

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211 — 1150 BRUSSEL

Dienst voor geneeskundige verzorging

OVEREENKOMST MET DE CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE (C.A.R.) VAN DIVERSE TAAL-, SPRAAK- en STEMSTOORNISSEN, MENTALE STOORNISSEN EN GEDRAGSSTOORNISSEN

PREAMBULE

De onderhavige, nieuwe overeenkomst met de Centra voor ambulante revalidatie (C.A.R.) is tot stand gekomen na méér dan 2 jaar overleg tussen vertegenwoordigers van de C.A.R.-sector en van het College van geneesheren-directeurs, in het kader van de in artikel 70 bedoelde Akkoordraad.

Het opzet van deze overeenkomst is bij te dragen tot een kwalitatieve diagnosestelling en revalidatie in de C.A.R. en zo de toekomst van deze revalidatiesector te verzekeren.

De partijen die over deze overeenkomst onderhandeld hebben, zijn er zich echter wel van bewust dat, naast deze overeenkomst, nog een aantal andere voorwaarden moeten worden vervuld om het opzet van de overeenkomst te doen slagen. Met name wat de tewerkstelling van de artsen in de C.A.R. betreft, stellen er zich in vele C.A.R. problemen die zo snel mogelijk moeten verholpen worden om het opzet van de nieuwe C.A.R.-overeenkomst te doen slagen.

Volgens de onderhavige overeenkomst zullen de C.A.R. - om vanaf 1-4-2015 aan bepaalde doelgroepen nog een revalidatieprogramma te kunnen aanbieden - onder meer gedurende een minimum aantal uren per week moeten beschikken over een geneesheer-specialist met een specifieke kwalificatie, die gespecialiseerd is in de pathologie van de doelgroep in kwestie. Dit geldt voor de doelgroepen die vermeld worden in artikel 18 van deze overeenkomst.

Alhoewel het zeker verdedigbaar is dat een geneesheer-specialist met een specifieke kwalificatie noodzakelijk is om kwaliteitsvolle revalidatie te kunnen aanbieden en het niet de bedoeling is dat elk centrum in de toekomst elk van de in artikel 18 bedoelde doelgroepen nog zal kunnen behandelen, beschikt momenteel slechts een deel van de C.A.R. al over de bedoelde geneesheren-specialisten met een specifieke kwalificatie.

De beschikbaarheid – op de arbeidsmarkt - van geneesheren-specialisten met de hier bedoelde specifieke kwalificatie is beperkt. Bovendien hebben de C.A.R. slechts beperkte middelen om deze artsen aan te trekken. De meeste centra beschikken nu slechts over een beperkt aantal uren medische omkadering. Een deel van de geneesheren-specialisten die nu in de centra werken, beschikt bovendien niet over de vereiste specifieke kwalificatie om de voormelde doelgroepen te kunnen behandelen, ook al hebben deze artsen door hun werk in de C.A.R. vaak heel wat ervaring opgebouwd met de bedoelde doelgroepen. De centra achten het niet haalbaar dat ze een groot deel van deze artsen zouden moeten ontslaan om ze te vervangen door geneesheren-specialisten die wel beschikken over de vereiste specifieke kwalificatie.

Behalve dat de medische omkadering in de meeste C.A.R. beperkt is, is ook de honorering van de geneesheren-specialisten in de centra relatief laag. De centra bevinden zich hierdoor in een zwakke concurrentiepositie om geneesheren-specialisten met de vereiste specifieke kwalificatie aan te werven. Onder meer voor psychiaters is de honorering op basis van de nomenclatuur de voorbije jaren verbeterd. De geneesheren-specialisten die in de C.A.R. werken, worden echter niet gehonoreerd op basis van de nomenclatuur maar ontvangen een loon of een honorarium dat berekend is op basis van het barema van adviserend geneesheren. De honorering op basis van dit barema, is beduidend lager dan de honorering op basis van de nomenclatuur. Dit bemoeilijkt het de centra om geneesheren-specialisten met een specifieke kwalificatie te kunnen aanwerven die volgens deze nieuwe overeenkomst evenwel noodzakelijk zijn om bepaalde doelgroepen vanaf 2015 nog te kunnen revalideren.

De vertegenwoordigers van de C.A.R. in de Akkoordraad hebben de onderhavige, nieuwe overeenkomst aanvaard zonder de opschortende voorwaarde dat het budget voor de artsen in de centra onmiddellijk verhoogd zal worden, doch de hier geschetste problematiek kan bepaalde centra verhinderen om te kunnen voldoen aan de voorwaarden om de hier bedoelde doelgroepen in de toekomst nog te kunnen behandelen. De partijen die over deze overeenkomst onderhandeld hebben, achten het daarom noodzakelijk dat er verbeteringen komen wat de tewerkstelling van de artsen in de C.A.R. betreft. Om die noodzakelijke verbeteringen te realiseren, zal in de Akkoordraad, in de komende maanden, na het afsluiten van deze overeenkomst, onder meer worden onderzocht of het geheel of gedeeltelijk honoreren van de artsenprestaties via de nomenclatuur niet tot een oplossing kan bijdragen. Daarnaast dient ook te worden onderzocht of de medische omkadering van bepaalde centra niet moet worden versterkt. Om die versterking van de medische omkadering te realiseren, zou gebruik kunnen worden gemaakt van de financiële middelen voor deze sector die nog in de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging beschikbaar zijn.

Het College van geneesheren-directeurs heeft in de voorbije jaren, in het kader van de opmaak van de begrotingsdoelstellingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, reeds herhaaldelijk om een bijkomend budget gevraagd om de honorering van de geneesheren-specialisten in de revalidatiecentra te kunnen verbeteren. Tot hiertoe is hier geen gevolg aan gegeven bij de uiteindelijke vaststelling van de begrotingsdoelstelling door de Algemene raad van het RIZIV. Het College van geneesheren-directeurs verbindt zich er toe om te blijven ijveren voor een verbetering van de honorering van de geneesheren-specialisten in de revalidatiecentra en om deze problematiek verder te bepleiten bij het Verzekeringscomité en de Algemene Raad. Indien de hierboven bedoelde beschikbare financiële middelen voor de C.A.R.-sector, niet zouden volstaan om de noodzakelijke versterking van de medische omkadering van de C.A.R.-sector te realiseren, zal het College van geneesheren-directeurs er ook voor ijveren om deze middelen uit te breiden.

TEKST VAN DE OVEREENKOMST

Gelet op de wet inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 22, 6° en 23, § 3;

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Wordt overeengekomen wat volgt tussen:

enerzijds,

het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

en anderzijds,

#« 5»= naam en gemeente van de inrichtende mach###

voor,

#« 1» « 2» - « 3» - « 4»= naam van de inrichting###. Deze inrichting beschikt over sites in ##gemeente en zo nodig ook straatnaam van iedere site###

Artikel 1. De revalidatieinrichting #"« 1» « 2»" wordt in deze overeenkomst "de inrichting" genoemd.

ONDERWERP VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 2. Deze overeenkomst omschrijft de financiële en administratieve betrekkingen tussen de inrichting en de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, alsmede de betrekkingen tussen deze inrichting, het R.I.Z.I.V. en de verzekeringsinstellingen, meer bepaald betreffende de rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de revalidatieprogramma's, de revalidatieverstrekkingen, zitting genoemd, de prijs van de zittingen en de betalingswijze ervan.

Zij omvat verder de volgende punten:

I - RECHTHEBBENDEN OP DE REVALIDATIE	4
II - REVALIDATIEPROGRAMMA	11
III – VOORWAARDEN OM BEPAALDE DOELGROEPEN TEN LASTE TE KUNNEN NEMEN	18
IV - VERSTREKKINGEN FUNCTIONELE REVALIDATIE	24
IV - A - zittingen in het kader van een aanvangsbilan (bilanzittingen)	24
IV - B - zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan (gewone revalidatiezittingen)	25
IV - C - Beschikkingen geldend zowel voor een in IV - A als voor een in IV - B vermelde zitting (gemeenschappelijke bepalingen voor bilanzittingen en gewone revalidatiezittingen)	28
IV - D - Beschikkingen geldend voor de rechthebbenden behorend tot de groep 1	30
V - PROCEDURE VAN AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING IN DE REVALIDATIEKOSTEN	32
VI - FACTURATIE EN FACTURATIECAPACITEIT	37
VII - CUMULVERBODEN	41
VII – A – Verstrekkingen die worden verricht door personeel van de inrichting	41
VII – B – Cumulatie met kinesitherapie-, fysiotherapie- en logopedieverstrekkingen en met andere revalidatieverstrekkingen	43
VIII - PERSONEEL VAN DE INRICHTING	46
VIII – A – Algemene bepalingen	46
VIII – B – Personeelsuitbreiding in het kader van het sociaal akkoord-2011	51
IX. – ENGAGEMENT VAN DE INRICHTING OM ZICH OP MEDISCH PRIORITAIRE DOELGROEPEN TE RICHTEN	54
X. AKKOORDRAAD	57
XI - ANDERE MEDISCH-ADMINISTRATIEVE EN BOEKHOUDKUNDIGE VERPLICHTINGEN	59
XII – OVERGANGSBEPALINGEN	62
XIII - ALGEMENE BEPALINGEN	64

I - RECHTHEBBENDEN OP DE REVALIDATIE

Artikel 3. Onder rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, dient te worden verstaan : de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die lijden aan een pathologie die is opgenomen in één van de volgende groepen en die omwille van die pathologie nood hebben aan een intensieve multidisciplinaire revalidatie.

groep 1 : kinderen of volwassenen, met een hersenletsel van vasculaire, toxische, tumorale, infectieuze of traumatische oorsprong, zonder symptomen van dementie.

Op het ogenblik van de tenlasteneming door de inrichting vertonen deze rechthebbenden stoornissen op het vlak van hun (neuro-)psychologische functies (cognitieve functies, functies in verband met de communicatie, functies in verband met de beheersing van de emoties, functies in verband met het sociale gedrag, functies in verband met de gevoelsbeleving en de persoonlijkheid) die al dan niet gepaard gaan met fysieke gebreken (bewegingsletsels, zintuigverlies) die leiden tot een verstoring van het dagelijks leven van de persoon, zowel op affectief, familiaal, sociaal, professioneel, recreatief, ... vlak.

Deze rechthebbenden dienen na de fase van revalidatie in het ziekenhuis te beschikken over:

- o een neuropsychologisch potentieel dat nog gerevalideerd kan worden,
- o voldoende motorische en sensorische capaciteiten opdat een tenlasteneming als voorzien in onderhavige overeenkomst mogelijk is.

De ambulante revalidatie in de inrichting dient de rechthebbenden in staat te stellen hun autonomie terug te winnen en eventueel zelfs terug een actieve rol te vervullen in de samenleving.

De revalidatie in de inrichting volgt in principe zo snel mogelijk op de opname in het ziekenhuis omwille van het uitlokkende event en op de eventuele revalidatie die voordien reeds elders heeft plaatsgevonden. Indien dit niet gebeurde of kon gebeuren, worden de medische en/of praktische redenen verduidelijkt bij de eerste aanvraag om tenlasteneming. De revalidatie begint altijd ten laatste 3 jaar na het uitlokkende event.

Rechthebbenden van groep 1 dienen naar het C.A.R. verwezen te worden ofwel door de behandelende geneesheer-specialist van het ziekenhuis waar de rechthebbende reeds opgenomen is geweest voor de behandeling van zijn hersenletsel, ofwel door een geneesheer-specialist in neurologie, in neurochirurgie, in neuropsychiatrie, in volwassenenpsychiatrie of in kinder- en jeugdpsychiatrie, die niet behoort tot de bij de overeenkomst voorziene revalidatie-equipe. Onverminderd de hier vermelde voorwaarden waaraan de verwijzende arts dient te voldoen, kan de rechthebbende, indien de inrichting een afdeling vormt van een ziekenhuis, ook verwezen worden door een arts die werkzaam is in een andere afdeling van datzelfde ziekenhuis.

groep 2 : rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag, met een mentale handicap (ICD-10 codes F70-F79) o.a. gekenmerkt door een totaal intelligentiequotiënt (of, bij de kinderen vóór hun zevende verjaardag, door een ontwikkelingsquotiënt) van minder dan 70, vastgesteld door een algemene intelligentie- of ontwikkelingstest.

Voor een rechthebbende die vóór zijn zevende verjaardag het revalidatieprogramma volgde van groep 2 op basis van een totaal ontwikkelingsquotiënt van minder dan 70, dient ten laatste op de dag vóór de zevende verjaardag, een totaal intelligentiequotiënt te worden bepaald met een algemene intelligentietest. Indien het totaal intelligentiequotiënt hoger is dan of gelijk aan 85, dan komt de rechthebbende vanaf de einddatum van de eventueel nog lopende revalidatieperiode niet meer in aanmerking voor het revalidatieprogramma van groep 2, maar wel nog voor een revalidatie in groep 4, ook al beantwoordt de rechthebbende niet aan de inclusiecriteria van groep 4.

groep 3 : rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag, die lijden aan pervasieve ontwikkelingsstoornissen, behorende tot één van de volgende categorieën van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening (ICD-10) :

- infantiel autisme (F84.0),
- atypisch autisme (F84.1),
- syndroom van Rett (F84.2),
- andere desintegratiestoornis op kinderleeftijd (F84.3),
- hyperactieve stoornis samengaand met zwakzinnigheid en stereotypieën (F84.4),
- syndroom van Asperger (F84.5).

groep 4 : rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag, die lijden aan complexe ontwikkelingsstoornissen.

