soit transféré dans un autre hôpital (de revalidation).

Partie 2. — Fixation du budget

TITRE 1^{er}. — Dispositions générales

Art. 534/14. Le ministre détermine annuellement le budget de chaque hôpital de revalidation pour un exercice. Sans préjudice de l'application de dispositions contraires du présent arrêté, ce budget est fixé le 1^{er} janvier de chaque année.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le budget est augmenté à partir du premier jour du mois qui suit celui durant lequel l'indice-pivot est dépassé conformément à l'article 534/34

Art. 534/15. 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.

TITRE 2. — Le budget de base visé à l'article 534/15, 1°

Art. 534/16. Le budget de base couvre les coûts des éléments constitutifs, visés à l'annexe 6 jointe au présent arrêté, qui ne sont pas couverts par le budget conditionnel, le budget recalculé annuellement ou le budget correctif visés aux articles 534/18, 534/24 et 534/28.

Afin de financer l'augmentation récurrente du pouvoir d'achat au moyen de l'augmentation de l'allocation de fin d'année à partir de 2021, en exécution du sixième Accord intersectoriel flamand du 30 mars 2021 en faveur des secteurs sociaux/non-marchands à partir de l'exercice 2022, un budget est prévu dans le budget de base des hôpitaux publics de revalidation.

Art. 534/17. Le budget de base pour l'exercice débutant le 1^{er} janvier 2022 se compose du budget de base pour l'exercice débutant 1^{er} janvier 2021, calculé conformément à l'article 242 de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021, et octroyé le 1^{er} juillet 2021.

Le budget visé à l'article 534/16, alinéa 2, s'élève à 110.521,86 euros. Ce budget est augmenté d'un facteur exprimant la hausse des coûts salariaux sur la base de l'évolution de l'index, de l'ancienneté et du nombre d'équivalents temps plein.

Le budget de base pour l'exercice débutant le 1^{er} janvier 2023 et pour chacun des exercices suivants se compose du budget de base pour l'exercice débutant le 1^{er} janvier 2022, tel qu'indexé conformément à l'article 534/34.

TITRE 3. — Le budget conditionnel visé à l'article 534/15, 2°

CHAPITRE 1^{er}. — Sous-parties

Art. 534/18. 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.

CHAPITRE 2. — Montant en vue de promouvoir le contrôle qualité

Art. 534/19. Dans le présent article, on entend par VIP² : 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 124.377,49 euros est réparti entre les hôpitaux de revalidation qui ont conclu avec l'agence des Soins et de la Santé un accord sur la participation au projet VIP².

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 10.200 euros, le montant (X) est réputé égal à 10.200 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 des Soins et de la Santé 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 des Soins et de la Santé, en temps utile, suivant les dates convenues, les données d'enregistrement définies dans les protocoles des indicateurs du projet VIP², conformément aux règles fixées dans l'accord conclu avec l'agence des Soins et de la Santé sur la participation au projet VIP².

CHAPITRE 3. — *Montant en vue de promouvoir la mise en œuvre du dossier patient informatisé*

Art. 534/20. 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 BMUC, repris à l'annexe 7 jointe au présent arrêté, un financement forfaitaire est prévu selon les conditions énoncées aux articles 534/21 à 534/23 du présent arrêté.

Cette sous-partie du budget conditionnel consiste en un montant de 680.638,83 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. 534/21. Le socle par hôpital de revalidation visé à l'article 534/20, alinéa 2, 1°, est calculé chaque année et est identique pour tous les hôpitaux de revalidation. Ce socle représente 5 % du montant disponible visé à l'article 534/20, alinéa 2, par exercice.

Pour pouvoir bénéficier du financement visé à l'alinéa 1^{er}, l'hôpital de revalidation doit satisfaire annuellement aux conditions de communication des données visées dans la partie 6.

Si un hôpital de revalidation ne respecte pas les conditions de communication des données visées dans la partie 6, 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.

Le socle par lit agréé visé à l'article 534/20, 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 des Soins et de la Santé au moment du calcul du budget. Ce socle représente 10 % du montant disponible visé à l'article 534/20, alinéa 2, par exercice.

Pour pouvoir bénéficier du financement visé à l'alinéa 1^{er}, l'hôpital de revalidation doit satisfaire annuellement aux conditions de communication des données visées dans la partie 6.

Si un hôpital de revalidation ne respecte pas les conditions de communication des données visées dans la partie 6, 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. 534/22. § 1^{er}. Le budget 'accélérateur' visé à l'article 534/20, alinéa 2, 3°, est un 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 les exercices 2022 et 2023 : 70 % du montant disponible visé à l'article 534/20, alinéa 2 ;
- 2° pour chaque exercice à partir de l'exercice 2024 : 85 % du montant disponible visé à l'article 534/20, alinéa 2.

§ 2. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1^{er}, 1°, pour l'exercice 2022, l'hôpital de revalidation doit, conformément à l'article 248, § 5, de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021, 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 des Soins et de la Santé au moment du calcul du budget.

§ 3. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1^{er}, 1°, pour l'exercice 2023, l'hôpital de revalidation doit avoir réalisé, au 31 juillet 2022, le stade 3 des BMUC, repris à l'annexe 7 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 des Soins et de la Santé au moment du calcul du budget.

§ 4. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1^{er}, 2°, 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 7 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 des Soins et de la Santé au moment du calcul du budget.

Art. 534/23. § 1^{er}. Le budget 'early adopter' visé à l'article 534/20, alinéa 2, 4°, 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 534/22. Le budget 'early adopter' est calculé annuellement pour chaque hôpital de revalidation. Le budget 'early adopter' représente 15 % du montant disponible visé à l'article 534/20, alinéa 2.

Le budget 'early adopter' est réparti entre les hôpitaux de revalidation qui satisfont aux conditions visées aux paragraphes 2 et 3 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 et 3 sont basées sur un système de points. Pour chaque stade atteint mentionné à l'annexe 1^{re} des BMUC, repris à l'annexe 7 jointe au présent arrêté, un point est octroyé par fonctionnalité des BMUC.

§ 2. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, pour l'exercice 2022, l'hôpital de revalidation doit, conformément à l'article 249, § 5, de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021, 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.

§ 3. Pour pouvoir bénéficier du financement visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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.

TITRE 4. — *Le budget recalculé annuellement visé à l'article 534/15, 3°*CHAPITRE 1^{er}. — *Sous-parties*

Art. 534/24. Le budget recalculé annuellement se compose des sous-parties suivantes :

- 1° le montant compensatoire des mesures de fin de carrière ;
- 2° le montant compensatoire du complément de la prime d'attractivité ;

3° le montant compensatoire de la classification de fonctions en exécution du cinquième Accord intersectoriel flamand du 8 juin 2018 et du sixième Accord intersectoriel flamand du 30 mars 2021 en faveur des secteurs sociaux/non-marchands pour l'exercice 2022.

CHAPITRE 2. — *Le montant compensatoire des mesures de fin de carrière*

Art. 534/25. § 1^{er}. 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 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, les ergothérapeutes, les logopèdes et les 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 à des journées ou des heures de travail 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^{er} 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 par an. 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 à 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 à des 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 pas 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° pour les personnes bénéficiaires des mesures de fin de carrière avant le 1^{er} octobre 2005, ces mesures demeurent applicables. Les personnes bénéficiaires des mesures de fin de carrière instaurées avant le 1^{er} octobre 2005, qui ont fait le choix de la prime salariale, continuent à recevoir la prime de carrière ;

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, les ergothérapeutes, les logopèdes, les diététiciens, les éducateurs accompagnants intégrés dans les équipes de soins, les assistants sociaux et les assistants en psychologie occupés dans les équipes de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les psychologues, les orthopédagogues et les 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) A_a : 52.601,64 euros pour la catégorie a ;

b) A_b : 52.601,64 euros pour la catégorie b ;

c) A_c : 42.867,02 euros pour la catégorie c ;

d) A_d : 42.826,30 euros pour la catégorie d ;

e) T1 : le nombre hebdomadaire d'heures de dispense que le travailleur embauché en compensation ou le travailleur qui augmente sa durée de travail compense ;

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 concernée ;

h) Y : le nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le travailleur embauché en compensation 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) A_a : 72.569,30 euros pour la catégorie a ;

b) A_b : 72.569,30 euros pour la catégorie b ;

c) A_c : 54.048,80 euros pour la catégorie c ;

d) A_d : 48.836,69 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 concernée 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 données suivantes 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 d'heures non assimilées.

Les hôpitaux de revalidation communiquent les données visées à l'alinéa 1^{er} à l'agence des Soins et de la Santé conformément aux conditions visées à l'article 534/46 et à l'article 534/47, 3°.

Si le gestionnaire de l'hôpital ne communique pas à l'agence des Soins et de la Santé les données visées à l'alinéa 1^{er} dans le délai visé à l'article 534/46, 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 données communiquées de l'exercice n-2.

Concernant les exercices jusqu'à 2016 pour lesquels le montant est calculé conformément à l'article 79, § 3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2018, un montant de rattrapage est liquidé conformément à l'article 534/30, § 1^{er}.

§ 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, alinéa 2, 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^{er}, 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 d'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 un état des lieux annuel des mesures de fin de carrière au conseil d'entreprise ou au comité de concertation local.

CHAPITRE 3. — *Le montant compensatoire du complément de la prime d'attractivité*

Art. 534/26. 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 dans le budget recalculé annuellement, conformément aux alinéas 3 et 4.

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 836,22 euros. Ces 836,22 euros comprennent 620,93 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 867,60 euros. Ces 867,60 euros comprennent 644,21 euros, majorés des cotisations patronales.

Les hôpitaux de revalidation fournissent les données suivantes 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 données communiquées, visées à l'alinéa 5, de l'exercice n-2.

Concernant les exercices jusqu'à 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'en vigueur au 31 décembre 2018, un montant de rattrapage est liquidé conformément à l'article 534/30, § 2, du présent arrêté.

CHAPITRE 4. — *Le montant compensatoire de la classification de fonctions en exécution du cinquième Accord intersectoriel flamand du 8 juin 2018 et du sixième Accord intersectoriel flamand du 30 mars 2021 en faveur des secteurs sociaux/non-marchands pour l'exercice 2022.*

Art. 534/27. En vue de financer l'augmentation des salaires en exécution du cinquième Accord intersectoriel flamand du 8 juin 2018 et du sixième Accord intersectoriel flamand du 30 mars 2021 en faveur des secteurs sociaux/non-marchands pour l'exercice 2022, un budget est prévu dans le budget recalculé annuellement.

Le budget visé à l'alinéa 1^{er} s'élève à 5.427.541,49 euros pour les hôpitaux privés de revalidation et à 268.834,52 euros pour les hôpitaux publics de revalidation. D'une part, ce budget est augmenté d'un facteur exprimant la hausse des coûts salariaux sur la base de l'évolution de l'index, de l'ancienneté et du nombre d'équivalents temps plein. D'autre part, il est diminué du prélèvement dans le cadre du renforcement du deuxième pilier des pensions, tel que prévu par le cinquième Accord intersectoriel flamand du 8 juin 2018 et le sixième Accord intersectoriel flamand du 30 mars 2021.