Inclusiecriteria groep 4:

Het gaat om rechthebbenden met ontwikkelingsstoornissen in minstens 2 van de volgende 6 domeinen:

1. De gesproken taal of de schoolse vaardigheden

De stoornissen in dit domein dienen te beantwoorden aan de volgende voorwaarden:

- ontwikkelingsstoornissen op het vlak van de gesproken taal (ICD-10 codes: F80.1, F80.2)
 - de stoornis is aanwezig vanaf de vroegste stadia in de taalontwikkeling en uiterlijk gediagnosticeerd vóór de 8e verjaardag.
 - er is een significante uitval (-2 standaarddeviaties = ≤ percentiel 3) voor minstens drie taalaspecten (articulatie/fonologie, lexicon, semantiek, morfologie, syntax, pragmatiek) in de receptieve en/of expressieve dimensie. De evaluatie dient te gebeuren met een individueel afgenomen taaltest.
- ontwikkelingsstoornissen op het vlak van de schoolse vaardigheden (ICD-10 codes: F81.0, F81.1, F81.2, F81.3)
 - de stoornis is aanwezig vanaf de eerste schooljaren en vastgesteld vóór de 15e verjaardag.
 - er is een significante uitval (-2 standaarddeviaties = ≤ percentiel 3) voor lezen en/of spelling en/of rekenen. De evaluatie dient te gebeuren met een individueel afgenomen prestatietest overeenkomstig het niveau verwacht voor het leerjaar waarin de rechthebbende zit.
 - de stoornis blijft hardnekkig (na minstens 6 maanden adequate didactische aanpak in de school), zoals blijkt uit overleg met school en/of CLB.

2. de motoriek (ICD-10 code: F82);

- de stoornis dient gediagnosticeerd te zijn vóór de 8e verjaardag.
- er is een significante uitval (-2 standaarddeviaties = ≤ percentiel 3) voor de motorische prestaties bij fijne en/of grove motorische taken, zowel op het moment (vóór de 8e verjaardag) dat de stoornis gediagnosticeerd is geweest als op het moment dat de revalidatie start. De evaluatie dient te gebeuren met een individueel afgenomen test voor de fijne en/of grove motoriek.

3. de aandacht en/of het geheugen (visueel of auditief) en/of de executieve functies;

4. het psychosociale (gedrag);

5. de auditieve en/of visuele perceptie;

6. het visuospatieel functioneren.

De stoornissen in minstens 2 van deze 6 domeinen dienen te worden aangetoond door een resultaat van (een) op dat vlak specifieke test(en) lager dan of gelijk aan het 3de percentiel of twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde verwacht voor de chronologische leeftijd van de rechthebbende of, voor de stoornissen van schoolse vaardigheden, twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde verwacht voor het leerjaar waarin de rechthebbende zit.

Exclusiecriteria groep 4:

Geen enkele van de stoornissen in enig domein is te wijten aan een verstandelijke beperking (totaal intelligentiequotiënt TIQ van minder dan 70, vastgesteld door een algemene intelligentietest of, bij rechthebbenden vóór hun zevende verjaardag, totaal ontwikkelingsquotiënt TOQ van minder dan 70, vastgesteld door een algemene ontwikkelingstest), een ernstige gehoorstoornis (gemiddeld verlies >40db HL, gemeten aan het beste oor, zonder hoorapparaat, van drie van de vijf volgende frequentiezones : 250, 500, 1000, 2000 en 4000 hertz), een stoornis van de gezichtsscherpte, een ernstige neurologische afwijking of een anatomische afwijking van de spraakorganen.

Voor een rechthebbende die vóór zijn zevende verjaardag het revalidatieprogramma volgde van groep 4 op basis van een totaal ontwikkelingsquotiënt dat hoger is dan of gelijk is aan 70, dient ten laatste op de dag vóór de zevende verjaardag, een totaal intelligentiequotiënt te worden bepaald met een algemene intelligentietest. Indien het totaal intelligentiequotiënt lager is dan 70, dan komt de rechthebbende vanaf de einddatum van de eventueel nog lopende revalidatieperiode niet meer in aanmerking voor het revalidatieprogramma van groep 4, maar wel nog voor een revalidatie in groep 2.

Groep 5: rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag die lijden aan hyperkinetische stoornissen gekenmerkt door een tekort aan aandacht en een gelijktijdige overactiviteit (F90, met uitsluiting van F90.8 en F90.9), optredend vóór de zevende verjaardag van de rechthebbende en vervolgens voortdurend aanwezig, d.w.z. gedurende tenminste 6 maanden na het begin ervan, en zich voor-

doend in meerdere situaties, vooral in deze die gestructureerd en georganiseerd zijn en die een goede zelfcontrole vereisen.

Groep 6 : kinderen of volwassenen die lijden aan stotteren:

- ofwel samen voorkomend met een andere stoornis omschreven in ICD-10, die de complexiteit van de globale problematiek van de rechthebbende verzwaart;
- ofwel waarbij uit de diagnosestelling op basis van I.C.F. blijkt dat het stotteren voor de rechthebbende matige tot ernstige repercussies heeft op de domeinen “activiteiten” en “participatie”¹, en/of wordt verzwaart met matig, aanzienlijk of volledig belemmerende externe en/of persoonlijke² factoren.

Rechthebbenden van groep 6 dienen naar het C.A.R. verwezen te worden door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie, in de pediatrie of in de otorhinolaryngologie (N.K.O.), die niet behoort tot de bij de overeenkomst voorziene revalidatie-equipe.

Enkel voor de universitaire C.A.R.

groep 7 : kinderen of volwassenen die lijden aan stemstoornissen - *die sequelen zijn van een laryngectomie, of die een gevolg zijn van een paralyse van de larynx of van een organisch letsel van de larynx en/of van de stembanden* –, die lijden aan traumatische of proliferatieve dysglossieën, of die lijden aan een slikstoornis (dysfagie) die dermate ernstig is dat ze de nutritie of hydratatie per os bedreigt of dat er een risico is op aspiratie.

De slikstoornis (dysfagie) moet worden aangetoond door middel van een VFES (Video Fluoroscopic Evaluation of Swallowing) of een FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing). Indien bij kinderen jonger dan 3 jaar geen van beide onderzoeken kan worden uitgevoerd, dient de in de artikelen 33 en 34 bedoelde aanvraag tot tegemoetkoming in de revalidatiekosten voor advies worden voorgelegd aan het College van geneesheren-directeurs. De adviserend geneesheer kan dan het in artikel 35 bedoelde akkoord voor de tenlasteneming van de revalidatie slechts geven mits een gunstig advies van het College van geneesheren-directeurs.

groep 8 : rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag, die lijden aan gehoorstoornissen die zijn opgetreden in de pre- of perilinguale fase, d.w.z. vóór de zesde verjaardag van de rechthebbende, en die een gemiddeld gehoorverlies van minstens 40°dB HL (gemiddelde van de metingen aan het beste oor, zonder hoorapparaat, van drie van de vijf volgende frequentiezones : 250, 500, 1000, 2000 en 4000 hertz) met zich meebrengen.

Rechthebbenden van groep 8 dienen naar het C.A.R. verwezen te zijn door een geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie (N.K.O.) of door een centrum dat door ‘*Kind en Gezin*’, de ‘*Office de la Naissance et de l’Enfance (O.N.E.)*’ of de ‘*Dienst für Kind und Familie*’ erkend is als gespecialiseerd centrum voor de diagnosestelling van gehoorstoornissen bij zuigelingen. Deze arts of centrum dient op basis van een tonale audiometrie of op basis van een objectieve audiometrie te hebben vastgesteld dat de rechthebbende lijdt aan een gehoorstoornis zoals bedoeld in de definitie van deze groep.

Als de rechthebbende verwezen is door een geneesheer-specialist in N.K.O., mag deze arts niet behoren tot de bij de overeenkomst voorziene revalidatie-equipe, behalve:

- als de inrichting een afdeling is van een ziekenhuis;
- of als de rechthebbende buiten het C.A.R. reeds gevolgd wordt door een geneesheer-specialist in N.K.O. van het C.A.R., zonder dat deze rechthebbende reeds in contact gekomen is met het C.A.R.

De verplichting dat de rechthebbenden van groep 8 verwezen dienen te zijn door een geneesheer-specialist in N.K.O. of door een centrum dat door ‘*Kind en Gezin*’, de ‘*Office de la Naissance et de l’Enfance (O.N.E.)*’ of de ‘*Dienst für Kind und Familie*’ erkend is als gespecialiseerd centrum voor de diagnosestelling van gehoorstoornissen bij zuigelingen, geldt niet in het geval dat een rechthebbende niet omwille van een gehoorstoornis naar het C.A.R. verwezen wordt, maar dat nadien uit het aanvangs bilan in de inrichting, op basis van een audiometrie, blijkt dat de rechthebbende lijdt

¹ het betreft de volgende domeinen:

- Voor pubers, adolescenten en volwassenen: d163-d175-d177-d179, d2203, d2301-d2302, d2400-d2401-d2402, d7103-d720-d740-d750, d845-d850, d910-d920
- Voor kinderen: d163-d175-d177, d2400-d2401-d2402, d815-d820, d9100-d9200-d9201

² het betreft de volgende externe factoren: voor kinderen, pubers, adolescenten en volwassenen: e310-e315-e320-e325-e330-e335, e410-e415-e420-e425-e430-e435-e440-e445-e450-e455-e460-e465.

aan een gehoorstoornis die beantwoordt aan de voorwaarden van groep 8. In dit laatste geval kan de rechthebbende aanvankelijk naar de inrichting verwezen zijn door een arts die geen geneesheer-specialist in N.K.O. is.

groep 9 : rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag, die lijden aan verworven gehoorstoornissen die zijn opgetreden na de zesde en vóór de negentiende verjaardag van de rechthebbende, en die een gemiddeld gehoorverlies van minstens 70 dB HL (gemiddelde van de metingen aan het beste oor, zonder hoorapparaat, van drie van de vijf volgende frequentiezones : 250, 500, 1000, 2000 en 4000 hertz) met zich meebrengen;

Rechthebbenden van groep 9 dienen naar het C.A.R. verwezen te zijn door een geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie (N.K.O.) of door een centrum dat door 'Kind en Gezin', de 'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)' of de 'Dienst für Kind und Familie' erkend is als gespecialiseerd centrum voor de diagnosestelling van gehoorstoornissen bij zuigelingen. Deze arts of centrum dient op basis van een tonale audiometrie of op basis van een objectieve audiometrie te hebben vastgesteld dat de rechthebbende lijdt aan een gehoorstoornis zoals bedoeld in de definitie van deze groep.

Als de rechthebbende verwezen is door een geneesheer-specialist in N.K.O., mag deze arts niet behoren tot de bij de overeenkomst voorziene revalidatie-equipe, behalve:

- als de inrichting een afdeling is van een ziekenhuis;
- of als de rechthebbende buiten het C.A.R. reeds gevolgd wordt door een geneesheer-specialist in N.K.O. van het C.A.R., zonder dat deze rechthebbende reeds in contact gekomen is met het C.A.R.

De verplichting dat de rechthebbenden van groep 9 verwezen dienen te zijn door een geneesheer-specialist in N.K.O. of door een centrum dat door 'Kind en Gezin', de 'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)' of de 'Dienst für Kind und Familie' erkend is als gespecialiseerd centrum voor de diagnosestelling van gehoorstoornissen bij zuigelingen, geldt niet in het geval dat een rechthebbende niet omwille van een gehoorstoornis naar het C.A.R. verwezen wordt, maar dat nadien uit het aanvangsbilan in de inrichting, op basis van een audiometrie, blijkt dat de rechthebbende lijdt aan een gehoorstoornis die beantwoordt aan de voorwaarden van groep 9. In dit laatste geval kan de rechthebbende aanvankelijk naar de inrichting verwezen zijn door een arts die geen geneesheer-specialist in N.K.O. is.

groep 10 : verworven gehoorstoornissen die zijn opgetreden na de zesde verjaardag van de rechthebbende (eventueel dus ook op volwassen leeftijd), en die een gemiddeld gehoorverlies van minstens 40 db HL (gemiddelde van de metingen aan het beste oor, zonder hoorapparaat, van drie van de vijf volgende frequentiezones : 250, 500, 1000, 2000 en 4000 hertz) met zich meebrengen;

Rechthebbenden van groep 10 dienen naar het C.A.R. verwezen te zijn door een geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie (N.K.O.) of door een centrum dat door 'Kind en Gezin', de 'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)' of de 'Dienst für Kind und Familie' erkend is als gespecialiseerd centrum voor de diagnosestelling van gehoorstoornissen bij zuigelingen. Deze arts of centrum dient op basis van een tonale audiometrie of op basis van een objectieve audiometrie te hebben vastgesteld dat de rechthebbende lijdt aan een gehoorstoornis zoals bedoeld in de definitie van deze groep.