Le budget visé à l'alinéa 1^{er} est réparti provisoirement entre les hôpitaux privés de revalidation, en tenant compte du nombre d'équivalents temps plein par hôpital de revalidation qui, conformément à l'article 534/26, entre en considération pour le calcul du complément de la prime d'attractivité.

La répartition définitive du budget visé à l'alinéa 1^{er} est déterminée sur la base du calcul communiqué par l'IFIC asbl en mars 2023 à l'agence des Soins et de la Santé. À cet égard, il est compte tenu du fait que le montant visé à l'alinéa 2 ne peut pas être dépassé. À cet effet, un montant correcteur est prévu pour l'exercice 2024 conformément à l'article 534/30, § 5.

TITRE 5. — *Le budget correctif visé à l'article 534/15, 4°*

Art. 534/28. Le budget correctif comporte les sous-parties suivantes :

- 1° les corrections pour les exercices précédents, fixées conformément à l'article 534/29 ;
- 2° les montants de rattrapage pour un manque ou un surplus de recettes par rapport au budget fixé pour l'exercice en cours ou pour un ou plusieurs exercices antérieurs, à savoir :
 - a) les montants fixés conformément à l'article 534/30 ;
 - b) les montants fixés conformément à l'article 534/31 ;
- 3° les montants en cas de fermeture ou d'ouverture de lits hospitaliers, fixés conformément à l'article 534/32 ;
- 4° les montants destinés au règlement des montants provisionnels fixés conformément à l'article 534/33.

Art. 534/29. 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 sont calculées conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2018.

Art. 534/30. § 1^{er}. En vue de financer les mesures de fin de carrière visées à l'article 534/25, un montant de rattrapage est prévu dans le budget correctif pour les exercices jusqu'à 2016.

Le montant visé à l'alinéa 1^{er} est la différence entre le montant définitif et le montant provisionnel, calculée conformément à l'article 79, § 3, 3°, de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2018.

§ 2. En vue de financer le complément de la prime d'attractivité visé à l'article 534/26, un montant de rattrapage est prévu dans le budget correctif pour les exercices jusqu'à 2016.

Le montant visé à l'alinéa 1^{er} est la différence entre le montant compris dans le budget des moyens financiers pour les années visées à l'alinéa 1^{er} et le montant calculé pour ces années conformément à l'article 79bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2018, et sur la base des données communiquées pour cette année.

§ 3. En vue de financer l'augmentation des salaires due à la classification de fonctions visée à l'article 252/1 de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021, pour les exercices 2020 et 2021, un montant correcteur est fixé dans le budget correctif pour les exercices 2022 et 2023 respectivement.

Le montant visé à l'alinéa 1^{er} est la différence entre le montant provisionnel que l'hôpital de revalidation reçoit conformément à l'article 252/1, alinéa 4, de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021, et le montant que l'IFIC asbl communique pour cet hôpital de revalidation conformément à l'article 252/1, alinéa 5, de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021.

§ 4. En vue de financer l'augmentation des salaires due à la classification de fonctions visée à l'article 252/2 de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021, pour l'exercice 2021, un montant correcteur est fixé dans le budget correctif pour l'exercice 2023.

Le montant visé à l'alinéa 1^{er} est la différence entre le montant provisionnel que l'hôpital de revalidation reçoit conformément à l'article 252/2, alinéa 3, de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021, et le montant que l'IFIC asbl communique pour cet hôpital de revalidation conformément à l'article 252/2, alinéa 4, de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021.

§ 5. En vue de financer l'augmentation des salaires due à la classification de fonctions visée à l'article 534/27 pour l'exercice 2022, un montant correcteur est fixé dans le budget correctif pour l'exercice 2024.

Le montant visé à l'alinéa 1^{er} est la différence entre le montant provisionnel que l'hôpital de revalidation reçoit conformément à l'article 534/27, alinéa 3, et le montant que l'IFIC asbl communique pour cet hôpital de revalidation conformément à l'article 534/27, alinéa 4.

§ 6. Afin de financer l'augmentation récurrente du pouvoir d'achat au moyen de l'augmentation de l'allocation de fin d'année à partir de 2021, en exécution du sixième Accord intersectoriel flamand du 30 mars 2021 en faveur des secteurs sociaux/non-marchands pour l'exercice 2021, un montant correcteur est fixé dans le budget correctif des hôpitaux publics de revalidation pour l'exercice 2022.

Le montant visé à l'alinéa 1^{er} s'élève à 110.521,86 euros.

Art. 534/31. Pour la révision de la scission des parties fixe et variable du budget calculé conformément à l'article 534/36, § 2, à la fin de chaque exercice, un montant de rattrapage est prévu dans le budget correctif.

Art. 534/32. 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 dont le budget de base de l'autre hôpital de revalidation a été 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.

Art. 534/33. Un montant est mis à disposition dans le budget correctif pour le règlement des montants octroyés à titre provisionnel.

Pour l'exercice 2022, un montant, calculé comme la différence entre le montant octroyé à titre provisionnel visé à l'article 249/1 de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021, et les coûts réels du transport de patients en vue de contrôler la pandémie de COVID-19, est mis à disposition. Le ministre détermine les modalités selon lesquelles l'hôpital de revalidation doit justifier les coûts réels dans l'accord visé à l'article 249/1 de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021.

TITRE 6. — Indexation du budget

Art. 534/34. Les parties suivantes du budget, visées à l'article 534/15, 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^{er} et les montants visés dans le présent arrêté sont liés à l'indice-pivot 107,20 (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.

Partie 3. — Notification de la décision

Art. 534/35. L'agence des Soins et de la Santé communique au gestionnaire de l'hôpital la décision du ministre quant à la fixation du budget, visée aux articles 534/14 et 534/40.

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 être d'accord avec la fixation du budget.

Partie 4. — Liquidation du budget

TITRE 1. — Fixation des parties fixe et variable du budget

Art. 534/36. § 1^{er}. La partie fixe du budget est constituée de 80 % du budget de base, visé à l'article 534/16, augmenté du budget conditionnel, du budget recalculé annuellement et du budget correctif, visés aux articles 534/18, 534/24 et 534/28.

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^{er} 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 534/31.

TITRE 2. — Liquidation du budget pour les patients visés à l'article 115 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008

Art. 534/37. Pour les patients visés à l'article 115 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, la partie fixe visée à l'article 534/36, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du présent arrêté est liquidée en douzièmes par les caisses d'assurance soins, en proportion de leur part respective dans les journées d'hospitalisation réalisées au cours du dernier exercice connu pour l'hôpital de revalidation concerné.

Pour les patients visés à l'alinéa 1^{er}, la partie variable visée à l'article 534/36, § 1^{er}, 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 titre.

Les caisses d'assurance soins paient la partie fixe du budget, visée à l'article 534/36, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, aux hôpitaux de revalidation au plus tard le cinquième jour de chaque mois. Le ministre peut déterminer les modalités du paiement.

TITRE 3. — Liquidation du budget pour les patients visés à l'article 116 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008

Art. 534/38. Concernant les patients dont l'hospitalisation ne donne pas lieu à une intervention dans le cadre de la protection sociale flamande, visée 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 534/36, § 1^{er}, sont additionnées et divisées par les journées d'hospitalisation réalisées au cours du dernier exercice connu.

TITRE 4. — Conséquences du non-respect des conditions

Art. 534/39. § 1^{er}. Si un hôpital de revalidation ne respecte pas les conditions visées dans la partie 5, l'agence des Soins et de la Santé lui envoie un rappel par voie électronique, fixant un délai de trente jours pour y satisfaire.

Si l'agence des Soins et de la Santé constate, à l'expiration du délai visé à l'alinéa 1^{er}, 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 dans la partie 6, l'agence des Soins et de la Santé lui envoie un rappel par voie électronique, fixant un nouveau délai de trente jours pour communiquer les données visées dans la partie 6.

Si l'agence des Soins et de la Santé constate, à l'expiration du délai visé à l'alinéa 1^{er}, 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 des Soins et de la Santé soit en possession des données demandées. En vue de la fixation de la durée de cette sanction, tout mois entamé est considéré comme un mois complet.

Si l'agence des Soins et de la Santé constate, six mois après l'expiration du délai visé à l'alinéa 1^{er}, que le gestionnaire de l'hôpital n'a pas réservé la suite souhaitée, la partie du budget se rapportant aux données manquantes est considérée comme égale à zéro lors de la fixation suivante du budget.

Art. 534/40. 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^{er} que lorsque l'agence des Soins et de la Santé 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 des Soins et de la Santé et que l'hôpital de revalidation n'y a pas donné suite.

Partie 5. — Déclaration d'admission

Art. 534/41. § 1^{er}. Au plus tard au début de l'admission, une série de documents sont soumis à la signature du patient ou de 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 dénommée « le représentant ».

Cette série comporte les documents suivants :

1° une déclaration d'admission établie conformément au modèle figurant à l'annexe 8 ou à l'annexe 9 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 10 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^{er}, alinéa 2, 1°, 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 8, 9 et 10 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 omise 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 8, 9 et 10 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^{er}, 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 8, 9 et 10 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 établie et 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. 534/42. La liste, visée à l'article 534/441, § 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 précisés.

Art. 534/43. 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. 534/44. 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 doit pouvoir présenter, à la simple demande de l'agence des Soins et de la Santé, 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 534/41, § 4.

Partie 6. — Communication de données

Art. 534/45. Les données relatives à la situation financière et aux résultats d'exploitation recouvrent :

- 1° le bilan de clôture ;
- 2° le compte de résultats, ventilé par centre d'activités ;
- 3° un tableau récapitulatif des composantes relatives aux clés de répartition appliquées dans la comptabilité de gestion ;
- 4° 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° le relevé annuel du nombre de journées d'hospitalisation réalisé durant l'exercice concerné, ainsi que la ventilation de ces journées par organisme de paiement ;
- 2° les données relatives aux mesures de fin de carrière visées à l'article 534/25, § 4, alinéa 1^{er}, et § 6, alinéa 3 ;
- 3° les données relatives au complément de la prime d'attractivité visé à l'article 534/26, alinéa 5.

Les données relatives aux activités et au suivi de la qualité recouvrent :

1° 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 caisses d'assurance soins visées à l'article 534/37 ont accordé une intervention financière :

- a) les journées d'hospitalisation ;
- b) les admissions à l'hôpital de revalidation ;
- 2° les sorties de l'hôpital de revalidation ;
- 3° 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 l'article 127 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 la véracité des données communiquées.

Art. 534/46. Les données visées à l'article 534/45 sont communiquées à l'agence des Soins et de la Santé au plus tard le 31 août de l'année qui suit celle à laquelle elles se rapportent.

Art. 534/47. Les données visées à l'article 534/45 sont communiquées comme suit :

- 1° les données visées à l'article 534/45, alinéa 1^{er}, 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 534/45, alinéa 1^{er}, 3°, selon les modalités prévues par le ministre ;
- 3° les données visées à l'article 534/45, alinéa 2, selon les modalités prévues par l'agence des Soins et de la Santé ;
- 4° les données visées à l'article 534/45, alinéa 3, 1°, selon les conditions prévues par l'agence des Soins et de la Santé ;
- 5° les données visées à l'article 534/45, alinéa 3, 2°, selon les conditions prévues par le Gouvernement flamand.