Als de rechthebbende verwezen is door een geneesheer-specialist in N.K.O., mag deze arts niet behoren tot de bij de overeenkomst voorziene revalidatie-equipe, behalve:

- als de inrichting een afdeling is van een ziekenhuis;
- of als de rechthebbende buiten het C.A.R. reeds gevolgd wordt door een geneesheer-specialist in N.K.O. van het C.A.R., zonder dat deze rechthebbende reeds in contact gekomen is met het C.A.R.

De verplichting dat de rechthebbenden van groep 10 verwezen dienen te zijn door een geneesheer-specialist in N.K.O. of door een centrum dat door 'Kind en Gezin', de 'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)' of de 'Dienst für Kind und Familie' erkend is als gespecialiseerd centrum voor de diagnosestelling van gehoorstoornissen bij zuigelingen, geldt niet in het geval dat een rechthebbende niet omwille van een gehoorstoornis naar het C.A.R. verwezen wordt, maar dat nadien uit het aanvangsbilan in de inrichting, op basis van een audiometrie, blijkt dat de rechthebbende lijdt aan een gehoorstoornis die beantwoordt aan de voorwaarden van groep 10. In dit laatste geval kan de rechthebbende aanvankelijk naar de inrichting verwezen zijn door een arts die geen geneesheer-specialist in N.K.O. is.

groep 11 : kinderen of volwassenen met gehoorstoornissen die (krachtens artikel 35, § 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) beantwoorden aan de voorwaarden voor terugbetaling van een cochleair implantaat of die een implantatie op de hersenstam hebben ondergaan én die nood hebben aan een revalidatieprogramma naar aanleiding van de inplanting van het cochleair implantaat of van het hersenstamimplantaat;

Rechthebbenden van groep 11 dienen naar het C.A.R. verwezen te zijn door een geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie (N.K.O.) die ofwel verbonden is aan het implanterend centrum dat de implantatie heeft verricht, ofwel verbonden is aan een gespecialiseerd centrum voor de afregeling van cochleair implantaten en/of hersenstamimplantaten dat minstens beschikt over een voltijdse N.K.O.-arts, een voltijdse audicien-audioloog en een voltijdse logopedist. De verwijzende geneesheer kan behoren tot de bij de overeenkomst voorziene revalidatie-equipe.

groep 12: rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag, met ernstige gedragsstoornissen gekenmerkt door een geheel van dyssociale, agressieve of provocerende gedragingen, die herhaaldelijk optreden en al gedurende minstens zes maand aanhouden en die behoren tot de categorie F91, gedragsstoornissen, van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening (ICD-10);

groep 13 : rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag, met stemmingstoornissen gekenmerkt door een manische episode (met uitsluiting van hypomanie, categorie F31.0 van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening - ICD-10), door een ernstige depressieve episode of door bipolaire affectieve stoornissen met minstens twee episodes gedurende dewelke de stemming en het activiteitsniveau grondig verstoord waren, behorende tot één van de volgende categorieën van de internationale classificatie van ziekten, tiende herziening (ICD-10) :

- F30.1 : manie zonder psychotische symptomen,
- F30.2 : manie met psychotische symptomen,

- F31.1 : bipolaire affectieve stoornis, met actuele manische episode zonder psychotische symptomen,
- F31.2 : bipolaire affectieve stoornis, met actuele manische episode met psychotische symptomen,
- F31.4 : bipolaire affectieve stoornis, met actueel een episode van ernstige depressie zonder psychotische symptomen,
- F31.5 : bipolaire affectieve stoornis, met actueel een episode van ernstige depressie met psychotische symptomen,
- F31.6 : bipolaire affectieve stoornis, met actueel een gemengde episode,

- F32.2 : episode van ernstige depressie, zonder psychotische symptomen,
- F32.3 : episode van ernstige depressie, met psychotische symptomen;

Rechthebbenden van groep 13 dienen in principe naar het C.A.R. verwezen te worden door een geneesheer-specialist in de psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie ('kinderpsychiater'). Deze verplichting geldt evenwel niet in het geval dat de rechthebbende niet omwille van een stemmingsstoornis naar het C.A.R. verwezen wordt, maar dat nadien uit het aanvangsbilan in de inrichting blijkt dat de rechthebbende lijdt aan één van de hierboven bedoelde stemmingsstoornissen van groep 13. In dit laatste geval kan de rechthebbende aanvankelijk naar de inrichting verwezen zijn door een arts die geen kinderpsychiater is.

In principe kunnen de rechthebbenden niet naar een inrichting verwezen worden door een arts die behoort tot de revalidatie-equipe van de inrichting. Indien een rechthebbende buiten de inrichting reeds gevolgd wordt door een kinderpsychiater van de inrichting, zonder dat deze rechthebbende reeds in contact gekomen is met de inrichting, kan deze kinderpsychiater van de inrichting de rechthebbende echter wel doorverwijzen naar de inrichting.

groep 14 : rechthebbenden tot de dag vóór hun 19^{de} verjaardag die lijden aan hersenverlamming. Hieronder dient te worden verstaan : rechthebbenden met bewegings- en houdingsstoornissen veroorzaakt door een niet-evolutieve encephalopathie die congenitaal of in de eerste 2 jaar na de geboorte opgetreden is, ongeacht de onderliggende pathologie of uitlokkende stoornis.

Alleen rechthebbenden bij wie de symptomen van de hersenverlamming ook ernstige cognitieve stoornissen, leerproblemen, spraakproblemen, slikproblemen of gedragsstoornissen omvatten, komen voor een revalidatie in de inrichting in aanmerking en dit zolang er ter zake vooruitgang wordt geboekt.

Rechthebbenden van groep 14 dienen naar het C.A.R. verwezen te worden door een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie (neuropediater), of door een geneesheer-specialist voor neurologie, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie (kinderneuroloog) die heeft vastgesteld dat de rechthebbende beantwoordt aan de voormelde voorwaarden van groep 14. Indien de inrichting zelf beschikt over een neuropediater of over een kinderneuroloog, kan de rechthebbende ook verwezen worden door een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde.

In principe kunnen de rechthebbenden niet naar de inrichting verwezen worden door een arts die behoort tot de revalidatie-equipe van de inrichting. Indien een rechthebbende buiten de inrichting reeds gevolgd wordt door een neuropediater of kinderneuroloog van de inrichting, zonder dat deze rechthebbende reeds in contact gekomen is met de inrichting, kan deze neuropediater of kinderneuroloog van de inrichting de rechthebbende echter wel doorverwijzen naar de inrichting.

groep 20: rechthebbenden tot de dag voor hun 7de verjaardag die eerder nog niet het revalidatieprogramma van een andere in dit artikel 3 gedefinieerde groep gevolgd hebben en die, gezien de stoornissen die bij hen zijn vastgesteld, vermoedelijk lijden aan een ernstige pathologie waarvoor intensieve multidisciplinaire revalidatie zoals voorzien in onderhavige overeenkomst noodzakelijk is, maar waarvoor voorlopig, door een gebrek aan bruikbare, gevalideerde testen voor zeer jonge kinderen, nog geen categoriale maar slechts een vermoedensdiagnose gesteld kan worden.

Artikel 4. Om na te gaan of een rechthebbende effectief tot één van de in artikel 3 vermelde groepen behoort, dient in principe steeds gebruik te worden gemaakt van specifieke testen die iedere vermelde stoornis objectiveren.

Het College van geneesheren-directeuren kan (na raadpleging van de in artikel 70 voorziene Akkoordraad die daartoe over een specifieke werkgroep beschikt) steeds richtlijnen uitvaardigen wat de precieze testen betreft die moeten worden aangewend om na te gaan of een rechthebbende aan een specifieke stoornis lijdt. Voor stoornissen die opgenomen zijn in artikel 36 (logopedieverstrekingen) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zullen in het kader van deze overeenkomst en in het kader van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen in principe dezelfde testen worden gebruikt.

De inrichting en de in artikel 35 § 1 vermelde beslissende instanties verbinden zich er toe de in artikel 3 vermelde stoornissen te evalueren op basis van de limitatieve lijst van testen die is vastgesteld door het College van geneesheren-directeuren.

Indien er voor een bepaalde stoornis nog geen test beschikbaar zou zijn die deze stoornis objectieveert, zal de inrichting in de in artikel 34 bedoelde aanvragen om tenlasteneming uitvoerig de verschillende elementen aanvoeren waarop de inrichting zich gebaseerd heeft om tot de conclusie te komen dat de rechthebbende aan die stoornis lijdt.

Artikel 5. Worden nooit beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die één of meerdere van de navolgende stoornissen vertonen :

- secundaire stoornissen ten gevolge van emotionele toestanden, van relatieproblemen, van een verwaarloosd of gebrekkig schoolbezoek (bij voorbeeld wegens ziekte), van het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of van een meertalige opvoeding ;
- eenvoudige spraakstoornissen, zoals sigmatisme, rhotacisme, lambdacisme, capacisme, broddelen, bradylalie;
- stemstoornissen zoals functionele afonie of dysfonie, fonastenie, stemwisselingstoornissen.

Artikel 6. § 1. Worden nooit beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die ter verpleging zijn opgenomen in een dienst die erkend is onder één van de kenletters G, Sp (chronisch), T, A, of K, of die gehuisvest zijn in hetzij een rustoord voor bejaarden, hetzij een rust- en verzorgingstehuis, hetzij een psychiatrisch verzorgingstehuis.

§ 2. Worden evenmin beschouwd als rechthebbenden op de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, de personen die gehuisvest zijn in een medisch-sociaal-pedagogisch instituut (of in een dergelijke inrichting op bepaalde dagen een dagprogramma of halve-dagprogramma volgen) en die er genieten van revalidatieverstrekingen. In geval van een aanvraag tot terugbetaling ingediend voor een dergelijk persoon, wordt er een verklaring bijgevoegd van de verantwoordelijke van voornoemd instituut, waarin deze verklaart dat "de betrokkene in het instituut niet kan genieten van enige verstreking met het oog op zijn revalidatie, en er dus geen tussenkomsten kan genieten van een kinesitherapeut, een logopedist of een psycholoog".

Artikel 7. § 1. Voor elke rechthebbende die school loopt, dient er, vooraleer een aanvraag tot terugbetaling voor gewone revalidatiezittingen, zoals bedoeld in artikel 34, § 3, wordt ingediend, een beraadslaging te hebben plaatsgevonden tussen de equipe van de inrichting enerzijds en anderzijds de school en/of het C.L.B.

Onderhavige overeenkomst legt geen eisen op betreffende de wijze waarop het overleg met de school en/of het C.L.B. plaatsvindt (via een vergadering, per telefoon, per e-mail, ...).

De inrichting zal in de in artikel 34, § 3, bedoelde aanvraag vermelden met wie er wanneer overlegd is zoals hier bedoeld en tevens de resultaten van dit overleg vermelden in de aanvraag. Indien de inrichting voor een rechthebbende zou afwijken van deze bepalingen, dienen de redenen hiervan duidelijk te worden vermeld in de in artikel 34, § 3, bedoelde aanvraag. De inrichting verbindt zich er toe zelf het initiatief te nemen voor het overleg. De inrichting zal de andere bij het overleg betrokken personen en instanties motiveren om het overleg, in het belang van de rechthebbende, te laten plaatsvinden. De inrichting zal daartoe de noodzakelijke randvoorwaarden vervullen. Indien de ouders of de wettelijke vertegenwoordigers van de rechthebbende weigerachtig zijn om dit overleg te laten doorgaan, dan zal de inrichting hen proberen te overtuigen om het overleg, in het belang van de rechthebbende, toch te laten doorgaan.

§ 2. Voor een rechthebbende die leerplichtig is en school loopt, kan de revalidatie als bedoeld bij deze overeenkomst, die gebeurt binnen de schooluren, alleen terugbetaald worden op voorwaarde dat het, krachtens de reglementering die is uitgevaardigd door de overheid die voor het onderwijs bevoegd is, toegeestaan is om een leerplichtige leerling - voor de pathologie waaraan hij lijdt - tijdelijk uit de klas te verwijderen om de leerling een revalidatieprogramma te laten volgen. De tussen de directie van de school en de inrichting gemaakte afspraken met betrekking tot de duur van de geplande onderbrekingen van de lessen en de frequentie van die geplande onderbrekingen dienen vastgelegd te worden in een schriftelijk contract waarin de school bevestigt dat deze afspraken stroken met de reglementering die op de school en op de leerling van toepassing is. De inrichting zal een exemplaar van dit contract bewaren in het dossier dat voor iedere rechthebbende wordt bijgehouden.

In geen geval mag de onderbreking van de lessen langer duren dan de duur van de gerealiseerde revalidatiezitting, vermeerderd met de noodzakelijke duur omwille van de eventueel noodzakelijke verplaatsing.

II - REVALIDATIEPROGRAMMA

Artikel 8. § 1. Onverminderd § 2 van dit artikel, verbindt de inrichting er zich toe alleen een multidisciplinair revalidatieprogramma zoals gedefinieerd in deze overeenkomst te beginnen, als de rechthebbende naar de inrichting is verwezen door een geneesheer die niet behoort tot de bij overeenkomst voorziene revalidatie-equipe. Deze arts stelt daartoe een verwijsbrief op.

Omdat de toestand van de rechthebbende kan evolueren, kan de inrichting de revalidatie in de inrichting alleen aanvatten (met het in artikel 9 § 2 bedoelde aanvangsbilan) binnen de 6 maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de verwijsbrief werd opgesteld. Indien de inrichting in die periode van 6 maanden niet kan starten met het in artikel 9 § 2 bedoelde aanvangsbilan, maar op een latere datum toch nog een aanvangsbilan wil opmaken, is voorafgaandelijk een nieuwe verwijsbrief noodzakelijk.

§ 2. Overeenkomstig artikel 3 dient voor bepaalde groepen de verwijzing te gebeuren door een specifiek type van geneesheer-specialist. In afwijking van de bepalingen van artikel 8, § 1, kan deze arts in de ter zake in artikel 3 vastgestelde situaties toch behoren tot de bij deze overeenkomst voorziene revalidatie-equipe.

Voor de rechthebbenden behorende tot groep 4 uit artikel 3 waarbij één van de betrokken domeinen de schoolse vaardigheden betreft, kan, onder de verantwoordelijkheid van de arts ervan, de in § 1 bedoelde verwijzing gebeuren door een C.L.B. waarvan geen enkel lid behoort tot de bij overeenkomst voorziene revalidatie-equipe.

De verwijzing kan nooit gebeuren door een arts of onder de verantwoordelijkheid van een arts met een bevoegdheidscode '000'.

Artikel 9. § 1. De inrichting biedt aan de rechthebbenden op revalidatie, bepaald in artikel 3 van deze overeenkomst, een multidisciplinair revalidatieprogramma aan.

§ 2. Het in § 1 bedoelde 'multidisciplinair revalidatieprogramma' bestaat uit een 'multidisciplinair aanvangsbilan' en de daaropvolgende eigenlijke 'multidisciplinaire revalidatie' van één van de in artikel 3 voorziene groepen. Het 'multidisciplinair aanvangsbilan' dient om na te gaan of de symptomatologie van de rechthebbende overeenstemt met één van de in artikel 3 voorziene groepen. De 'symptomatologie van de rechthebbende' zoals bedoeld in dit artikel wordt vastgesteld op basis van de gegevens uit de in artikel 8 bedoelde verwijsbrief en op basis van de gegevens die blijken uit de anamnese van de equipe van de inrichting die voorafgaat aan het in § 1 bedoelde multidisciplinair revalidatieprogramma.

Het multidisciplinair aanvangsbilan kan ook gerealiseerd worden voor rechthebbenden die op basis van hun symptomatologie vermoedelijk beantwoorden aan de vergoedingsvoorwaarden voor 'monodisciplinaire revalidatie'. Met 'monodisciplinaire revalidatie' worden hier de logopedieverstrekkingen bedoeld die (*krachtens artikel 36, § 2, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*) uitsluitend vergoedbaar zijn als ze worden voorgeschreven door een geneesheer-specialist die verbonden is aan een gespecialiseerd geconventioneerd centrum voor de integrale tenlasteneming van patiënten met die aandoeningen.

Het multidisciplinair aanvangsbilan kan alleen gerealiseerd worden als het de bedoeling is om daaropvolgend effectief multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie aan te vatten. Het multidisciplinair aanvangsbilan is in dat opzicht ook bedoeld om de richting van de revalidatie te bepalen.

§ 3. Rekening gehouden met de in § 2 vermelde finaliteiten van het multidisciplinair aanvangsbilan, kan het aanvangsbilan niet gerealiseerd worden voor rechthebbenden die op basis van hun symptomatologie vermoedelijk niet in aanmerking komen voor multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie. Het multidisciplinair aanvangsbilan kan dus bijvoorbeeld niet gerealiseerd worden voor rechthebbenden die op basis van hun symptomatologie louter in aanmerking voor "gewone" logopedieverstrekkingen waarvoor geen voorschrift van een geneesheer-specialist van een gespecialiseerd centrum vereist is.

Rekening gehouden met de in § 2 vermelde finaliteiten, kan het multidisciplinair aanvangsbilan evenmin gerealiseerd worden om louter de stoornissen van een rechthebbende te diagnosticeren zonder dat het de bedoeling is om nadien een multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie aan te vatten.

§ 4. Aangezien het de bedoeling is van het aanvangsbilan om de richting te bepalen van de

daaropvolgende eigenlijke revalidatie, wordt de multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie zo snel mogelijk na het einde van het aanvangsbilan aangevat. De inrichting zal er naar streven dat er in principe maximum 6 maanden verlopen tussen het einde van het aanvangsbilan en de datum vanaf wanneer de revalidatie aanvat. Indien dit niet het geval is, kan de vraag rijzen of de resultaten van het multidisciplinair aanvangsbilan nog geldig zijn. De inrichting zal daarom desgevallend in het kader van de procedure voorzien in artikel 34 § 3 van deze overeenkomst, motiveren waarom de resultaten van het multidisciplinair aanvangsbilan voor de betrokken rechthebbende nog geldig zijn. Het komt in dat geval de adviserend geneesheer toe om te beslissen of hij het aanvangsbilan nog aanvaardt als basis voor het revalidatieprogramma. Indien dit niet het geval is, kan het aanvangsbilan herhaald worden.

§ 5. Onverminderd § 2 kan het multidisciplinair aanvangsbilan in bepaalde gevallen, uitzonderlijk, niet gevolgd worden door multidisciplinaire revalidatie of monodisciplinaire revalidatie zoals bedoeld in § 2. Dit kan onder meer het geval zijn:

- als het bilan niet toelaat om een diagnose van de rechthebbende te stellen;
- als uit het bilan blijkt dat monodisciplinaire therapie (andere dan monodisciplinaire revalidatie zoals bedoeld in § 2) toch volstaat;
- als uit het bilan blijkt dat de rechthebbende beantwoordt aan de vergoedingsvoorwaarden voor multidisciplinaire revalidatie, maar dat de revalidatie nog niet kan aangevat worden omdat de rechthebbende nog niet therapiëerbaar is.

In elk van de voormelde gevallen dat het aanvangsbilan niet gevolgd wordt door multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie, dient de inrichting de adviserend geneesheer hierover in te lichten en de redenen ervan toe te lichten. De inrichting bezorgt de adviserend geneesheer bij deze gelegenheid het verslag van het aanvangsbilan.

§ 6. Een aanvangsbilan kan herhaald worden om monodisciplinaire revalidatie zoals bedoeld in § 2 te kunnen voortzetten, indien daartoe krachtens de bepalingen van artikel 36 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984) een nieuw voorschrift vereist is van een geneesheer-specialist die verbonden is aan een gespecialiseerd geconventioneerd centrum.

§ 7. Onverminderd §§ 4, 5 en 6 kan per rechthebbende normaliter slechts éénmaal een multidisciplinair aanvangsbilan gerealiseerd worden. Een multidisciplinair aanvangsbilan kan dan ook slechts uitzonderlijk herhaald worden.

Indien een eerder gerealiseerd aanvangsbilan niet gevolgd is door multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie omwille van één van de in § 5 vermelde redenen, dient de noodzaak tot herhaling van een multidisciplinair aanvangsbilan gemotiveerd te worden in het in artikel 34, § 2, bedoelde verslag bij de aanvraag voor tegemoetkoming aan de adviserend geneesheer. De inrichting zal in de nieuwe tegemoetkomingsaanvraag toelichten op welke nieuwe gegevens de inrichting zich baseert om te vermoeden dat het nieuwe aanvangsbilan wel effectief gevolgd zal worden door multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie. Het komt de adviserend geneesheer toe om voor iedere rechthebbende te beslissen of het herhalen van het aanvangsbilan effectief aangewezen is.

Artikel 10. § 1. Indien uit het multidisciplinair aanvangsbilan dat de inrichting heeft verricht, blijkt dat het volgen van een multidisciplinair revalidatieprogramma in een ander C.A.R. geïndiceerd is, zal de inrichting op eenvoudig verzoek van het ander centrum, mits toestemming van de rechthebbende en met respect voor het medisch geheim, de volledige resultaten van het aanvangsbilan bezorgen aan het C.A.R. waar de rechthebbende het eigenlijke multidisciplinair revalidatieprogramma zal volgen.

Indien een rechthebbende er voor opteert om na het multidisciplinair aanvangsbilan dat de inrichting heeft opgemaakt, beroep te doen op een ander C.A.R. voor het volgen van een multidisciplinair revalidatieprogramma, zal de inrichting op eenvoudig verzoek van het andere C.A.R., mits toestemming van de rechthebbende en met respect voor het medisch geheim, de volledige resultaten van het aanvangsbilan bezorgen aan het C.A.R. waar de rechthebbende het eigenlijke multidisciplinair revalidatieprogramma zal volgen. Deze verplichting geldt ook indien de rechthebbende eventueel al een gedeelte van het eigenlijke multidisciplinair revalidatieprogramma in de inrichting heeft gevolgd.

§ 2. Het multidisciplinair revalidatieprogramma omvat voor iedere rechthebbende tevens het opmaken van een "multidisciplinair evaluatieverslag" per jaar en het opmaken van een "multidisciplinair eindverslag".

Artikel 11. § 1. Voor elke rechthebbende wordt het multidisciplinair karakter van een aanvangsbilan bepaald door de realisatie van dit programma - tegenover elke rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover een of meerdere leden van zijn familie (ouders, partner,...), en dit in de loop van de periode vermeld in artikel 23 - door minstens één van de artsen van de inrichting behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe, alsmede door tenminste twee andere personen van twee verschillende disciplines, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe. Indien de rechthebbende behoort tot één van de in artikel 18, §§ 3 tot en met 8, bedoelde groepen, beschikt de arts die betrokken is bij de realisatie van het aanvangsbilan over de specialisatie of over één van de specialisaties die volgens artikel 18, §§ 3 tot en met 8, in de equipe aanwezig dienen te zijn om voor rechthebbenden van de groep in kwestie een revalidatieprogramma te kunnen realiseren.

§ 2. Onverminderd § 1, wordt, buiten een aanvangsbilan, voor elke rechthebbende het multidisciplinair karakter van de revalidatie stricto sensu bepaald door de realisatie van dit programma - tegenover elke rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover een of meerdere leden van zijn familie en dit in de loop van elke maand - door tenminste twee personen van twee verschillende disciplines, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe.

Een arts van de inrichting behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe komt hiervoor alleen in aanmerking als hij, buiten gebeurlijke teambespreking en coördinatie van de revalidatie, in de betrokken maand tegenover elke betrokken rechthebbende meer dan één (deel van een) revalidatiezitting verrichtte van minimum ½ uur.

§ 3. Bij wijze van uitzondering kan een geval van overmacht de oorzaak zijn dat het in § 2 vooropgesteld multidisciplinair karakter van de revalidatie stricto sensu bij een rechthebbende niet kan geëerbiedigd worden gedurende een bepaalde maand, zonder dat de terugbetaalbaarheid van de hem in de betrokken maand in het kader van deze overeenkomst verleende en in punt IV-B en punt IV-C omschreven zittingen daardoor in het gedrang komt.

Voor een rechthebbende kan elke periode van overmacht echter nooit langer dan 1 maand duren.

De inrichting houdt permanent een lijst bij waarin de verschillende gevallen van overmacht per maand worden opgetekend. De inrichting bewaart deze lijst gedurende 5 jaar. De omschrijving van de omstandigheden die deze overmacht veroorzaakten blijft 5 jaar in het dossier van elke betrokken rechthebbende bewaard. De lijst omvat voor elke betrokken rechthebbende naam en voornaam, verzekeringsinstelling aan dewelke de zitting(en) werd(en) aangerekend, inschrijvingsnummer van de rechthebbende bij de verzekeringsinstelling en datum of data van uitvoering van de met beroep op § 3, eerste lid, aangerekende zitting(en).