Art. 534/48. L'hôpital de revalidation conserve pendant dix ans les documents à l'appui des données visées à l'article 534/45, alinéa 1^{er}.

L'hôpital de revalidation conserve pendant cinq ans les documents à l'appui des données visées à l'article 534/45, alinéas 2 et 3.

Art. 534/49. Les hôpitaux de revalidation tiennent les nom et prénom, l'adresse professionnelle, le numéro de téléphone et l'adresse de courrier électronique des personnes suivantes à la disposition de l'agence des Soins et de la Santé :

- 1° le directeur, le médecin en chef et le chef du département infirmier de l'hôpital de revalidation ;
- 2° les personnes chargées de la communication des données visées à l'article 534/45, alinéa 1^{er}, de l'hôpital de revalidation ;
- 3° la personne ou les personnes chargées de la communication des données statistiques, visées à l'article 534/45, de l'hôpital de revalidation ;
- 4° le délégué à la protection des données visé au point 9°quater, e), de la partie I^{re}, point III, de l'annexe à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Les données à caractère personnel visées à l'alinéa 1^{er} sont traitées afin de pouvoir engager rapidement une communication avec l'hôpital de revalidation, aussi bien une communication générale qu'une communication concernant l'obtention des données nécessaires à la fixation du budget.

L'hôpital de revalidation conserve les données à caractère personnel visées à l'alinéa 1^{er} jusqu'à un an après le départ de l'intéressé.

Art. 534/50. Le ministre ou l'agence des Soins et de la Santé peut réclamer au gestionnaire de l'hôpital de revalidation toutes les données utiles à la fixation du budget.

Partie 7. — Interventions pour les journées d'hospitalisation

TITRE 1^{er}. — Généralités

Art. 534/51. Une intervention pour une journée d'hospitalisation telle que visée à l'article 534/37, alinéa 2, est due pour chaque journée d'hospitalisation qui comporte au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après huit heures le lendemain.

Le jour d'admission et le jour de sortie sont considérés ensemble comme une seule journée d'hospitalisation et portés en compte comme suit :

1° la journée d'hospitalisation est portée en compte pour le jour d'admission si l'admission a eu lieu avant 12 heures et la sortie avant 14 heures ;

2° la journée d'hospitalisation est portée en compte pour le jour de sortie si l'admission a eu lieu après 12 heures, quelle que soit l'heure de départ le jour de sortie.

Par dérogation à l'alinéa 2, le jour d'admission et le jour de sortie sont considérés comme deux journées d'hospitalisation si l'admission du patient a eu lieu avant 12 heures le jour d'admission et son départ a eu lieu après 14 heures le jour de sa sortie de l'hôpital de revalidation. Dans ce cas, deux journées d'hospitalisation peuvent être portées en compte.

Si un patient décède le jour de son admission, le paiement d'une journée d'hospitalisation est dû.

En cas d'absence temporaire du patient, le jour de départ ne peut être porté en compte que si le patient quitte l'hôpital de revalidation après 14 heures et le jour du retour ne peut être porté en compte que si le patient regagne l'hôpital de revalidation avant 12 heures.

La durée de l'absence temporaire ne peut pas excéder cinq jours. La date de retour du patient à l'hôpital de revalidation est fixée dès le début de l'absence temporaire.

Art. 534/52. Une intervention pour une journée d'hospitalisation 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 se trouve au sein de l'hôpital de revalidation où le patient a été admis ;

3° une intervention pour l'utilisation d'une équipe d'accompagnement multidisciplinaire si l'utilisation couvre la même période ;

4° 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 ;

5° une intervention pour un séjour dans une maison de soins psychiatriques durant la même période ;

6° une indemnité pour une hospitalisation d'au moins une nuitée sur la base de l'assurance maladie-invalidité fédérale si le séjour a lieu le même jour.

TITRE 2. — Quote-part personnelle et indemnités supplémentaires

Art. 534/53. Dans les hôpitaux de revalidation, une quote-part personnelle peut être portée en compte au patient. La quote-part personnelle est une intervention financière du patient dans le coût des soins.

Une quote-part personnelle ne peut être portée en compte que si une intervention pour les journées d'hospitalisation est octroyée au patient.

Art. 534/54. Dans les hôpitaux de revalidation, des indemnités supplémentaires peuvent être portées en compte au patient. Les indemnités supplémentaires sont les coûts à charge du patient pour les services et les biens qui sont fournis par l'hôpital de revalidation et qui ne sont pas remboursés par l'intervention pour les journées d'hospitalisation ni par la quote-part personnelle.

Des indemnités supplémentaires ne peuvent être portées en compte au patient auquel une intervention pour les journées d'hospitalisation est octroyée que dans la mesure où ces indemnités supplémentaires sont énoncées de manière limitative dans les explications fournies au patient conformément à l'article 534/41.

Art. 534/55. Pour un séjour dans un hôpital de revalidation, la quote-part personnelle pour le premier jour du séjour s'élève à 43,84 euros. À partir du deuxième jour du séjour, la quote-part personnelle s'élève à 16,57 euros par jour.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, la quote-part personnelle s'élève à 16,57 euros par jour à partir du premier jour dans les cas suivants :

1° 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° le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital de revalidation ;

3° 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° le séjour débute dans les nonante jours suivant la fin d'une admission pour revalidation résidentielle dans une structure de revalidation.

Art. 534/56. Par dérogation à l'article 534/55, la quote-part personnelle pour un séjour dans un hôpital de revalidation s'élève à 33,16 euros le premier jour du séjour et à 5,89 euros par jour à partir du deuxième jour du séjour pour les catégories suivantes de patients :

1° les enfants qui ont la qualité de personne à charge, conformément à l'article 32, alinéa 1^{er}, 20° et 23°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

2° les patients 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^{er}, 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^{er}, la quote-part personnelle pour les catégories de patients visées à l'alinéa 1^{er} s'élève à 5,89 euros par jour à partir du premier jour dans les cas suivants :

1° 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° le séjour débute dans les nonante jours suivant la sortie d'un hôpital de revalidation ;

3° 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° le séjour débute dans les nonante jours suivant la fin d'une admission pour revalidation résidentielle dans une structure de revalidation.

Art. 534/57. Par dérogation à l'article 534/55, la quote-part personnelle des patients ayant droit à l'intervention majorée s'élève à 5,89 euros par jour à partir du premier jour pour un séjour dans un hôpital de revalidation.

Art. 534/58. Les montants visés aux articles 534/55 à 534/57 sont liés à l'indice-pivot 107,20 (base 2013=100) et adaptés à l'évolution de l'indice visé à l'alinéa 2.

L'adaptation des montants en fonction de l'évolution de l'indice visé à l'alinéa 1^{er} 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. En cas de dépassement de l'indice-pivot, l'augmentation est appliquée à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit le moment où l'indice atteint le chiffre qui justifie une modification.

TITRE 3. — Admission

Art. 534/59. À chaque admission d'un patient dans un hôpital de revalidation, l'hôpital de revalidation envoie une notification de l'admission à la caisse d'assurance soins, dans les trois jours ouvrables suivant le jour de l'admission, par le biais d'une application numérique en vue d'obtenir une intervention pour les journées d'hospitalisation.

Si l'hospitalisation dure plus de quinze jours et chaque fois que l'hospitalisation dure plus longtemps que la période, visée à l'article 534/63, alinéa 3, que la caisse d'assurance soins a fixée, l'hôpital de revalidation envoie une demande de prolongation de l'hospitalisation à la caisse d'assurance soins, par le biais d'une application numérique, au plus tard le quinzième jour de l'hospitalisation ou au plus tard le dernier jour de la période approuvée visée à l'article 534/63, alinéa 3.

L'horodatage, sous forme de timbre horodateur, des messages électroniques fait foi du moment de la notification de l'admission et du moment de la demande de prolongation de l'hospitalisation.

Les articles 534/75 à 534/78 s'appliquent dans le cadre de l'envoi des notifications visées aux alinéas 1^{er} et 2.

Art. 534/60. Chaque demande de prolongation visée à l'article 534/59, alinéa 2, est accompagnée d'un rapport médical. Ce rapport médical est soumis pour avis conforme à la Commission des caisses d'assurance soins dans les cas définis par le ministre.

Art. 534/61. À chaque absence temporaire et à chaque déménagement d'un service hospitalier, l'hôpital de revalidation envoie une notification à la caisse d'assurance soins, par le biais d'une application numérique, dans les trois jours ouvrables suivant le jour du début de l'absence temporaire ou suivant le jour du déménagement.

Art. 534/62. La caisse d'assurance soins est chargée de contrôler le statut d'assurance du patient et les conditions visées à l'article 534/52 afin de recevoir une intervention pour les jours d'hospitalisation et demande, si nécessaire, les informations manquantes.

Art. 534/63. Une fois que la caisse d'assurance soins a effectué les contrôles visés à l'article 534/62, elle envoie à l'hôpital de revalidation, dans les trois jours ouvrables de la réception de la notification de l'admission ou de la demande de sa prolongation, soit l'acceptation de l'intervention pour les journées d'hospitalisation, soit un refus de l'intervention pour les journées d'hospitalisation par le biais d'une application numérique. Un refus d'intervention pour les journées d'hospitalisation est motivé.

L'acceptation ou le refus de l'intervention pour les journées d'hospitalisation est valable à partir du début de l'admission à l'hôpital de revalidation pour autant que la notification de l'admission soit conforme aux conditions visées à l'article 534/59.

L'acceptation de l'intervention pour les journées d'hospitalisation est valable pour une période de quinze jours maximum dans le cas d'une notification de l'admission ou pour une période fixée par la caisse d'assurance soins dans le cas d'une demande de prolongation de l'hospitalisation. La période pour laquelle l'acceptation de l'intervention pour les journées d'hospitalisation est valable est précisée dans la réponse adressée par la caisse d'assurance soins à l'hôpital de revalidation.

Si l'hôpital de revalidation respecte les formes et les délais visés à l'article 534/59, § 1^{er}, l'acceptation de l'intervention pour les journées d'hospitalisation est considérée comme acquise si la caisse d'assurance soins ne remplit pas les formalités visées à l'alinéa 1^{er} dans le délai visé à l'alinéa 1^{er}.

Art. 534/64. En cas de retard répétitif, dans le chef de l'hôpital de revalidation, des notifications visées à l'article 534/59, la caisse d'assurance soins l'en informe par voie électronique. Si l'hôpital de revalidation n'a pris, dans les trente jours, aucune mesure afin d'envoyer les notifications visées à l'article 534/59 dans les délais, la caisse d'assurance soins peut refuser, à chaque notification tardive, l'intervention pour les journées d'hospitalisation correspondant aux jours de retard.

L'hôpital de revalidation n'est pas autorisé à répercuter le refus visé à l'alinéa 1^{er} sur le patient.

Art. 534/65. Lorsqu'un patient sort de l'hôpital de revalidation, ce dernier envoie une notification de la sortie à la caisse d'assurance soins, dans les deux jours ouvrables qui suivent le dernier jour de soins, par le biais d'une application numérique.

Au plus tard dans les trente jours suivant la sortie du patient, l'hôpital de revalidation complète la notification visée à l'alinéa 1^{er} d'un rapport médical justifiant les soins, par le biais d'une application numérique.