Artikel 12. § 1. In het kader van artikel 11 kan "een arts van de inrichting behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" een arts zijn die:

- 1) ofwel specialist is in de volwassenenpsychiatrie of in de kinder- en jeugdpsychiatrie,
- 2) ofwel specialist is in de neuropsychiatrie,
- 3) ofwel specialist is in de pediatrie of in de neurologie, en die eventueel een bijkomende erkenning verwierf in de pediatrie neurologie,
- 4) ofwel specialist is in de otorhinolaryngologie,
- 5) ofwel (indien de inrichting rechthebbenden van groep 1 of van groep 14 behandelt) specialist is in de fysische geneeskunde en revalidatie

Bij voorkeur heeft één van deze artsen een bijkomende erkenning bekomen als specialist in de revalidatie, zoals bedoeld in artikel 2 van het Koninklijk Besluit van 25 november 1991 *houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde* (verder in onderhavige overeenkomst wordt naar dit Koninklijk Besluit verwezen als "het Koninklijk Besluit van 25 november 1991"). De inrichting streeft ernaar dat elke arts minstens 4 uren per week deel uitmaakt van de equipe bij de overeenkomst.

§ 2. In het kader van artikel 11 kan "een andere persoon behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" een persoon zijn die:

- een licentiaat (master) is in de psychologie, in de pedagogie of in de orthopedagogie;
- een psychologisch assistent (bachelor in de psychologie of in de toegepaste psychologie of in de psychodiagnostiek) is;
- een paramedische kracht is, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om logopedieverstrekkingen uit te voeren;
- een paramedische kracht is, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om audiologieverstrekkingen uit te voeren;

- een paramedische kracht is, licentiaat (master) of (vroeger) gegradueerde, gerechtigd om kinesitherapieverstrekkingen uit te voeren;
- een paramedische kracht is, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om ergotherapieverstrekkingen uit te voeren;
- een paramedische kracht is, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om psychomotoriekverstrekkingen uit te voeren;
- een maatschappelijk werker (bachelor in het sociaal werk) of sociaal verple(e)g(st)er (bachelor in de sociale verpleegkunde) is;
- een gegradueerde opvoeder (bachelor in de orthopedagogie) of een opvoeder A2 is

Artikel 13. § 1. Buiten het kader van het multidisciplinair aanvangsbilan, moeten er in de loop van ieder jaar (van dag x tot dag x-1 van het volgende jaar) dat een rechthebbende een multidisciplinair revalidatieprogramma volgt, minstens twee contacten plaatsvinden tussen een arts behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe, en de rechthebbende en/of gebeurlijk één of meerdere leden van zijn familie. Bovendien moet ingegaan worden op elke vraag vanwege de rechthebbende of één of meerdere leden van zijn familie naar een bijkomend contact. Indien de rechthebbende behoort tot één van de in artikel 18, §§ 3 tot en met 8, bedoelde groepen, zal minstens één contact plaatsvinden met een in artikel 13, § 1, bedoelde arts van de inrichting, die beschikt over de specialisatie of over één van de specialisaties die volgens artikel 18, §§ 3 tot en met 8, in de equipe aanwezig dient te zijn om voor rechthebbenden van de groep in kwestie een revalidatieprogramma te kunnen realiseren.

§ 2. Uitzonderlijk kan een geval van overmacht veroorzaakt door een rechthebbende de oorzaak zijn dat deze beschikking bij hem niet kan geëerbiedigd worden voor een bepaald jaar, zonder dat de terugbetaalbaarheid van de hem in het betrokken jaar in het kader van deze overeenkomst verleende en in punt IV omschreven zittingen daardoor in het gedrang komt.

§ 3. De inrichting houdt een lijst bij van de gevallen van de in § 2 bedoelde overmacht en bewaart deze lijst gedurende 5 jaar. De omschrijving van de omstandigheden die deze veroorzaakten blijft 5 jaar in het dossier van elke betrokken rechthebbende bewaard. Deze lijst omvat voor elke betrokken rechthebbende naam en voornaam, verzekeringsinstelling aan dewelke de zitting(en) werd(en) aangerekend, inschrijvingsnummer van de rechthebbende bij de verzekeringsinstelling en datum of data van uitvoering van de met beroep op § 2 aangerekende zitting(en).

Artikel 14. Voor een rechthebbende valt het multidisciplinair aanvangsbilan buiten de maximale terugbetalingsperiode of buiten het contingent waarvan sprake in artikel 15.

Artikel 15. § 1. Onverminderd artikel 14, wordt voor elke rechthebbende (zoals omschreven in artikel 3) ofwel een maximale terugbetalingsperiode ofwel een maximaal contingent van zittingen bepaald voor zijn multidisciplinair revalidatieprogramma, en dit ongeacht de inrichting waar dit programma wordt verstrekt :

groep 1 (hersensletsel):

- Per hersensletsel dat afzonderlijk is opgetreden en dit uiterlijk op de dag vóór de 19^{de} verjaardag, een éénmalig contingent van maximum 720 zittingen die moeten worden verdeeld over de periode van aanvankelijke revalidatie en de eventuele periodes van boosterzittingen. Deze zittingen kunnen, indien nodig, ook na de 19^{de} verjaardag worden gerealiseerd en dit tot de dag vóór de 22^{ste} verjaardag. Vanaf de 22^{ste} verjaardag kunnen geen zittingen meer worden gerealiseerd voor een hersensletsel dat is opgetreden vóór de 19^{de} verjaardag en waarvoor het revalidatieprogramma in een C.A.R. vóór de 19^{de} verjaardag is gestart.
- Per hersensletsel dat afzonderlijk is opgetreden vanaf de leeftijd van 19 jaar, een éénmalig contingent van maximum 432 zittingen, op te nemen in een periode van maximum 3 opeenvolgende jaren na het begin van de revalidatie. De maximale periode van 3 jaar is ook van toepassing voor een rechthebbende bij wie het hersensletsel is opgetreden vóór de 19^{de} verjaardag (en die daarom in aanmerking kan komen voor maximum 720 zittingen), maar bij wie de revalidatie pas vanaf de leeftijd van 19 jaar is gestart.

Indien er zich een nieuw hersensletsel voordoet bij een rechthebbende die reeds een revalidatieprogramma volgt in groep 1 omwille van een vorig hersensletsel, kan er, vanaf de datum dat het nieuwe hersensletsel zich voordoet, een nieuw revalidatieprogramma van maximum 720 of 432 zittingen (al naargelang de leeftijd van de rechthebbende op de datum dat het nieuwe hersensletsel zich voordoet) worden opgestart. Het

maximum van 720 of 432 zittingen (al naargelang de leeftijd van de rechthebbende op de datum dat het nieuwe hersenletsel zich voordoet) kan in dat geval echter nooit worden verhoogd met de resterende (niet-gerealiseerde) zittingen van het vorige revalidatieprogramma.

groep 2 (mentale handicap):

- tot de dag vóór de 7de verjaardag;
- een éénmalig contingent van 432 zittingen vanaf de leeftijd van 7 jaar tot de dag vóór de 19^{de} verjaardag.

groep 3 (pervasieve ontwikkelingsstoornissen):

- tot de dag vóór de 7de verjaardag;
- een éénmalig contingent van 432 zittingen vanaf de leeftijd van 7 jaar tot de dag vóór de 19^{de} verjaardag.

groep 4 (complexe ontwikkelingsstoornissen): een éénmalig contingent van 432 zittingen vanaf het begin van de "multidisciplinaire revalidatie" tot de dag vóór de 19^{de} verjaardag.

groep 5 (hyperkinetische stoornissen) :

- een éénmalig contingent van 432 zittingen vanaf het begin van de "multidisciplinaire revalidatie" tot de dag vóór de 19de verjaardag, als de revalidatie start vóór de 9de verjaardag;
- een éénmalig contingent van 288 zittingen vanaf het begin van de "multidisciplinaire revalidatie" tot de dag vóór de 19de verjaardag, als de revalidatie start vanaf de 9de verjaardag of later.

groep 6 (stotteren): een éénmalig contingent van 288 zittingen vanaf het begin van de "multidisciplinaire revalidatie".

Enkel voor de universitaire CAR

groep 7 (spraak- of slikstoornissen): een contingent van 2 jaren vanaf het begin van de " multidisciplinaire revalidatie". Voor een rechthebbende die lijdt aan traumatische of proliferatieve dysglossieën of die lijdt aan stemstoornissen die een gevolg zijn van een paralyse van de larynx of van een organisch letsel van de larynx en/of van de stembanden, kunnen in die periode van 2 jaar echter nooit meer dan 288 zittingen worden gerealiseerd. Voor een rechthebbende die lijdt aan stemstoornissen die sequelen zijn van een laryngectomie of die lijden aan een slikstoornis (dysfagie), kunnen in die periode van 2 jaar nooit meer dan 480 zittingen worden gerealiseerd.

groep 8 (gehoorstoornissen, pre- of perilinguale fase): tot de dag vóór de 19^{de} verjaardag.

groep 9 (verworven gehoorstoornissen, gehoorverlies van minstens 70 dB HL): tot de dag vóór de 19^{de} verjaardag.

groep 10 (verworven gehoorstoornissen, gehoorverlies van minstens 40 dB HL):

- een éénmalig contingent van 288 zittingen vanaf het begin van de " multidisciplinaire revalidatie";
- een éénmalig contingent van 432 zittingen vanaf het begin van de "multidisciplinaire revalidatie", als de rechthebbende tevens beantwoordt aan de in artikel 3 vastgestelde inclusiecriteria van groep 4.

Een rechthebbende die gerevalideerd is geweest in groep 8 of groep 9, kan nadien nooit in aanmerking komen voor het revalidatieprogramma van groep 10.

groep 11 (gehoorstoornissen – cochleair implantaat of hersenstamimplantaat): een éénmalig contingent van 288 zittingen binnen een ononderbroken periode van 4 jaar die aanvangt maximaal 1 maand vóór de datum van de implantatie.

In het geval dat het de implantatie van een bilateraal cochleair implantaat betreft, wordt ditzelfde contingent van 288 zittingen toegekend; het contingent wordt in dat geval dus niet verdubbeld.

Indien tijdens deze periode van 4 jaar een nieuw cochleair implantaat (of hersenstamimplantaat) wordt ingeplant en naar aanleiding van die nieuwe implantatie opnieuw een revalidatieperiode in groep 11 wordt toegestaan, start de nieuwe revalidatieperiode maximaal 1 maand vóór de datum van de nieuwe implantatie en eindigt de vorige revalidatieperiode op de dag die voorafgaat aan de datum waarop de nieuwe revalidatieperiode aanvangt en uiterlijk op de dag vóór de nieuwe implantatie. Binnen de nieuwe revalidatieperiode van 4 jaar geldt opnieuw een éénmalig contingent van 288 zittingen. Dit contingent kan niet vermeerderd worden met het deel van het contingent van de

vorige periode van 4 jaar dat niet gerealiseerd is geweest.

De periode in groep 11 kan de periode voorzien voor één van de groepen 8, 9 of 10 onderbreken als de rechthebbende daar al toe behoorde. Zo nodig kan na de periode in groep 11 de intensieve revalidatie in één van de groepen 8, 9, of 10 verder gezet worden. De rechthebbende kan ook na de periode in groep 11, zo nodig verder logopedisch behandeld worden krachtens de nomenclatuur van de logopedische verstrekkingen.

De periode van het revalidatieprogramma in groep 11 kan ook gecumuleerd met ofwel een periode dat het revalidatieprogramma gerealiseerd wordt van één van de groepen 8, 9, of 10 ofwel met een periode dat een rechthebbende een revalidatieprogramma volgt in een andere revalidatie-inrichting die geen C.A.R. is maar die gespecialiseerd is in de revalidatie van gehoorstoornissen. Onder cumulatie dient hier te worden verstaan dat in de periode dat de beide revalidatieprogramma's gecumuleerd worden, de rechthebbende revalidatieprestaties in het kader van de beide revalidatieprogramma's kan genieten, eventueel zelfs op dezelfde dag. Indien het revalidatieprogramma van groep 11 gecumuleerd wordt met het revalidatieprogramma van één van de groepen 8, 9 of 10, kunnen beide revalidatieprogramma's eventueel ook gerealiseerd worden in hetzelfde C.A.R. Het revalidatieprogramma van groep 11 kan tegelijkertijd evenwel slechts in één C.A.R. verstrekt worden.

groep 12 (gedragsstoornissen): een éénmalig contingent van 288 zittingen vanaf het begin van de " multidisciplinaire revalidatie" tot de dag vóór de 19^{de} verjaardag.

groep 13 (stemmingsstoornissen): een éénmalig contingent van 288 zittingen vanaf het begin van de " multidisciplinaire revalidatie" tot de dag vóór de 19^{de} verjaardag.

groep 14 (hersenvlamming): tot de dag voor de 19de verjaardag.

groep 20 (vermoedendiagnose): een contingent van 1 maal 6 maanden.