Art. 534/66. La Commission des caisses d'assurance soins effectue, à l'instigation de l'agence des Soins et de la Santé, 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 111/7 auprès des patients, des caisses d'assurance soins et des hôpitaux de revalidation. Les patients, les caisses d'assurance soins et les hôpitaux de revalidation transmettent ces informations à la Commission des caisses d'assurance soins.

La Commission des caisses d'assurance soins rend compte à l'agence des Soins et de la Santé des contrôles a priori visés à l'article 534/62 et des contrôles a posteriori visés à l'alinéa 1^{er}. Le ministre peut en préciser les modalités.

TITRE 4. — *Facturation*CHAPITRE 1^{er}. — *Facturation de journées d'hospitalisation*

Art. 534/67. La facturation de l'intervention visée à l'article 534/68 à la caisse d'assurance soins doit toujours être précédée de l'acceptation de l'intervention pour les journées d'hospitalisation par la caisse d'assurance soins conformément à l'article 534/63.

Art. 534/68. § 1^{er}. L'hôpital de revalidation facture l'intervention pour les journées d'hospitalisation à la caisse d'assurance soins à laquelle est affilié le patient ayant droit à une intervention. Les hôpitaux de revalidation facturent chaque mois par caisse d'assurance soins par le biais d'une application numérique.

Les articles 534/75 à 534/78 sont applicables dans le cadre de la facturation par les hôpitaux de revalidation.

§ 2. Pour la facturation visée au paragraphe 1^{er}, l'hôpital de revalidation établit une note de frais individuelle numérique par patient. Les notes de frais individuelles numériques de patients affiliés auprès de la même caisse d'assurance soins sont regroupées dans un seul fichier de facturation.

Seul un fichier de facturation par mois, par caisse d'assurance soins et par hôpital de revalidation est accepté. Les interventions refusées peuvent être présentées le même mois, après correction, par le biais d'un fichier de facturation suivant.

Dans le présent article, on entend par « note de frais individuelle » : la liste des prestations dispensées pour un patient individuel au cours d'une période donnée et pour lesquelles une intervention de la caisse d'assurance soins est demandée.

La note de frais individuelle numérique contient les rubriques suivantes :

- 1° les données du patient ;
- 2° les données de l'hôpital de revalidation ;
- 3° les données de la caisse d'assurance soins ;
- 4° une liste des journées d'hospitalisation durant lesquelles le patient a été admis dans l'hôpital de revalidation concerné ;
- 5° le prix facturé par journée d'hospitalisation ;
- 6° les indemnités supplémentaires facturées, portées en compte en sus du prix à la journée d'hospitalisation ;
- 7° le montant net total dû que le patient ou son représentant doit payer ;
- 8° le montant de l'intervention pour les journées d'hospitalisation que la caisse d'assurance soins doit payer ;
- 9° la quote-part personnelle du patient.

Les données visées à l'alinéa 4, 1°, se limitent à celles nécessaires à l'établissement et au traitement de la note de frais individuelle numérique.

Les notes de frais individuelles numériques et les fichiers de facturation sont établis conformément aux instructions de facturation définies par l'agence.

§ 3. Le montant des notes de frais individuelles numériques soumises aux caisses d'assurance soins est dû dès leur réception, sous réserve de rectifications ultérieures.

§ 4. Les notes de frais individuelles numériques doivent être remplies correctement et complètement. Si tel n'est pas le cas, elles seront refusées et renvoyées à l'hôpital de revalidation concerné.

Les notes de frais individuelles numériques doivent être conformes aux conditions d'octroi des interventions facturées prévues par le décret du 18 mai 2018 et le présent arrêté.

Les éléments des notes de frais individuelles numériques qui ne sont pas conformes aux conditions énoncées à l'alinéa 2 sont rejetés. Le fichier de facturation dont le nombre d'éléments rejetés des notes de frais individuelles numériques atteint un nombre déterminé par le ministre est refusé dans son intégralité.

§ 5. La caisse d'assurance soins paie les notes de frais individuelles numériques qui remplissent les conditions visées aux paragraphes 1^{er} à 4 au plus tard dans un délai de six semaines à compter de la date de réception de la note de frais individuelle numérique remplie correctement et complètement, à l'exception des éléments qui ne sont pas conformes aux conditions visées aux paragraphes 1^{er} à 4.

§ 6. Si les notes de frais individuelles numériques n'ont pas été payées dans le délai visé au paragraphe 5, un intérêt de retard sera dû sans mise en demeure à partir du premier jour suivant ce délai. Le montant de cet intérêt correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne fixé à l'échéance du délai de paiement, majoré de 1,75 %.

Toutefois, les intérêts de retard visés à l'alinéa 1^{er} ne sont pas dus si la caisse d'assurance soins n'a pas été en mesure d'effectuer le paiement dans les délais prescrits pour cause de force majeure, à condition que la caisse d'assurance soins apporte des éléments de preuve suffisants à l'appui du cas de force majeure vis-à-vis de l'hôpital de revalidation. En cas de contestation, l'agence statue sur l'existence ou non de la force majeure. Les problèmes de personnel ou d'organisation rencontrés par la caisse d'assurance soins ne peuvent pas être acceptés comme cas de force majeure s'ils ne résultent pas de circonstances exceptionnelles et imprévues.

Si le retard de paiement est imputable à l'agence, il n'est pas considéré comme un cas de force majeure tel que visé à l'alinéa 2. Dans ce cas, un intérêt de retard, à charge de l'agence, est dû.

Pour que l'intérêt de retard visé à l'alinéa 1^{er} soit dû en cas de retard de paiement dans le chef de la caisse d'assurance soins, les hôpitaux de revalidation sont tenus d'introduire les notes de frais individuelles numériques avant la fin du mois suivant celui auquel la note de frais individuelle numérique se rapporte.

Art. 534/69. Si la caisse d'assurance soins constate des manquements répétés, commis par l'hôpital de revalidation au niveau de l'établissement et de l'envoi des fichiers de facturation, conformément à l'article 534/68, §§ 1^{er} à 4, ou des notifications visées à l'article 534/59, la caisse d'assurance soins le signale à l'hôpital de revalidation concerné.

Si l'hôpital de revalidation visé à l'alinéa 1^{er} n'a pas pris de mesures dans les trente jours pour remédier aux manquements constatés, la caisse d'assurance soins en informe l'agence. L'agence délibère ensuite sur les mesures à prendre à l'égard de cet hôpital de revalidation.

Art. 534/70. Les hôpitaux de revalidation ne sont pas autorisés à facturer aux caisses d'assurance soins d'autre montant pour les journées d'hospitalisation que le montant de l'intervention pour les journées d'hospitalisation, tel que communiqué par l'agence des Soins et de la Santé conformément à l'article 534/35.

Art. 534/71. L'application de l'article 62 du décret du 18 mai 2018 à la facturation par un hôpital de revalidation à la caisse d'assurance soins conformément aux dispositions du présent titre a pour effet que l'hôpital de revalidation doit facturer dans un délai maximal de deux ans à compter de la journée d'hospitalisation à laquelle l'intervention se rapporte, sauf dans les cas où la prescription est suspendue ou interrompue. Le droit d'interrompre la prescription est établi par une lettre recommandée que l'hôpital de revalidation adresse à la caisse d'assurance soins.

CHAPITRE 2. — *Facture du patient*

Art. 534/72. Les hôpitaux de revalidation établissent, par patient, une facture du patient au moment de la sortie du patient de l'hôpital de revalidation ou, si l'hospitalisation dure plus d'un mois, à la fin de chaque mois.

Un exemplaire de la facture du patient est transmis au patient ou à toute personne physique ou morale chargée du paiement, en tout ou en partie, de la facture du patient.

La facture du patient peut être envoyée au patient par voie électronique s'il a explicitement opté pour ce mode.

Art. 534/73. Les hôpitaux de revalidation ne sont pas autorisés à indiquer sur la facture du patient d'autre montant pour les journées d'hospitalisation que le montant de l'intervention pour la journée d'hospitalisation, tel que communiqué par l'agence des Soins et de la Santé conformément à l'article 534/35.

La mention « droit au maximum à facturer en » est apposée sur la facture du patient, de même que l'année au cours de laquelle le patient a droit au maximum à facturer, si l'hôpital de revalidation a reçu les informations concernant le droit au maximum à facturer conformément à l'arrêté royal du 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé.

Lorsque des interventions personnelles et des suppléments sont directement pris en charge par un tiers en vertu d'une disposition contractuelle ou légale, ils doivent figurer sur la facture du patient. L'hôpital de revalidation doit mentionner au bas de la facture du patient que le montant à charge du patient est directement facturé par l'hôpital à ce tiers.

Art. 534/74. La facture du patient est établie suivant le modèle visé à l'annexe 11 joint au présent arrêté.

La facture du patient visée à l'article 534/72 correspond à la déclaration d'admission écrite établie suivant les modèles figurant aux annexes 8 et 9 jointes au présent arrêté.

TITRE 5. — *Logiciels*

Art. 534/75. § 1^{er}. L'application numérique visée aux articles 534/59, 534/61, 534/63, 534/65 et à l'article 534/68, § 1^{er}, doit répondre aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité que le ministre définit sur avis d'un groupe d'experts indépendants.

L'agence atteste les applications numériques qui remplissent les conditions visées à l'alinéa 1^{er}.

§ 2. Les hôpitaux de revalidation qui ne font pas usage d'une application numérique telle que visée au paragraphe 1^{er} ne peuvent pas envoyer les notifications visées à l'article 534/59, alinéas 1^{er} et 2, aux caisses d'assurance soins pour recevoir des interventions pour les journées d'hospitalisation et ne peuvent pas facturer aux caisses d'assurance soins.

§ 3. Les experts visés au paragraphe 1^{er} sont présentés par les organisations professionnelles concernées. Le ministre peut fixer les modalités relatives à la composition et au fonctionnement du groupe d'experts indépendants.

Art. 534/76. § 1^{er}. Les fournisseurs de logiciels concernés peuvent introduire des demandes d'attestation conformément à l'article 534/75, § 1^{er}, alinéa 2, auprès de l'agence.

Dans le mois qui suit l'introduction d'une demande conformément à l'alinéa 1^{er}, l'agence organise un essai consistant à vérifier si l'application numérique visée par la demande d'attestation remplit les conditions visées à l'article 534/75, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, et rédige un rapport d'essai.

Le ministre peut fixer les modalités relatives aux demandes visées à l'alinéa 1^{er} ainsi qu'à l'organisation des essais visés à l'alinéa 2.

§ 2. L'agence transmet le rapport d'essai rédigé conformément au paragraphe 1^{er}, alinéa 2, au groupe d'experts indépendants visé à l'article 534/75, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, qui rend un avis à l'agence dans le mois qui suit la réception du rapport d'essai.

Sur l'avis conforme du groupe d'experts indépendants, l'agence prend une décision d'attestation ou de refus d'attestation de l'application numérique et informe le demandeur de cette décision.

§ 3. Les fournisseurs de logiciels qui développent une application numérique peuvent introduire à tout moment une nouvelle demande auprès de l'agence.

Art. 534/77. L'attestation d'une application numérique octroyée conformément à l'article 534/76 est valable jusqu'au 31 décembre de la troisième année qui suit celle de l'attestation.

Pendant la période couverte par l'attestation, la version attestée de l'application numérique et son évolution sont réputées répondre aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/75, § 1^{er}, alinéa 1^{er}.

S'il existe des éléments indiquant qu'une application numérique ne répond plus aux exigences fonctionnelles et aux exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/75, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, l'agence peut décider, sur avis du groupe d'experts indépendants, d'organiser un nouvel essai durant la période couverte par l'attestation en cours. En fonction du résultat du test, l'agence peut décider, sur l'avis contraignant du groupe d'experts indépendants, de confirmer ou de retirer l'attestation ou d'écourter la période couverte par l'attestation.

En cas de modification des exigences fonctionnelles et des exigences de fiabilité et de sécurité visées à l'article 534/75, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, l'agence peut décider, sur avis du groupe d'experts indépendants, d'écourter la période couverte par l'attestation ou d'imposer des essais supplémentaires ou de nouveaux tests.

Art. 534/78. Les attestations délivrées conformément aux dispositions de la présente partie sont publiées sur le site web de l'agence en mentionnant leur délai de validité. ».

Art. 47. Dans le même arrêté, il est inséré un livre 3/5, comprenant les articles 534/79 à 534/89, libellé comme suit :

« Livre 3/5. Concertation multidisciplinaire

Art. 534/79. Dans le présent livre, on entend par :

1° médiateur de soins : la personne physique que l'utilisateur, qui ne veut pas ou ne peut pas assumer l'autogestion, peut désigner parmi les membres de l'équipe de soins en tant que responsable de la gestion et du suivi du plan de soins et de soutien et en tant qu'interlocuteur central pour la mise en œuvre du plan de soins et de soutien ;

2° plan de soins et de soutien : un plan de soins et de soutien tel que visé à l'article 2, 17°, du décret du 26 avril 2019 relatif à l'organisation des soins de première ligne, des plateformes régionales de soins, et du soutien des prestataires de soins de première ligne.

Art. 534/80. § 1^{er}. Pour être éligible à un remboursement, chaque concertation multidisciplinaire organisée au sujet d'un usager doit satisfaire aux conditions suivantes :

1° prennent part à la concertation multidisciplinaire au moins des prestataires de soins de trois disciplines différentes associées aux soins et au soutien de l'utilisateur et un délégué de l'organisateur de concertation ;

2° les participants sont présents simultanément et physiquement à la concertation multidisciplinaire ;

3° la concertation multidisciplinaire est organisée au sujet d'une personne à domicile ou d'une personne admise dans une structure de soins pour laquelle un retour à domicile est prévu, à condition que la concertation multidisciplinaire soit organisée dans les quatorze jours qui précèdent la date prévue du retour à domicile ;

4° le médecin généraliste et, le cas échéant, l'intervenant de proximité de l'utilisateur sont invités à prendre part à la concertation multidisciplinaire. Si la concertation multidisciplinaire est organisée au sujet d'un usager présentant une problématique psychiatrique, le psychiatre accompagnant peut être invité à la place du médecin généraliste ;

5° l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant donne son accord concernant la composition de la concertation multidisciplinaire ;

6° l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant prend part à la concertation multidisciplinaire. Si l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ne désire pas prendre part à la concertation multidisciplinaire, il transmet à l'organisateur de concertation une déclaration signée par laquelle il certifie ne pas vouloir prendre part à la concertation ;

7° avant le début de la concertation, l'utilisateur est informé de l'objet de la concertation et du fait qu'un plan de soins et de soutien est élaboré ;

8° un plan de soins et de soutien est élaboré.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, 1°, en cas de désistement tardif du médecin généraliste ou du psychiatre, une concertation multidisciplinaire peut être remboursée si deux disciplines seulement prennent part à la concertation. Le cas échéant, l'organisateur de concertation déclare sur l'honneur dans le plan de soins et de soutien que le médecin généraliste ou le psychiatre n'était pas en mesure de prendre part à la concertation.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, 2°, le médecin généraliste ou, le cas échéant, le psychiatre qui ne peut pas être présent physiquement peut participer par vidéoconférence ou, si ce n'est pas possible, par téléphone.

Dans le présent paragraphe, on entend par « personne à domicile » : toute personne qui réside à domicile ou qui réside dans un groupe de logements à assistance tel que visé à l'article 30 du décret sur les soins résidentiels du 15 février 2019 ou dans une résidence-services telle que visée à l'article 7, § 1^{er}, du décret du 6 juillet 2001 contenant diverses mesures d'accompagnement de l'ajustement du budget 2001.

§ 2. Pour avoir droit au remboursement, l'utilisateur au sujet duquel la concertation multidisciplinaire est organisée doit avoir payé, à la date à laquelle la concertation multidisciplinaire a lieu, les primes pour la protection sociale flamande dues pour les années précédentes conformément à l'article 112.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, l'organisation d'une concertation multidisciplinaire au sujet d'un usager de moins de dix-huit ans est subordonnée aux conditions qu'au moins un parent ou le représentant légal de l'utilisateur soit affilié à une caisse d'assurance soins et ait payé les primes pour la protection sociale flamande dues pour les années précédentes conformément à l'article 112.

La condition visée à l'alinéa 2 s'applique dès que l'un des parents ou le représentant légal est âgé de 27 ans au moins et ne s'applique pas si et aussi longtemps qu'aucun des parents ou le représentant légal n'est autorisé à s'affilier à la protection sociale flamande.

§ 3. Il ne peut être organisé par année qu'une seule concertation multidisciplinaire remboursable au sujet du même usager.

Une année telle que visée à l'alinéa 1^{er} s'entend d'une période de 365 jours calendrier ou 366 jours calendrier s'il s'agit d'une année bissextile.

Article 534/81. § 1^{er}. Par concertation multidisciplinaire organisée, quatre prestataires de soins maximum, outre l'organisateur de concertation et le médiateur de soins, peuvent recevoir une intervention.

Les prestataires de soins individuels qui prennent part à une concertation multidisciplinaire dans le cadre de leurs activités auprès d'un service ou d'une organisation ne reçoivent pas d'indemnité pour leur participation à la concertation multidisciplinaire. Le service ou l'organisation auprès desquels ils sont actifs sont considérés, le cas échéant, pour le remboursement de la concertation multidisciplinaire, comme prestataire de soins participant. Ce service ou cette organisation peut recevoir au maximum un remboursement en tant que prestataire de soins participant, quel que soit le nombre de prestataires de soins individuels que le service ou l'organisation délègue à la concertation multidisciplinaire, à condition qu'au moins deux prestataires de soins qui ne travaillent pas auprès du service ou de l'organisation concernés prennent part à la concertation multidisciplinaire.

Si plus de quatre prestataires de soins prennent part à la concertation multidisciplinaire, l'intervention est payée aux quatre prestataires de soins participants les mieux classés selon un ordre déterminé par le ministre.

§ 2. L'utilisateur, son représentant légal et les intervenants de proximité de l'utilisateur ne peuvent pas recevoir d'intervention pour leur participation à la concertation multidisciplinaire, même s'ils jouent le rôle de médiateur de soins.

§ 3. Un prestataire de soins qui joue le rôle de médiateur de soins sera exclusivement considéré, dans le cadre de cette concertation, comme médiateur de soins en ce qui concerne l'intervention.

Si, en vertu du paragraphe 1^{er}, alinéa 2, le prestataire de soins participant est un service ou une organisation, ce service ou cette organisation peut recevoir, outre sa rémunération en qualité de prestataire de soins participant, une rémunération de médiateur de soins à condition que le service ou l'organisation délègue au moins deux prestataires de soins individuels à la concertation multidisciplinaire et que l'un de ces délégués joue le rôle de médiateur de soins.

Art. 534/82. L'organisateur de concertation exécute les tâches suivantes dans le cadre de la concertation multidisciplinaire :

1° faire office de point de contact pour la demande d'une concertation multidisciplinaire et, en concertation avec le demandeur d'une concertation multidisciplinaire, évaluer la plus-value et la nécessité de l'organisation d'une concertation multidisciplinaire ;

2° organiser la concertation multidisciplinaire : notamment, chercher une date et un lieu pour la concertation, inviter tous les prestataires de soins concernés de l'équipe de soins actuelle ou future, en l'absence de l'utilisateur, encourager son représentant à être présent, le cas échéant, assurer le soutien logistique nécessaire afin de permettre une vidéoconférence ou conférence téléphonique ;

3° veiller à la liberté de choix et à la participation de l'utilisateur durant la concertation multidisciplinaire ;

4° diriger la concertation multidisciplinaire ;

5° rédiger un compte rendu de la concertation multidisciplinaire ;

6° assurer le suivi administratif après la concertation multidisciplinaire afin d'obtenir une intervention pour les participants à la concertation multidisciplinaire, y compris désigner les prestataires de soins remboursables qui ont pris part à la concertation multidisciplinaire, conformément à l'article 534/86, § 3, alinéa 3;

7° joindre l'accord de l'utilisateur au sujet de la composition de la concertation, visé à l'article 534/80, § 1^{er}, 5°, et la déclaration visée à l'article 534/80, § 1^{er}, 6°, au plan de soins et de soutien, et conserver ces documents pendant dix ans après la concertation multidisciplinaire en question ;

8° préalablement à l'organisation de la concertation multidisciplinaire, contrôler si l'utilisateur est affilié à une caisse d'assurance soins et s'il constate que l'utilisateur n'est pas affilié à une caisse d'assurance soins, lui transmettre les informations concernant l'affiliation à une caisse d'assurance soins et les démarches à entreprendre à cet effet ;

9° en concertation avec l'utilisateur ou le prestataire de soins qui sollicite la concertation multidisciplinaire, veiller à ce qu'un autre organisateur de concertation puisse accomplir les tâches visées aux points 1° à 8° lors de la concertation multidisciplinaire s'il ne peut pas le faire lui-même.

Art. 534/83. Le médiateur de soins, lorsque celui-ci a été désigné, remplit les tâches suivantes dans le cadre de la concertation multidisciplinaire :

1° faire office de personne de confiance de l'utilisateur et à l'égard de l'équipe de soins ;

2° veiller aux intérêts de l'utilisateur et les respecter ;

3° contrôler les tâches convenues après la concertation multidisciplinaire et, à la demande des prestataires de soins, assurer le suivi de l'organisation des soins à domicile de l'utilisateur ;

4° informer l'utilisateur de l'objectif et du fonctionnement du plan de soins et de soutien ;

5° informer les prestataires de soins, l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant et, s'il est présent, son intervenant de proximité des structures, des aides techniques et des interventions existantes et, si nécessaire, les orienter vers d'autres services ou disciplines ;

6° signaler les besoins et les lacunes de l'aide et proposer des solutions possibles à l'équipe de soins ;

7° demander une nouvelle concertation ou une concertation supplémentaire si l'équipe de soins le juge nécessaire ;

8° tenir à jour, suivre et ajuster les plans de soins et de soutien.

Art. 534/84. Les prestataires de soins remplissent les tâches suivantes dans le cadre de la concertation multidisciplinaire :

1° apporter une expertise pour répondre aux besoins de l'utilisateur ;

2° coopérer à l'établissement des objectifs de soins et convenir de la répartition des tâches pour réaliser ces objectifs ;

3° informer les autres prestataires de soins, l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant et, s'il est présent, son intervenant de proximité, sous l'angle de leur propre discipline, de l'offre existante et de l'accès aux droits et, si nécessaire, les orienter vers d'autres services ou disciplines ;

4° signaler les besoins et les lacunes de l'aide à la concertation et proposer des solutions possibles à l'équipe de soins.