Voor elke individuele rechthebbende is de duur van de revalidatie en het aantal te realiseren revalidatiezittingen, de duur en het aantal welke worden voorgeschreven door de arts van de inrichting die het revalidatieprogramma van de rechthebbende opvolgt. Deze arts schrijft deze revalidatieverstrekkingen voor, onder meer in functie van de ziekte of stoornis waaraan de betrokkene lijdt, van zijn toestand, van de reeds bekomen revalidatieresultaten en van de bijkomende resultaten die de voortzetting van het revalidatieprogramma naar verwachting zal opleveren. Het is dan ook niet de bedoeling de vermelde maximum uren en maximum aantal revalidatiezittingen, op medisch vlak te laten doorgaan als indicatief en zeker niet als een door de rechthebbende opeisbaar recht t.o.v. de behandelende arts en de inrichting. Hun doel is enkel verzekeringstechnisch.

De vermelde maximale duur van de revalidatieprogramma's en de vermelde maximum aantallen revalidatiezittingen gelden per rechthebbende en niet per C.A.R. Een rechthebbende die in één C.A.R. niet meer in aanmerking komt voor verdere revalidatie, komt hiervoor dus ook niet meer in aanmerking in een ander C.A.R.

§ 2. Voor de groepen waarvoor in § 1 van dit artikel een contingent aan zittingen wordt voorzien, moet met het type revalidatiezitting dat wordt gerealiseerd, met de prijs van iedere soort revalidatiezitting (cf. punt IV van deze overeenkomst) alsmede met het gewicht van iedere soort zitting in de facturatiecapaciteit (cf. punt VI van deze overeenkomst) geen rekening worden gehouden voor het respect van de bepalingen van § 1. Het contingent aan zittingen vermeldt dus het aantal dagen waarvoor een revalidatiezitting kan worden aangerekend, ongeacht het type revalidatiezitting dat wordt aangerekend. Indien op een zelfde dag voor een rechthebbende zowel een in artikel 27 bedoelde zitting als een in artikel 28 bedoelde zitting wordt gerealiseerd, geldt dit wel als twee zittingen.

§ 3. Indien het voor een rechthebbende van groep 20 aangewezen zou zijn om – nadat deze rechthebbende reeds revalidatieprestaties heeft genoten voor groep 20 - op basis van bijkomende diagnostische gegevens over te schakelen naar het revalidatieprogramma van een andere groep en er voor die andere groep in § 1 een contingent aan zittingen is vastgesteld, dienen de revalidatieprestaties (aantal zittingen) die reeds gerealiseerd zijn in het kader van het revalidatieprogramma van groep 20, in mindering gebracht te worden van de revalidatieprestaties die nog in de nieuwe groep kunnen gerealiseerd worden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met alle reeds in groep 20 gerealiseerde revalidatiezittingen, ongeacht het type revalidatiezitting en ongeacht het gewicht van die zittingen.

§ 4. Indien het voor een rechthebbende van de groepen 2, 3, 4, 5 en 12 aangewezen zou zijn

om – *nadat deze rechthebbende reeds revalidatieprestaties heeft genoten voor één van deze groepen* - op basis van bijkomende diagnostische gegevens over te schakelen naar het revalidatieprogramma van een andere groep van deze categorie (dus overschakelen naar het programma van de groepen 2, 3, 4, 5 en 12), dienen de revalidatieprestaties (aantal zittingen) die reeds gerealiseerd zijn (met name in het kader van het revalidatieprogramma van de oorspronkelijke groep), in mindering gebracht te worden van de revalidatieprestaties die nog in de nieuwe groep kunnen gerealiseerd worden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met alle reeds in de oorspronkelijke groep gerealiseerde revalidatiezittingen, ongeacht het type revalidatiezitting en ongeacht het gewicht van die zittingen. Dit algemeen principe is ook van toepassing als een rechthebbende, na een revalidatieprogramma te hebben gevolgd in één C.A.R., beroep doet op een ander C.A.R. om daar een revalidatieprogramma te volgen of verder te zetten. De groepen 9, 10A, 10B en 11 van de oude NOK-overeenkomst en de groepen 4, 8, 9A, 9B en 10 van de oude PSY-overeenkomst, worden beschouwd als verwante groepen van de groepen 2, 3, 4, 5 en 12. In het geval van een overschakeling naar het revalidatieprogramma van de groepen 2, 3, 4, 5 of 12, dienen bijgevolg de zittingen die vroeger gerealiseerd zijn in het kader van de hier opgesomde groepen van de oude NOK-overeenkomst en de oude PSY-overeenkomst, eveneens in mindering gebracht te worden van de revalidatieprestaties die nog in de nieuwe groep 2, 3, 4, 5 of 12 gerealiseerd kunnen worden.

§ 5. Aan rechthebbenden zoals bedoeld in artikel 3 die niet meer in aanmerking komen voor een verderzetting van hun revalidatieprogramma in groep 2 omdat ze een totaal intelligentiequotiënt hebben dat hoger is dan of gelijk is aan 85 en die overschakelen naar groep 4, kan een eenmalig contingent van 288 zittingen worden toegekend in groep 4 als ze – ná aftrek (cf artikel 15, § 4) van de zittingen die eerder in groep 2 gerealiseerd zijn en van de zittingen die eerder in een andere in § 4 vermelde, verwante groep gerealiseerd zijn – nog slechts aanspraak kunnen maken op een contingent van minder dan 288 zittingen in groep 4.

Artikel 16. Voor de groepen 2, 3, 4, 5 en 12, bepaalt de synoptische fiche in bijlage 2 bij deze overeenkomst en voor de groep 1 in bijlage bepaalt de synoptische fiche in bijlage 3 bij deze overeenkomst, wat de doelstellingen, de inhoud en het verloop zijn van het revalidatieprogramma (het aanvangsbilan en de multidisciplinaire revalidatie stricto sensu) en wat de inbreng is van de verschillende personeelsdisciplines. De inrichting verbindt zich ertoe het revalidatieprogramma te organiseren volgens deze principes. De bepalingen van deze overeenkomst primeren evenwel op de inhoud van de synoptische fiches.

III – VOORWAARDEN OM BEPAALDE DOELGROEPEN TEN LASTE TE KUNNEN NEMEN

Artikel 17. Deze overeenkomst past in de reconversie van de Centra voor ambulante revalidatie (C.A.R.). De bedoeling van deze reconversie is dat de centra zich méér specialiseren in de revalidatie van bepaalde medisch prioritaire doelgroepen en dat aan de patiënten van deze doelgroepen gegarandeerd een kwaliteitsvolle revalidatie wordt aangeboden.

De volgende artikelen hebben betrekking op de kwaliteitsvoorwaarden waaraan een C.A.R. moet voldoen om aan bepaalde van de in artikel 3 omschreven doelgroepen een revalidatieprogramma ('multidisciplinair aanvangs bilan' plus 'multidisciplinair revalidatieprogramma stricto sensu') te kunnen aanbieden. Ermee rekening gehouden dat, in het kader van de onderhavige overeenkomst, voor de eerste maal dergelijke voorwaarden worden opgelegd aan de centra, is voorzien dat pas vanaf 1-1-2015 aan deze voorwaarden voldaan dient te zijn. Aangezien het niet de bedoeling is dat centra die ook op deze datum niet beantwoorden aan de voorwaarden van bepaalde groepen, deze groepen ná deze datum nooit meer zouden kunnen ten laste nemen, bepalen de volgende artikelen ook de voorwaarden en procedures om dit vanaf een latere datum wel terug te kunnen.

Artikel 18. § 1. In dit artikel is per groep uit artikel 3 waarvoor dergelijke voorwaarden gelden, vastgesteld aan welke voorwaarden een C.A.R. moet beantwoorden om voor rechthebbenden van deze groepen een revalidatieprogramma te kunnen realiseren én vanaf wanneer aan deze voorwaarden voldaan dient te zijn.

Deze voorwaarden hebben betrekking op de vereiste medische en therapeutische omkadering die in de personeelsequipe van het centrum dient aanwezig te zijn, op de ervaring die een centrum dient te hebben met een bepaalde doelgroep of op de samenwerking die een centrum dient aan te gaan met een zorginstelling die gespecialiseerd is in de pathologie van de doelgroep in kwestie.

§ 2. De ervaring van een inrichting met een bepaalde doelgroep wordt gedefinieerd als een bepaalde 'kritische massa' waarover de inrichting dient te beschikken. Deze kritische massa wordt uitgedrukt als een aantal zittingen dat de inrichting in een bepaalde periode moet realiseren voor rechthebbenden van de doelgroep in kwestie. Voor het vaststellen van het aantal zittingen dat een inrichting realiseert, wordt zowel rekening gehouden met het aantal gerealiseerde zittingen in het kader van een aanvangs bilan zoals bedoeld in punt IV-A als met het aantal gerealiseerde gewone revalidatiezittingen zoals bedoeld in punt IV-B. Voor het vaststellen van het aantal zittingen dat een inrichting realiseert voor groep 1 (zoals bedoeld in § 3), wordt ook rekening gehouden met het aantal gerealiseerde (halve) revalidatiedagen zoals bedoeld in punt IV-D.

Om het aantal zittingen te bepalen dat een inrichting realiseert, wordt rekening gehouden met het gewicht van iedere soort zitting in de facturatiecapaciteit (cf. punt VI van deze overeenkomst).

Het aantal zittingen dat een inrichting realiseert, wordt vastgesteld op basis van de productiecijfers die de inrichting aan de Dienst voor geneeskundige verzorging dient te bezorgen in het kader van de onderhavige overeenkomst.

§ 3. Om vanaf 1-4-2015 voor rechthebbenden van groep 1 (hersensletsel) een revalidatieprogramma te kunnen realiseren:

- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een geneesheer-specialist in de neurologie, over een geneesheer-specialist in de (neuro-)psychiatrie of over een andere geneesheer-specialist voorzien in artikel 12 maar met een bijkomende bijzondere beroepstitel in de revalidatie zoals bedoeld in artikel 2 van het Koninklijk Besluit van 25 november 1991. Deze arts dient gedurende minimum 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe van de inrichting. Dit minimum aantal uren kan niet uitgesplitst worden over meerdere artsen. Indien de inrichting meer dan 4 uur per week een arts met één van de voormelde specialisaties in zijn equipe heeft, kunnen die uren wel uitgesplitst worden over meerdere artsen. In dit geval dient evenwel minstens één van deze artsen voor minstens 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe.
- dient een inrichting vanaf 2014 (2014 inbegrepen), ieder jaar 1.248 zittingen te realiseren voor rechthebbenden van groep 1.

§ 4. Om vanaf 1-4-2015 voor rechthebbenden van groep 3 (pervasieve ontwikkelingsstoornissen) een revalidatieprogramma te kunnen realiseren:

- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een geneesheer-specialist in de psychiatrie,

meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie ('kinderpsychiater'). Deze arts dient gedurende minimum 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe van de inrichting. Dit minimum aantal uren kan niet uitgesplitst worden over meerdere artsen. Indien de inrichting meer dan 4 uur per week een kinderpsychiater in zijn equipe heeft, kunnen die uren wel uitgesplitst worden over meerdere artsen. In dit geval dient evenwel minstens één van deze artsen voor minstens 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe.

- dient een inrichting vanaf 2014 (2014 inbegrepen), ieder jaar 1.040 zittingen te realiseren voor rechthebbenden van groep 3.
- dienen zeker de inrichtingen die vanaf 2014 per kalenderjaar minder dan 2.080 zittingen realiseren voor rechthebbenden van groep 3, formeel samen te werken met een referentiecentrum voor autisme. De modaliteiten van die samenwerking zullen vastgesteld worden door het College van geneesheren-directeuren ná overleg met de Akkoordraad van de C.A.R. en met de referentiecentra voor autisme.

§ 5. Om vanaf 1-4-2015 voor rechthebbenden van groep 6 (stotteren) een revalidatieprogramma te kunnen realiseren:

- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie (N.K.O.) of over een geneesheer-specialist in de (neuro-)psychiatrie. Deze arts dient gedurende minimum 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe van de inrichting. Dit minimum aantal uren kan niet uitgesplitst worden over meerdere artsen. Indien de inrichting meer dan 4 uur per week een arts met één van de voormelde specialisaties in zijn equipe heeft, kunnen die uren wel uitgesplitst worden over meerdere artsen. In dit geval dient evenwel minstens één van deze artsen voor minstens 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe.
- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een psycholoog en een logopedist;
- dient een inrichting vanaf 2014 (2014 inbegrepen), ieder jaar 1.040 zittingen te realiseren voor rechthebbenden van groep 6.

§ 6. Om vanaf 1-4-2015 voor rechthebbenden van de groepen 8 (gehoorstoornissen, pre- of perilinguale fase), 9 (verworven gehoorstoornissen, gehoorverlies van minstens 70 dB HL), 10 (verworven gehoorstoornissen, gehoorverlies van minstens 40 dB HL) en 11 (gehoorstoornissen – cochleair implantaat) een revalidatieprogramma te kunnen realiseren:

- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie ('N.K.O.-arts'). Deze arts dient gedurende minimum 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe van de inrichting. Dit minimum aantal uren kan niet uitgesplitst worden over meerdere artsen. Indien de inrichting meer dan 4 uur per week een N.K.O.-arts in zijn equipe heeft, kunnen die uren wel uitgesplitst worden over meerdere artsen. In dit geval dient evenwel minstens één van deze artsen voor minstens 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe.
- dient een inrichting vanaf 2014 (2014 inbegrepen), ieder jaar in het totaal 780 zittingen te realiseren voor alle rechthebbenden van de groepen 8, 9, 10 en 11 samen.