Art. 534/85. § 1^{er}. Un organisateur de concertation doit figurer sur une liste établie à cet effet auprès de l'agence des Soins et de la Santé.

Pour être inscrit sur la liste visée à l'alinéa 1^{er}, le service ou l'organisation qui désire endosser le rôle d'organisateur de concertation doit introduire une demande auprès de l'agence des Soins et de la Santé.

La demande visée à l'alinéa 2 contient les éléments suivants :

1° les données d'identification, les coordonnées et la zone d'action du candidat organisateur de concertation ;

2° les données d'identification et les coordonnées des personnes physiques que le candidat organisateur de concertation a désignées pour traiter les demandes de concertation multidisciplinaire ;

3° les documents démontrant que le candidat organisateur de concertation remplit les conditions visées au paragraphe 2.

L'agence des Soins et de la Santé met un formulaire à disposition pour la demande.

La demande visée à l'alinéa 2 est introduite auprès de l'agence des Soins et de la Santé par voie électronique.

L'agence des Soins et de la Santé statue sur la demande visée à l'alinéa 2 dans le délai de trente jours suivant sa réception. La décision est transmise à l'organisateur de concertation.

Si la demande ne contient pas tous les éléments visés à l'alinéa 3, l'agence des Soins et de la Santé invite le candidat organisateur de concertation à compléter la demande. Après réception des éléments demandés, un nouveau délai tel que visé à l'alinéa 6 commence à courir. Si l'agence des Soins et de la Santé ne reçoit pas les éléments dans le délai de trente jours suivant la date d'envoi de sa requête, la demande est refusée.

La liste des organisateurs de concertation agréés, visée à l'alinéa 1^{er}, est publiée sur le site web de l'agence des Soins et de la Santé.

§ 2. Pour être inscrit sur la liste des organisateurs de concertation visée au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, le candidat organisateur de concertation doit remplir les conditions suivantes :

1° le candidat organisateur de concertation est un service ou une organisation qui offre des soins et un soutien ;

2° le candidat organisateur de concertation garantit être en mesure de déléguer à la concertation multidisciplinaire des personnes disposant des compétences nécessaires pour accomplir les tâches d'organisateur de concertation visées à l'article 534/82.

§ 3. Les organisateurs de concertation figurant sur la liste visée au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, doivent participer chaque année à au moins une séance d'intervision organisée par l'agence des Soins et de la Santé.

L'agence des Soins et de la Santé radie de la liste les organisateurs de concertation qui ne remplissent pas la condition visée à l'alinéa 1^{er}.

Un organisateur de concertation peut être radié de la liste visée au paragraphe 1, alinéa 1^{er}, à sa propre demande. L'organisateur de concertation fait part de son intention à l'agence des Soins et de la Santé par voie électronique. L'organisateur de concertation est radié de la liste dans les quinze jours de la réception de son intention par l'agence des Soins et de la Santé.

L'organisateur de concertation veille à ce qu'en cas de cessation de ses activités en tant qu'organisateur de concertation, les usagers pour lesquels il a prévu une concertation multidisciplinaire soient orientés, le cas échéant, en concertation avec les usagers, vers un autre organisateur de concertation.

Art. 534/86. § 1^{er}. L'utilisateur, ses intervenants de proximité ou les prestataires de soins introduisent la demande de concertation multidisciplinaire remboursable auprès de l'organisateur de concertation.

§ 2. Suite à la demande visée à l'alinéa 1^{er}, l'organisateur de concertation contrôle, par le biais d'une application numérique, si l'utilisateur est affilié à la protection sociale flamande.

Si l'utilisateur n'est pas affilié à la protection sociale flamande, l'organisateur de concertation l'informe de la possibilité de s'affilier et des démarches à entreprendre à cet effet. Dès que l'utilisateur est affilié à la protection sociale flamande, une nouvelle demande peut être introduite conformément au paragraphe 1^{er}.

§ 3. Si l'utilisateur est affilié à la protection sociale flamande, l'organisateur de concertation transmet, dans les quinze jours ouvrables suivant l'organisation de la concertation et à condition que la concertation multidisciplinaire remplisse les conditions visées à l'article 534/80, la demande d'intervention pour une concertation multidisciplinaire à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié.

Si l'utilisateur n'est plus affilié à une caisse d'assurance soins ou est décédé à la date de la demande d'intervention visée à l'alinéa 1^{er}, la demande d'intervention est transmise à la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur était affilié à la date à laquelle la concertation multidisciplinaire au sujet de l'utilisateur a eu lieu.

L'organisateur de concertation vérifie, sur la base de l'ordre déterminé par le ministre visé à l'article 534/81, § 1^{er}, alinéa 3, quels participants à la concertation multidisciplinaire ont droit à une intervention pour leur participation, les en informe et recueille les données visées à l'article 111/10 auprès des participants.

§ 4. La caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié contrôle le statut d'assurance de l'utilisateur, contrôle si une concertation multidisciplinaire remboursable au sujet de l'utilisateur a déjà été organisée au cours de l'année écoulée et procède à un contrôle des données visées au paragraphe 3, alinéa 3, communiquées par l'organisateur de concertation.

Si les données sont complètes, que l'utilisateur est assuré et qu'aucune concertation multidisciplinaire remboursable à son sujet n'a eu lieu au cours de l'année écoulée, la caisse d'assurance soins accepte la demande d'intervention.

La caisse d'assurance soins doit procéder au contrôle visé à l'alinéa 1^{er} dans les quinze jours ouvrables de l'introduction de la demande d'intervention visée au paragraphe 3.

Si, dans le cadre du paiement de l'intervention pour un participant à la concertation multidisciplinaire, la caisse d'assurance soins est informée d'une erreur dans le paiement de cette intervention, la caisse d'assurance soins contacte l'organisateur de concertation qui a introduit la demande d'intervention en question pour une concertation multidisciplinaire et lui demande les données correctes. L'organisateur de concertation transmet les données correctes à la caisse d'assurance soins dans les trente jours ouvrables suivant leur demande par la caisse d'assurance soins. Si les données ne sont pas transmises dans les délais, le dossier est clôturé administrativement.

Art. 534/87. Les participants à la concertation multidisciplinaire reçoivent une intervention forfaitaire pour leur participation. Le montant de l'intervention forfaitaire dépend du rôle que remplit le participant à la concertation multidisciplinaire :

1° l'organisateur de concertation : 120 euros ;

2° le médiateur de soins : 40 euros ;

3° chaque prestataire de soins remboursable : 25 euros.

Art. 534/88. À partir de l'année civile 2022, les montants des interventions visés à l'article 534/87 sont adaptés, chaque année au 1^{er} janvier, à l'évolution de l'indice-santé lissé des prix à la consommation du mois d'avril de l'année précédente par rapport à l'indice-santé lissé des prix à la consommation du mois d'avril 2021.

Art. 534/89. Après acceptation de la demande par la caisse d'assurance soins, cette caisse d'assurance soins paie directement à l'organisateur de concertation, aux prestataires de soins remboursables et, le cas échéant, au médiateur de soins l'intervention pour l'organisation d'une concertation multidisciplinaire et la participation à celle-ci.

La caisse d'assurance soins paie les interventions aux participants de la concertation multidisciplinaire dans les six semaines suivant la date de la réception de la demande d'interventions remplie correctement et complètement conformément à l'article 534/86. ».

Art. 48. Dans le même arrêté, il est inséré un article 635/1 libellé comme suit :

« Art. 635/1. Pour l'application de l'article 68, alinéa 3, 4°, l'obligation d'intégration civique s'applique uniquement aux primes à partir de l'année civile 2023. ».

Art. 49. À l'article 641 du même arrêté, remplacé par l'arrêté du Gouvernement flamand du 23 décembre 2020, l'alinéa 3 est abrogé.

Art. 50. À l'article 656 du même arrêté, le nombre « 397 » est remplacé par le nombre « 96 ».

Art. 51. Au même arrêté, des annexes 6, 7, 8, 9, 10 et 11 sont ajoutées, qui sont jointes au présent arrêté.

CHAPITRE 3. — *Modifications 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*

Art. 52. À l'article 1^{er} 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, les points 3^o, 7^o, 10^o et 13^o sont abrogés.

Art. 53. À l'article 8, § 1^{er}, alinéa 2, du même arrêté, le membre de phrase « , à l'article 251, § 4, alinéa 1^{er}, et § 6, alinéa 3, à l'article 252, alinéa 5, et à l'article 274, alinéa 1^{er} » est abrogé.

Art. 54. À l'article 11 du même arrêté, les mots « l'organisme assureur » sont remplacés par les mots « la caisse d'assurance soins ».

Art. 55. À l'article 15, § 1^{er}, alinéa 5, du même arrêté, la phrase « 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. » est abrogée.

Art. 56. À l'article 17 du même arrêté, le paragraphe 1^{er} est abrogé.

Art. 57. À l'article 18, § 5, du même arrêté, les mots « aux hôpitaux de revalidation ni » sont abrogés.

Art. 58. À l'article 20 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1^o à l'alinéa 2 les mots « à l'exception du secteur des hôpitaux de revalidation » sont abrogés ;

2^o l'alinéa trois est abrogé.

Art. 59. À l'article 22 du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 avril 2020, les modifications suivantes sont apportées :

1^o au paragraphe 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

a) à l'alinéa 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

1) au point 1^o, le membre de phrase « 261/1, 262, » est abrogé ;

2) le point 2^o est abrogé ;

b) l'alinéa 4 est abrogé.

2^o le paragraphe 2 est abrogé.

Art. 60. À l'article 24, § 1^{er}, du même arrêté, les mots « les hôpitaux de revalidation et » sont abrogés.

Art. 61. L'article 28 du même arrêté est abrogé.

Art. 62. À l'article 37 du même arrêté, le membre de phrase « intervention pour un séjour dans un hôpital de revalidation, une » est abrogé.

Art. 63. Dans le même arrêté, la partie 5, comprenant les articles 239 à 275, est abrogée.

CHAPITRE 4. — *Modification de 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*

Art. 64. Dans 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, modifié en dernier lieu par l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018, il est inséré un article 4/1 libellé comme suit :

« Art. 4/1. Le présent arrêté ne s'applique pas aux structures de revalidation ni aux hôpitaux de revalidation, visés respectivement à l'article 2, 26^o, et à l'article 2, 27^o, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande. ».

CHAPITRE 5. — *Modification de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux*

Art. 65. À l'article 2, § 4, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, ajouté par l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018, le membre de phrase « , visés à l'article 2, 17^o, 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 remplacé par le membre de phrase « visés à l'article 2, 27^o, du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ».

CHAPITRE 6. — *Dispositions finales*

Art. 66. § 1^{er}. Par dérogation au livre 3/4, partie 2, et au livre 3/4, partie 6, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, le budget pour l'exercice débutant le 1^{er} janvier 2022 est fixé sur la base des données communiquées à l'agence des Soins et de la Santé conformément aux dispositions de l'arrêté du 7 décembre 2018, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021.

§ 2. Par dérogation au livre 3/4, partie 2, et au livre 3/4, partie 4, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, la liquidation du budget pour l'exercice débutant le 1^{er} janvier 2022 est calculée sur la base du nombre moyen de journées d'hospitalisation en 2019 et 2020.

Par dérogation au livre 3/4, partie 2, et au livre 3/4, partie 4, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, la liquidation du budget pour l'exercice débutant le 1^{er} janvier 2023 est calculée sur la base du nombre moyen de journées d'hospitalisation en 2019, 2020 et 2021.

Art. 67. Par dérogation à l'article 534/37, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, la partie fixe est liquidée en douzièmes pour les exercices débutant les 1^{er} janvier 2022 et 2023 comme suit :

1° la partie fixe est liquidée par les caisses d'assurance soins mutualistes en proportion de la part des organismes assureurs qui ont créé les caisses d'assurance mutualistes dans les journées d'hospitalisation réalisées pour l'hôpital de revalidation concerné durant l'exercice qui débute le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021 respectivement ;

2° la partie fixe est liquidée par la Caisse flamande d'Assurance Soins en proportion de la part de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de la Caisse des Soins de santé de la SNCB dans les journées d'hospitalisation réalisées pour l'hôpital de revalidation concerné durant l'exercice qui débute le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021 respectivement.

Art. 68. Pour les patients qui ont été admis dans un hôpital de revalidation avant le 1^{er} janvier 2022 et qui y séjournent le 1^{er} janvier 2022, la période couverte par une acceptation d'intervention pour les journées d'hospitalisation est déterminée sur la base de la dernière décision prise à ce sujet par l'organisme assureur concerné, en application des dispositions 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, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021.

L'hôpital de revalidation envoie, selon le cas :

1° au plus tard le dernier jour de la période visée à l'alinéa 1^{er}, une demande de prolongation de l'hospitalisation à la caisse d'assurance soins à laquelle le patient est affilié, conformément à l'article 534/59 ;

2° dans les deux jours ouvrables suivant le dernier jour des soins s'il tombe dans la période visée à l'alinéa 1^{er}, une notification de sortie à la caisse d'assurance soins à laquelle le patient est affilié, conformément à l'article 534/65.

Art. 69. Jusqu'au 31 décembre 2021, les hôpitaux de revalidation transmettent les factures à l'organisme assureur auquel l'usager est affilié si l'intervention facturée concerne des prestations fournies avant le 1^{er} janvier 2022. Les factures sont traitées par les organismes assureurs conformément aux dispositions 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, tel qu'en vigueur au 31 décembre 2021.

Art. 70. Les articles 71 et 72 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

L'article 58, alinéa 3, 3°, et l'article 96, §§ 1^{er} et 2, du même décret entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022, en ce qui concerne les hôpitaux de revalidation.

Art. 71. Les articles 3, 5, 6, 7, 8, l'article 9, 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 8°, 9°, 13°, 15°, 17°, 18°, 19° et 20°, les articles 10, 11, 12, 14, 15, 16, l'article 17, 1°, les articles 18, 19, 20, 21, 22, 23, l'article 24, 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 16°, 17° et 18°, les articles 25, 26, 27, 28, 29, l'article 31, 1°, les articles 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 50, 51, l'article 52, 3°, les articles 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 85, 86, 87, 88, 93, 94, 95, 96, l'article 97, 2°, les articles 104, 105 et 107 du décret du 18 juin 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

L'article 9, 10°, du même décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022, en ce qui concerne la concertation multidisciplinaire.

L'article 32, 2°, du même décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022, en ce qui concerne la concertation multidisciplinaire.

L'article 39, 1° et 2°, du même décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022, en ce qui concerne les structures de soins, les aides à la mobilité et la concertation multidisciplinaire.

L'article 45 du même décret produit ses effets à partir du 1^{er} août 2021.

L'article 61 du même décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022 en ce qui concerne les centres de soins résidentiels, les centres de soins de jour, les centres de court séjour et les hôpitaux de revalidation.

L'article 92 du même décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022 en ce qui concerne les hôpitaux de revalidation.

Art. 72. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022, à l'exception de l'article 31, qui produit ses effets à partir du 1^{er} août 2021.

Art. 73. Le ministre flamand qui a la Protection sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 26 novembre 2021.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
J. JAMBON

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique, de la Famille et de la Lutte contre la Pauvreté,
W. BEKE

Annexe 1re à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande

Annexe 6 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande

Annexe 6. 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'arrêté du Gouvernement flamand du 15 septembre 2017 et qui choisissent de ne pas entrer dans la classification sectorielle de fonctions (IFIC), telle qu'introduite par le cinquième Accord intersectoriel flamand du 8 juin 2018 et le sixième Accord intersectoriel flamand du 30 mars 2021 en faveur des secteurs sociaux/non-marchands ;
- 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 supplémentaires 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 ;
- 82° L'intégration structurelle des corrections calculées conformément à l'article 534/29 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande ;
- 83° Le budget payé jusqu'au 30 juin 2018 par l'Office national de sécurité sociale en tant que prime du Fonds budgétaire interdépartemental de promotion de l'emploi ;
- 84° La mesure d'économie linéaire de 1,3 % en application du décret du 20 décembre 2019 contenant le budget général des dépenses de la Communauté flamande pour l'année budgétaire 2020 ;
- 85° Le coût des améliorations qualitatives des conditions de travail du personnel en exécution du point 2.2.1.A de la partie III du volet III du sixième Accord intersectoriel flamand du 30 mars 2021 en faveur des secteurs sociaux/non-marchands pour les hôpitaux privés de revalidation.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 26 novembre 2021

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

Jan JAMBON

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique, de la Famille et de la Lutte contre la Pauvreté,

Wouter BEKE

Annexe 2 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande

Annexe 7 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande

Annexe 7. Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) pour les hôpitaux de revalidation

1. Pour bénéficier du budget visé à l'article 534/20 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, 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. À partir de 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'historique médical 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 de sortie électronique	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 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 26 novembre 2021

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
Jan JAMBON

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique, de la Famille et de la Lutte
contre la Pauvreté,
Wouter BEKE

Annexe 3 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande

Annexe 8 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande

Annexe 8. 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 éclairés 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 supplément 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.

Les **frais d'hôtellerie pour mon séjour en tant que parent accompagnant** (e.a. lit, 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, etc.

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 LIEU 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

Vos données à caractère personnel sont traitées conformément aux articles 49, 50 et 51 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande et aux articles 88, 89, 90, 111/1 à 111/8 et 534/42 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande en vue du traitement correct de votre dossier et de la facturation de votre hospitalisation.

Conformément aux articles 15 et 16 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), vous avez le droit d'obtenir l'accès à vos données à caractère personnel et la rectification de celles-ci. Si vous estimez que vos données ne sont pas traitées conformément au règlement général sur la protection des données précité, vous avez également le droit d'introduire une plainte auprès de la Commission de contrôle flamande du traitement des données à caractère personnel (Vlaamse Toezichtcommissie) (VTC).

Pour toute question concernant le traitement de vos données à caractère personnel ou pour exercer votre droit d'accès ou de rectification, vous pouvez contacter le gestionnaire de l'hôpital (coordonnées).

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 26 novembre 2021

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

Jan JAMBON

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique, de la Famille et de la Lutte contre la Pauvreté,

Wouter BEKE

Annexe 4 Modèle de déclaration d'admission pour admission en hôpital de jour d'un hôpital de revalidation

Annexe 9 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande

Annexe 9 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande

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

Vos données à caractère personnel sont traitées conformément aux articles 49, 50 et 51 du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande et aux articles 88, 89, 90, 111/1 à 111/8 et 534/42 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande en vue du traitement correct de votre dossier et de la facturation de votre hospitalisation.

Conformément aux articles 15 et 16 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), vous avez le droit d'obtenir l'accès à vos données à caractère personnel et la rectification de celles-ci. Si vous estimez que vos données ne sont pas traitées conformément au règlement général sur la protection des données précité, vous avez également le droit d'introduire une plainte auprès de la Commission de contrôle flamande du traitement des données à caractère personnel (Vlaamse Toezichtcommissie) (VTC).

Pour toute question concernant le traitement de vos données à caractère personnel ou pour exercer votre droit d'accès ou de rectification, vous pouvez contacter le gestionnaire de l'hôpital (coordonnées).

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
pas de supplément de chambre	pas de supplément de chambre	X € (site x)

		X € (site x)
--	--	---------------------

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 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 26 novembre 2021

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
Jan JAMBON

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique, de la Famille et de la
Lutte contre la Pauvreté,
Wouter BEKE

Annexe 5 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande

Annexe 10 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande

Annexe 10. Modèle d'explications concernant la déclaration d'admission

IDENTIFICATION DE
L'HÔPITAL

Explications concernant la déclaration d'admission

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 en ce qui concerne les frais pharmaceutiques et les honoraires de médecins

Ou

À votre caisse d'assurance soins en ce qui concerne les frais liés au séjour et divers autres frais.

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. Chaque

Flamand de plus de 25 ans doit obligatoirement s'affilier à la protection sociale flamande. La protection sociale flamande paie, par le biais de la caisse d'assurance soins, une partie de vos frais d'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 ou de la protection sociale flamande 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 et de l'affiliation obligatoire à la protection sociale flamande. En cas de problème, prenez contact avec votre mutualité ou votre caisse d'assurance soins le plus rapidement possible.

Certaines interventions (notamment celles à caractère **purement esthétique**) ne sont pas remboursées par la mutualité ou la caisse d'assurance soins. 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.

	Bénéficiaire avec tarif préférentiel	Enfant, personne à charge	Chômeur de longue durée (isolé ou chef de ménage) et les personnes à sa charge	Autre bénéficiaire
1^{er} jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour
À partir du 2^{ème} jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour	xx euros/jour
À partir du 91^{ème} jour	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 votre statut d'assurance dans le cadre de la protection sociale flamande n'est pas en ordre, vous devez les payer vous-même.

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 obligatoire doivent en effet supporter elles-mêmes tous les honoraires des médecins (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, etc.) 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

	Choix d'une chambre commune ou d'une chambre à deux lits	Choix d'une chambre individuelle
		OUI

<u>Supplément de chambre</u>	<u>NON</u>	NON, si : - votre médecin décide que votre état de santé, vos examens, votre traitement ou votre surveillance nécessitent une chambre individuelle ; - vous avez opté pour une chambre commune ou pour une chambre à deux lits, mais aucune n'est disponible ; - vous êtes admis au service Soins intensifs ou au service des urgences ; - l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent.
<u>Supplément d'honoraires</u>	<u>NON</u>	<u>OUI</u> NON, si : - votre médecin décide que votre état de santé, vos examens, votre traitement ou votre surveillance nécessitent une chambre individuelle ; - vous avez opté pour une chambre commune ou pour une chambre à deux lits, mais aucune n'est disponible ; - vous êtes admis au service Soins intensifs ou au service des urgences ;

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.

	Bénéficiaire avec tarif préférentiel	Enfants en qualité de personnes à charge	Autre bénéficiaire
Chambre commune ou chambre à deux lits	50 euros	75 euros	150 euros
Chambre individuelle	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 et dont le statut d'assurance dans le cadre de la protection sociale flamande est en ordre (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, nom de la personne de contact ou du service*) ou votre médecin traitant.