§ 7. Om vanaf 1-4-2015 voor rechthebbenden van groep 13 (stemmingsstoornissen) een revalidatieprogramma te kunnen realiseren:

- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een geneesheer-specialist in de psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie ('kinderpsychiater'). Deze arts dient gedurende minimum 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe van de inrichting. Dit minimum aantal uren kan niet uitgesplitst worden over meerdere artsen. Indien de inrichting meer dan 4 uur per week kinderpsychiater in zijn equipe heeft, kunnen die uren wel uitgesplitst worden over meerdere artsen. In dit geval dient evenwel minstens één van deze artsen voor minstens 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe.
- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een psycholoog;
- dient een inrichting vanaf 2014 (2014 inbegrepen), ieder jaar 1.040 zittingen te realiseren voor rechthebbenden van groep 13.

§ 8. Om vanaf 1-4-2015 voor rechthebbenden van groep 14 (hersenvlamming - CP) een revalidatieprogramma te kunnen realiseren:

- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een geneesheer-specialist in de kinderneurologie of over een geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie (neuropediater). Deze arts dient gedurende minimum 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe van de inrichting. Dit minimum aantal uren kan niet uitgesplitst worden over meerdere artsen. Indien de inrichting meer dan 4 uur per week een arts met één

van de voormelde specialisaties in zijn equipe heeft, kunnen die uren wel uitgesplitst worden over meerdere artsen. In dit geval dient evenwel minstens één van deze artsen voor minstens 4 uur per week deel uit te maken van de personeelsequipe.

- dient een inrichting vanaf 1-1-2015 te beschikken over een psycholoog, een kinesitherapeut, een logopedist en een zorgverlener die gerechtigd is om psychomotoriekverstrekingen uit te voeren;
- dient een inrichting vanaf 2014 (2014 inbegrepen), ieder jaar 520 zittingen te realiseren voor rechthebbenden van groep 14;
- dient de inrichting vanaf 1-1-2015 formeel samen te werken met een CP-referentiecentrum. De modaliteiten van die samenwerking zullen vastgesteld worden door het College van geneesheren-directeurs ná overleg met de Akkoordraad van de C.A.R. en met de CP-referentiecentra.

Uitzonderlijk kan een inrichting die niet beantwoordt aan de eerste voorwaarde van deze paragraaf toch rechthebbenden van groep 14 revalideren, als de inrichting beschikt over een geneesheer-specialist in de neurologie met voldoende ervaring inzake CP of over een geneesheer-specialist met een bijzondere beroepstitel in de revalidatie zoals bedoeld in artikel 2 van het Koninklijk Besluit van 25 november 1991 ('revalidatiearts') met voldoende ervaring inzake CP. Het College van geneesheren-directeurs stelt vast of deze arts voldoende ervaring heeft inzake CP. Om voor deze gelijkstelling in aanmerking te komen dient de inrichting in kwestie op 31-12-2008, 31-12-2010, 31-12-2011 en 31-12-2012, gemiddeld genomen minstens 5 rechthebbenden in revalidatie te hebben uit de groep 14 (dit is groep 7 van de oude PSY-overeenkomst en groep 14 van de overeenkomst die op 1-1-2010 in werking getreden is). De arts in kwestie zelf dient om de hier bedoelde gelijkstelling te bekomen aan het College van geneesheren-directeurs een brief te richten waarin hij aantoont dat hij beantwoordt aan de volgende voorwaarden:

- de arts werkt op de datum dat de onderhavige overeenkomst in werking treedt al minstens gedurende 5 jaar onafgebroken voor de inrichting in kwestie en heeft in die periode steeds minstens gedurende 4 uur per week (in een stelsel van een 38-urenweek) voor de inrichting gewerkt
- ervaring hebben inzake CP. Daartoe vermeldt de arts in zijn brief:
 - zijn activiteiten in de inrichting met betrekking tot de diagnose en revalidatie van CP-patiënten;
 - welke initiatieven hij genomen heeft om zich bij te scholen met betrekking tot CP bij kinderen.

De toelating dat een inrichting die niet voldoet aan de eerste voorwaarde van deze paragraaf 3, toch aan rechthebbenden van groep 14 een revalidatieprogramma kan aanbieden, als de inrichting beschikt over een arts met voldoende ervaring (zoals hierboven bedoeld), vervalt van zodra deze laatste arts niet meer in de inrichting tewerkgesteld is. Vanaf de datum dat deze tewerkstelling eindigt, dient de inrichting te beantwoorden aan de eerste voorwaarde van § 8 (beschikken over een geneesheer-specialist in de kinderneurologie of in de neuropediatrie gedurende minstens 4 uur per week). Zo niet beantwoordt de inrichting vanaf de datum dat de tewerkstelling van de arts met voldoende ervaring eindigt, niet meer aan de voorwaarden om aan rechthebbenden van groep 14 een revalidatieprogramma te kunnen aanbieden.

§ 9. In artikel 18, §§ 3 tot en met 8, worden minima opgelegd aangaande het aantal uren per week dat een arts voor de inrichting dient te werken. Indien een arts, gezien zijn specialisatie, méér dan 1 van de in deze paragrafen bedoelde groepen kan behandelen, volstaat het dat éénmaal voldaan is aan de vereiste minimale tewerkstellingstijd om te voldoen aan de voorwaarden inzake medische omkadering die gelden voor elk van deze groepen. Bijvoorbeeld, een inrichting die beschikt over een N.K.O.-arts gedurende 4 uur per week voldoet aan de voorwaarden inzake medische omkadering van de groepen 6, 8, 9, 10 en 11.

§ 10. Tot en met 31 maart 2015 kan elke inrichting in principe voor rechthebbenden van elk van de in artikel 18 vermelde doelgroepen een revalidatieprogramma opstarten.

Artikel 19. § 1. In de §§ 3 tot en met 5 van dit artikel, zijn een aantal situaties vastgesteld waarin een inrichting zich kan bevinden naargelang ze op 1-1-2015 al dan niet beantwoordt aan de (in artikel 18 vastgestelde) voorwaarden om een bepaalde doelgroep te kunnen revalideren en naargelang ze al dan niet vragende partij is om de doelgroep in kwestie nog te kunnen revalideren. Rekening gehouden met het in artikel 17 vermelde opzet dat de inrichtingen zich specialiseren in de behandeling van bepaalde doelgroepen, kan een inrichting beslissen om bepaalde andere doelgroepen niet meer te behandelen. Deze overeenkomst sluit niet uit dat ze dit in de toekomst wel terug zou kunnen, mits voldaan is aan bepaalde hierna vermelde voorwaarden.

Voor iedere doelgroep waarvoor in artikel 18 specifieke voorwaarden zijn vastgesteld, bevindt de inrichting zich vanaf 1-4-2015 in één van de in §§ 3 tot en met 5 bedoelde situaties. Eenzelfde inrichting kan zich voor de verschillende in artikel 18 bedoelde doelgroepen in eenzelfde situatie bevinden of in een verschillende situatie bevinden.

De Dienst voor geneeskundige verzorging stelt per doelgroep waarvan sprake is in artikel 18 vast in welke van de in §§ 3 tot en met 5 bedoelde situaties een inrichting zich bevindt vanaf 1-4-2015. Deze

vaststellingen worden meegedeeld per brief aan de inrichting in kwestie en per omzendbrief aan de verzekeringsinstellingen.

§ 2. In dit en volgende artikelen wordt soms verwezen naar een 'uitdoofscenario'. Dit uitdoofscenario houdt in dat een inrichting voor rechthebbenden van een bepaalde doelgroep vanaf een bepaalde datum geen nieuwe revalidatieprogramma's (aanvangsbilan of multidisciplinair revalidatieprogramma) meer kan realiseren. Volgens het uitdoofscenario kan de inrichting vanaf de bedoelde datum enkel voor rechthebbenden die op deze datum reeds een revalidatieprogramma volgen in de inrichting, het bestaande revalidatieprogramma nog gedurende maximum 2 onderbroken jaren vanaf deze datum verder zetten (ook al heeft een rechthebbende volgens artikel 15 nog langer recht op revalidatie). Het komt de inrichting toe binnen die periode van 2 jaar het bestaande revalidatieprogramma af te ronden of de rechthebbende door te verwijzen naar een andere zorgverlener.

§ 3. De in deze paragraaf bedoelde situatie betreft inrichtingen die voldoen aan alle voorwaarden die in artikel 18 zijn vastgesteld om revalidatieprogramma's te kunnen realiseren voor rechthebbenden van een bepaalde doelgroep en die daar ook vragende partij voor zijn (inbegrepen inrichtingen die cf. artikel 18, § 8, over een geneesheer-specialist in de neurologie of een revalidatiearts met voldoende ervaring in CP beschikken en die groep 14 wensen te behandelen). Deze inrichtingen kunnen vanaf 1-4-2015 ook voor nieuwe rechthebbenden van de doelgroep in kwestie autonoom, een volledig revalidatieprogramma realiseren (zowel een aanvangsbilan als een multidisciplinair revalidatieprogramma).

§ 4. De in deze paragraaf bedoelde situatie betreft inrichtingen die op 1-1-2015 niet voldoen aan de voorwaarden die zijn vastgesteld in artikel 18 en waar op 31-12-2014, geen enkele rechthebbende het revalidatieprogramma volgt van een bepaalde in artikel 18 bedoelde doelgroep.

Deze inrichtingen kunnen voor rechthebbenden van de doelgroep in kwestie geen revalidatieprogramma meer realiseren vanaf 1-4-2015. Indien op deze datum, in tegenstelling tot de situatie op 31-12-2014, toch één of meerdere rechthebbenden van de doelgroep in kwestie een revalidatieprogramma volgen in de inrichting, komt de inrichting voor deze doelgroep vanaf 1-4-2015 in een uitdoofscenario terecht zoals bedoeld in artikel 19, § 2.

Indien deze inrichtingen later wel vragende partij zijn om revalidatieprogramma's te kunnen realiseren voor de doelgroep in kwestie, kan dit mits ze daartoe succesvol een inlooptraject doorlopen zoals bedoeld in artikel 20.

§ 5. De in deze paragraaf bedoelde situatie betreft inrichtingen:

- waar op 1-4-2015, één of meerdere rechthebbenden het revalidatieprogramma volgen van een bepaalde in artikel 18 bedoelde doelgroep
- maar die geen vragende partij zijn om op termijn aan rechthebbenden van de doelgroep in kwestie nog een revalidatieprogramma te kunnen aanbieden of die op 1-1-2015 niet voldoen aan de voorwaarden die zijn vastgesteld in artikel 18

Voor de betrokken inrichtingen en de bedoelde doelgroepen, start vanaf 1-4-2015 een uitdoofscenario zoals bedoeld in artikel 19, § 2.

Indien deze inrichtingen in de toekomst vragende partij zijn om volwaardig revalidatieprogramma's te kunnen realiseren voor rechthebbenden van de doelgroep in kwestie, kan dit mits ze daartoe een inlooptraject doorlopen zoals bedoeld in artikel 20.

Artikel 20. § 1. Inrichtingen die in de toekomst (vanaf een datum ná 1-4-2015) opnieuw revalidatieprogramma's willen kunnen realiseren voor doelgroepen waarvoor ze cf artikel 19, §§ 4 en 5, vanaf 1-4-2015 geen revalidatiezittingen meer kunnen realiseren of enkel nog bestaande revalidatieprogramma's kunnen afwerken, kunnen dit mits ze daartoe succesvol een 'inlooptraject' volgen. In dit artikel is onder meer vastgesteld welke aanvraagprocedure een inrichting dient te volgen om een inlooptraject aan te vangen, aan welke voorwaarden voldaan moet zijn bij de aanvang en bij de afloop van het inlooptraject en hoe de uitvoering van het inlooptraject geëvalueerd wordt.