Vous pouvez aussi vous adresser à votre mutualité en ce qui concerne les frais pharmaceutiques et les honoraires de médecins

Ou

À votre caisse d'assurance soins en ce qui concerne les frais liés au séjour et divers autres frais.

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 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 26 novembre 2021

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

Jan JAMBON

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique, de la Famille et de la Lutte contre la Pauvreté,

Wouter BEKE

Annexe 6 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande

Annexe 11 à l'arrêté du Gouvernement flamand du 30 novembre 2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande

Annexe 11. Modèle de facture du patient

FACTURE PATIENT – soins du XXX au XXX

Logo éventuel de l'hôpital de revalidation

Identification de l'hôpital :

Adresse :

Code postal - Commune :

Numéro INAMI :

Numéro BCE :

Contact : nom/numéro de téléphone :

Numéro de facture :

Date de facture :

Date d'envoi

Numéro d'admission :

Numéro de dossier :

Prénom NOM DE FAMILLE :

Adresse :

Code postal - Commune :

Numéro HCO :

Adresse de facturation :

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Code postal - Commune

Soins du .../.../...

au .../.../...

.....heure

.....heure

Mutualité

N° NISS

Caisse d'assurance soins

Droit au maximum à facturer en (1) :

Code bénéficiaire :

RÉSUMÉ DES FRAIS à charge du patient

euros

1. Frais de séjour ou de revalidation

Vos frais d'hospitalisation ou de revalidation

Supplément de chambre parce que vous avez opté pour une chambre à un lit

.....

2. Montants forfaitaires facturés (2)

.....

3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)

.....

4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)

Vos frais d'honoraires

Suppléments (4)

.....

.....

5. Autres fournitures

.....

6. Transport de malades

.....

7. Frais divers

.....

8. TVA

.....

Total des frais à charge du patient

.....

..... euros sont facturés à votre mutuelle.

..... euros sont facturés à votre caisse d'assurance soins.

Vous avez déjà payé un acompte le .../.../....

Facturé à un tiers par l'hôpital

.....

VOTRE TOTAL RESTANT À PAYER / à rembourser

.....

À verser sur le compte de l'hôpital :

.....

À verser sur le compte du conseil médical :

.....

Ci-dessous l'hôpital peut décrire les éventuelles formalités de paiement.

BULLETIN DE VIREMENT

DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

Prénom NOM DE FAMILLE
N° NISS

COMMUNICATION

Soit

Toutes les prestations sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou de rectifications, peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutualité ou hôpital.

Soit

Les prestations qui sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital sont mentionnées sur la « Note d'honoraires » jointe en annexe au présent extrait. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou de rectifications, peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations, consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutualité ou hôpital.

1. Frais de séjour ou de revalidation						
1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour			Nombre de jours	À charge de la caisse d'assurances soins	À charge du patient (3)	Supplément à charge du patient (4)
Service (s).....	Du .../.../...	Au .../.../...
Frais de séjour
Chambre à un lit
Camp de vacances collectif
1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour			Nombre	À charge de la mutualité	À charge du patient (3)	Supplément à charge du patient (4)
Du .../.../... -	Au .../.../...		
1.2.1. Soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguin labile par perfusion intraveineuse					
Chambre à un lit						
1.2.2. Maxi forfait anesthésie, forfaits hôpital de jour et douleur chronique, admission urgente en hôpital psychiatrique					
Chambre à un lit						
1.2.3. Forfait salle de plâtre						
1.2.4. Forfait manipulation cathéter à chambre						
1.2.5. Forfait de base oncologie						
1.2.6. Maxi forfait mono-combi oncologie, forfait pédiatrie mono-combi					
Chambre à un lit						
1.3. Forfait hémodialyse – dialyse péritonéale					(5)	
1.4. Revalidation						
Description						
1.5. Forfait de revalidation postcure						
.....						
1.6. Période hospitalisation à domicile						
.....						

Sous-total 1 – Frais de séjour
---------------------------------------	-------	-------	-------

2. Montants forfaitaires facturés (2)		Nombre de jours	À charge de la mutualité	À charge du patient (3)	
Honoraires biologie clinique			
Honoraires imagerie médicale			
Honoraires service de garde médical et prestations techniques			
Médicaments : forfait par admission			
Quote-part personnelle forfaitaire par jour		
Sous-total 2 – Montants forfaitaires facturés			
3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux	Code	Nombre	À charge de la mutualité	À charge du patient (3)	Supplément à charge du patient (4)
3.1. Médicaments					
Médicaments remboursables					
Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité				
Montant médicaments en partie à charge du patient					
Nom du produit :			
Médicaments entièrement à charge du patient					
Médicaments sans accord du médecin-conseil					
Nom du produit :					
Médicaments non remboursables			
Nom du produit :			
Médicaments entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)					
Nom du produit :			
3.2. Produits parapharmaceutiques					
Nom du produit :			
Produits parapharmaceutiques entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)					
Nom du produit :			
3.3. Implants, prothèses et dispositifs médicaux non implantables					
Produits remboursables					
Nom du produit : Notification (8)		
.....					
Marge de délivrance implants (6)					
Marge de sécurité implants (7)					
Produits non remboursables					
Nom du produit : Notification (8)			
.....					
Médicaments entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)					
Nom du produit :			
Sous-total 3 - Pharmacie					
		

4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Date	Code (9)	Nombre	À charge de la mutualité	À charge du patient (3)	Supplément à charge du patient (4)
Honoraires remboursables						
Montant global prospectif - partie honoraires pour description				.....	
Suppléments						
Nom du dispensateur <i>demandé par nom du demandeur</i>	.../.../...	.....	.....	.....	.....	.....
Description (9) (11) Valeur de base :.....						
Honoraires entièrement à charge du patient						
Nom du dispensateur <i>demandé par nom du demandeur</i>	.../.../...		.....		.....
Description						
Honoraires entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)	.../.../...	.....	.....		.....
Nom du dispensateur <i>demandé par nom du demandeur</i>						
Description						
Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins				.....	.....	.....
5. Autres fournitures		Code	Nombre	À charge de la mutualité	À charge du patient (3)	
Libellé autres fournitures		.....	.....	.....	.....
Libellé autres fournitures entièrement à charge du patient pour lesquelles la TVA est due (montant hors TVA)		.....	.....	.....	.....
Sous-total 5 - Autres fournitures				.....	.....
6. Transport de malades	Date	Code	Nombre de km	À charge de la mutualité	À charge du patient (3)	
Transport urgent de malades (service 100/112)						
Forfait pour les premiers 10 km	.../.../...	.....	.....	.....	.....
Montant du 11 ^e au 20 ^e km	.../.../...	.....	.....	.....	.....
Montant à partir du 21 ^e km	.../.../...	.....	.....	.....	.....
Forfait utilisation électrodes	.../.../...	.....	.....	.....	.....
Autre transport de malades avec intervention	.../.../...		.....		.....
Autre transport de malades sans intervention	.../.../...	.....	.....		.....
Sous-total 6 - Transport de malades				.....	.....

7. Frais divers	Code	Nombre		À charge du patient (3)
Libellé des frais divers
Libellé des frais divers à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA) :
Sous-total 7 - Frais divers			

8. TVA	Statut (10)	Montant HORS TVA	% TVA	Montant TVA	À charge du patient - TVAC
Nom et numéro d'assujetti à la TVA	
Sous-total 8 - TVA				

TOTAUX	À charge de la caisse d'assurances soins	À charge de la mutualité	À charge du patient	Supplément à charge du patient (4)
TOTAL
TOTAL à payer par le patient				..... EUR
Acompte déjà payé à la date du .../.../....				..... EUR
Facturé à <i>un tiers</i> par l'hôpital				..... EUR
Restant à payer / à rembourser				..... EUR

À verser sur le compte de l'hôpital :	..... EUR
À verser sur le compte du conseil médical :	..... EUR

- (1) Puisque vous avez atteint le plafond du maximum à facturer au cours de cette année calendrier, les interventions personnelles pour les prestations de santé, entre autres, sont entièrement remboursées par votre mutualité pour le reste de l'année.
Exception : intervention personnelle pour les radio-isotopes, l'oxygène médical et le prix de la journée d'hospitalisation à partir du 366^e jour de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Les montants forfaitaires facturés sont des montants forfaitaires légaux qui sont facturés à tous les patients hospitalisés même si le patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.
- (3) La rubrique « À charge du patient » comprend les montants personnels prévus légalement, les montants pour des produits non remboursables (rubrique pharmacie), les montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires), les « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et les montants entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montants hors TVA).
- (4) Supplément : pour une hospitalisation (de jour) avec occupation d'une chambre, ce montant peut être facturé en plus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe à la déclaration d'admission). Ces montants sont totalement à charge du patient.
Il peut s'agir :
 - d'un supplément de chambre résultant du choix d'une chambre individuelle
 - d'un supplément d'honoraires résultant du choix d'une chambre individuelle
 - d'un supplément d'honoraires résultant d'un traitement prodigué par un dispensateur de soins, autre qu'un médecin, qui n'est pas conventionné, nonobstant le choix de la chambre.
 Pour les autres traitements pour lesquels vous n'occupez pas une chambre, ces coûts résultent de soins dispensés par un dispensateur non conventionné.
- (5) Remboursement par l'hôpital des frais majorés qu'engendre pour le patient la dialyse à domicile (augmentation de la consommation d'eau, d'électricité et de téléphone).
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée à l'officine hospitalière qui stocke, stérilise, délivre, etc. les implants et les prothèses.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de la base de remboursement. La base de remboursement majorée de ce pourcentage constitue le montant maximum facturable pour le dispositif médical concerné..
- (8) Notification : le code d'identification ou de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. Pour la plupart des implants, l'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutualité.

- (9) Vous pouvez retrouver le libellé complet de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de données « Nomensoft » disponible sur le site web <https://www.inami.fgov.be>
- (10) (A) Régime de l'assujettissement TVA mixte : l'hôpital n'est tenu de facturer la TVA que sur les services et les biens qu'il fournit dans le cadre d'interventions ou de traitements à caractère purement esthétique.
(B) Régime particulier de paiement et de déclaration TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements à caractère purement esthétique sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction de TVA par le médecin. À cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
(C) Régime particulier TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements à caractère purement esthétique sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le médecin. À cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
(D) Régime normal TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements à caractère purement esthétique sera déclarée et payée par le médecin.
(E) Franchise de la TVA pour les petites entreprises : le médecin est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements à caractère purement esthétique en raison du nombre limité des prestations de ce type exécutées par le médecin.
- (11) Les prestations énumérées ici, qui doivent avoir été effectivement réalisées et peuvent faire l'objet d'un supplément d'honoraires, sont déjà comprises dans le montant global susmentionné. La première colonne mentionne la valeur de base de ces prestations pour le calcul du supplément dans la dernière colonne.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 novembre 2021 modifiant la réglementation dans le cadre de la protection sociale flamande.

Bruxelles, le 26 novembre 2021

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

Jan JAMBON

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique, de la Famille et de la Lutte contre la Pauvreté,

Wouter BEKE