§ 2. Een inrichting kan een inlooptraject alleen maar starten, ná overleg met en instemming van het College van het geneesheren-directeurs. Een volledig inlooptraject duurt ononderbroken 3 jaar en start op de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop het College van geneesheren-directeurs in voorkomend geval heeft ingestemd met het inlooptraject. Om deze toestemming aan te vragen, dient de inrichting aan het College van geneesheren-directeurs een plan te bezorgen over hoe de inrichting in de periode van 3 jaar dat het inlooptraject duurt, meent volledig aan de in artikel 18 vermelde voorwaarden voor de doelgroep

in kwestie te kunnen beantwoorden. Concreet dient het plan de volgende gegevens te bevatten:

- een vermelding van de doelgroep waarvoor de inrichting een inlooptraject wenst te volgen;
- de redenen waarom de inrichting zich op de doelgroep in kwestie wenst te richten;
- de partners uit het zorgnetwerk waarmee de inrichting het plan wenst te realiseren;
- de redenen waarom de inrichting meent tegen het einde van de periode van 3 jaar dat het inlooptraject duurt, aan de in artikel 18 vermelde voorwaarden voor de doelgroep in kwestie te kunnen beantwoorden;
- de stappen die de inrichting reeds gezet heeft om aan de bedoelde voorwaarden te kunnen beantwoorden
- de initiatieven die de inrichting nog zal nemen om aan de bedoelde voorwaarden te kunnen beantwoorden;
- waar de inrichting na 1,5 jaar van het inlooptraject zal staan bij de realisatie van het plan.

De inrichting dient op het moment dat ze haar plan indient ook aan te tonen dat ze vanaf de startdatum van het inlooptraject volledig zal beantwoorden aan de in artikel 18 vastgestelde voorwaarden inzake medische omkadering voor de doelgroep in kwestie (met name beschikken over een arts met de in artikel 18 bedoelde specialisatie gedurende een minimum aantal werkuren per week), wat een voorwaarde is om een inlooptraject te kunnen aanvatten. Daartoe dient de inrichting aan het College van geneesheren-directeuren samen met het plan de volgende gegevens mee te delen: de naam van de arts, het erkenningsnummer van de arts en het aantal werkuren per week van de arts voor de inrichting. Indien het College van geneesheren-directeuren vaststelt dat voldaan is aan de voorwaarde inzake medische omkadering én het College van geneesheren-directeuren instemt met het bovenbedoelde plan, kan de inrichting vanaf de datum dat het inlooptraject start, revalidatieprogramma's realiseren voor rechthebbenden van de doelgroep in kwestie.

Ná 1,5 jaar van het inlooptraject bezorgt de inrichting een tussentijds evaluatiedossier aan het College van geneesheren-directeuren waarin het aangeeft welke onderdelen van zijn plan de inrichting al gerealiseerd heeft en welke stappen de inrichting nog zal nemen, om zijn plan te kunnen realiseren. Op basis van dat tussentijds evaluatiedossier, kan het College eventueel advies geven aan de inrichting teneinde het inlooptraject te doen slagen.

Aan de in artikel 18 voor de doelgroep in kwestie vastgestelde voorwaarde inzake kritische massa, dient de inrichting pas te voldoen bij afloop van het inlooptraject. Op basis van de situatie bij aanvang van de 9^{de} maand van het 3^{de} jaar van het inlooptraject, beoordeelt het College van geneesheren-directeuren of de inrichting, bij afloop van het inlooptraject, zal kunnen voldoen aan de voorwaarden inzake kritische massa.

Indien het College van geneesheren-directeuren vaststelt dat de inrichting na afloop van het inlooptraject niet voldoet aan de in artikel 18 vastgestelde voorwaarden om revalidatieprogramma's te kunnen realiseren voor rechthebbenden van de doelgroep in kwestie, deelt het College van geneesheren-directeuren aan de inrichting mee dat de uitvoering van het inlooptraject mislukt is. Deze beslissing dient gemotiveerd te worden. Vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum van deze mededeling start voor de doelgroep in kwestie een uitdoofscenario zoals bedoeld in artikel 19, § 2.

§ 3. Een inrichting kan op gelijk welk moment een aanvraag indienen bij het College van geneesheren-directeuren om een inlooptraject te starten.

Een inrichting kan voor elke doelgroep afzonderlijk waarvoor het cf artikel 19, §§ 4 en 5, vanaf 1-4-2015 geen revalidatiezittingen meer kan realiseren of enkel nog bestaande revalidatieprogramma's kan afwerken, een aanvraag indienen om een inlooptraject te starten.

Indien het inlooptraject voor een bepaalde doelgroep mislukt zoals bedoeld in § 2 van dit artikel, kan een inrichting gedurende de 3 jaar die volgen op de datum dat het College van geneesheren-directeuren de mislukking heeft vastgesteld, geen nieuw inlooptraject starten voor dezelfde doelgroep.

§ 4. Mits het College van geneesheren-directeuren instemt met een inlooptraject van een inrichting voor een bepaalde groep, kan de inrichting tijdens de periode dat het inlooptraject duurt revalidatieprogramma's realiseren voor rechthebbenden van deze groep, zonder dat de mogelijkheid om dit te kunnen doen formeel wordt opgenomen in de onderhavige overeenkomst. De verzekeringsinstellingen zullen per omzendbrief over deze mogelijkheid ingelicht worden.

Indien het College van geneesheren-directeuren bij afloop van het inlooptraject beslist dat het inlooptraject succesvol doorlopen is, zal door middel van een wijzigingsclausule in de overeenkomst een bepaling opgenomen worden dat de inrichting revalidatieprogramma's kan realiseren voor rechthebbenden van de groep in kwestie.

§ 5. Behalve als het Verzekeringscomité hiermee instemt, kan de uitvoering van het in artikel 20, § 2, bedoelde plan, geen aanleiding geven tot een verhoging van de jaarenveloppe die is vastgesteld in bijlage bij deze overeenkomst.

§ 6. Een inrichting die volgens artikel 19 vanaf 1-4-2015 geen nieuwe revalidatieprogramma's meer kan aanvatten voor rechthebbenden van groep 1, kan dit, zonder een inlooptraject te volgen, hoogst uitzonderlijk toch mits een gunstig advies van het College van geneesheren-directeurs.

Artikel 21. § 1. Indien de volgens artikel 18 minimaal vereiste medische omkadering om een in artikel 19, § 3, opgesomde groep te kunnen revalideren tijdelijk niet aanwezig is in de in bijlage bij deze overeenkomst vastgestelde personeelsequipe van de inrichting, dient de inrichting dit, zoals voorzien in artikel 58, § 5, mee te delen aan het College van geneesheren-directeurs. Dit is ook het geval als een deel van de volgens artikel 18 minimaal vereiste medische omkadering tijdelijk niet is ingevuld (met andere woorden als minder dan 4 uur per week van de volgens artikel 18 vereiste geneesheer-specialist in de personeelsequipe van de inrichting zijn ingevuld).

§ 2. Van zodra de inrichting langer dan 2 maanden niet beschikt over de in § 1 bedoelde, minimaal vereiste medische omkadering, kan de inrichting enkel nog nieuwe aanvangbilans voor rechthebbenden van de doelgroep in kwestie aanvragen, als een deel van de minimaal vereiste medische omkadering voor de doelgroep in kwestie wel nog is ingevuld of als de in artikel 11, § 1, bedoelde inbreng van de arts bij de realisatie van het aanvangsbilan verzekerd wordt door een externe arts die geen deel uitmaakt van de personeelsequipe van de inrichting. Deze externe arts beschikt over de volgens artikel 18 vereiste specialisatie. Indien de volgens artikel 18 voor de doelgroep in kwestie vereiste medische omkadering volledig niet is ingevuld, realiseert de externe arts ook de in artikel 13, § 1, bedoelde tussenkomsten die gerealiseerd moeten worden door de in artikel 18 bedoelde arts.

In voorkomend geval deelt de inrichting de naam en het erkenningsnummer van de in § 2 bedoelde externe arts mee aan het College van geneesheren-directeurs, evenals een kopie van het contract dat de inrichting met de externe arts heeft afgesloten om de in § 2 bedoelde inbreng te verzekeren.

De kosten van de externe arts worden vergoed door de inrichting. De inrichting kan deze kosten niet aanrekenen aan de rechthebbenden of aan de verzekeringsinstellingen. De externe arts kan de verstrekkingen die hij in dit kader verleent niet aanrekenen op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Dit wordt expliciet vermeld in het in deze paragraaf bedoelde contract dat de inrichting afsluit met de externe arts.

§ 3. Van zodra de inrichting langer dan 1 ½ jaar niet beschikt over de in § 1 bedoelde, minimaal vereiste medische omkadering, komt ze voor de doelgroep in kwestie in een uitdoofscenario terecht, zoals bedoeld in artikel 19, § 2, zelfs als een deel van de minimaal vereiste medische omkadering wel nog is ingevuld of zelfs als de inrichting beroep doet op een externe arts.

§ 4. Indien een inrichting in twee opeenvolgende kalenderjaren niet de volgens artikel 18 vereiste kritische massa bereikt die ze moet realiseren om aan rechthebbenden van een in artikel 19, § 3, opgesomde groep revalidatieprogramma's te kunnen realiseren, komt ze voor de groep in kwestie in een uitdoofscenario terecht vanaf 1 april van het jaar dat volgt op het tweede opeenvolgende kalenderjaar waarin de kritische massa niet bereikt is.

§ 5. De inrichtingen die volgens §§ 3 en 4 in een uitdoofscenario terecht komen voor een bepaalde doelgroep, kunnen nadien middels een succesvol inlooptraject doorlopen te hebben zoals bedoeld in artikel 20, wel opnieuw revalidatieprogramma's realiseren voor rechthebbenden van de doelgroep in kwestie.

§ 6. De bepalingen van artikel 21 §§ 1 en 2, zijn ook van toepassing op inrichtingen die binnen hun team tijdelijk over geen enkele arts zoals bedoeld in artikel 12 § 1, meer beschikken.

IV - VERSTREKKINGEN FUNCTIONELE REVALIDATIE

Artikel 22. Een in punt II omschreven multidisciplinair revalidatieprogramma bestaat voor elke rechthebbende uit verstrekkingen functionele revalidatie die in dit punt IV worden omschreven.

Elke terugbetaalbare verstrekking functionele revalidatie wordt elders in deze overeenkomst "zitting" genoemd.

Een zitting moet ofwel een diagnostisch doel hebben (zittingen in het kader van een aanvangsbilan), ofwel een therapeutisch doel (gewone revalidatiezittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan). Handelingen of tussenkomsten die geen diagnostisch of therapeutisch doel hebben, kunnen nooit deel uitmaken van de tijd die vereist is om een zitting te realiseren. Het afhandelen van allerlei administratieve formaliteiten of het opvragen of verzamelen van bepaalde administratieve gegevens (ongeacht of deze activiteiten kaderen in de aanvraagprocedure tot tegemoetkoming in de revalidatiekosten of niet) kan dan ook nooit deel uitmaken van de tijd die vereist is om een zitting te realiseren. De tussenkomsten die een lid van de equipe vervult en die louter dergelijke administratieve handelingen betreffen, kunnen ook nooit deel uitmaken van de tussenkomsten die vereist zijn om aan de voorwaarden van artikel 11 inzake het multidisciplinair karakter van de tussenkomsten te beantwoorden.

IV - A - zittingen in het kader van een aanvangsbilan (bilanzittingen).

Artikel 23. § 1. Zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan zijn steeds individuele zittingen, dit wil zeggen met één therapeut (eventueel tegelijkertijd meerdere therapeuten) tegenover één rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie. Indien tegelijkertijd meerdere therapeuten tegenover één rechthebbende (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie) een zitting in het kader van een aanvangsbilan realiseren, zal deze zitting – voor wat de vergoeding ervan door de verzekering betreft - beschouwd worden als een zitting die gerealiseerd is door één therapeut tegenover één rechthebbende (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie) ; de arbeidstijd van de andere therapeuten die aanwezig zijn bij deze zitting, kan nooit aanleiding geven tot de vergoeding van een zitting, behalve als het een situatie betreft zoals bedoeld in artikel 24 § 1, tweede alinea (rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft).

De zittingen die deel uitmaken van éénzelfde aanvangsbilan worden verricht binnen een periode van maximum drie maand. Begin- en einddatum van deze periode worden opgegeven bij de aanvraag tot terugbetaling.

§ 2. Zoals werd vermeld in artikel 9 § 2 vangt een multidisciplinair revalidatieprogramma steeds aan met het opmaken van een multidisciplinair aanvangsbilan. De inrichting oordeelt zelf hoeveel zittingen nodig zijn om dit multidisciplinair aanvangsbilan te realiseren. Indien de verwijfsbrief (van de in artikel 8 bedoelde externe arts die de rechthebbende naar de inrichting heeft verwezen) reeds zeer veel diagnostische gegevens bevat, is het niet uitgesloten dat het aanvangsbilan, dat de inrichting moet realiseren, in één of enkele zittingen kan worden afgerond.

§ 3. Overeenkomstig artikel 3 kan een rechthebbende van groep 8, 9 of 10, naar het C.A.R. verwezen worden door een centrum dat door 'Kind en Gezin', de 'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)' of de 'Dienst für Kind und Familie' erkend is als gespecialiseerd centrum voor de diagnosestelling van gehoorstoornissen bij zuigelingen. De zittingen die in dit centrum gerealiseerd zijn om de diagnosestelling te realiseren die de aanleiding vormt voor de verwijzing naar het C.A.R., kunnen geen deel uitmaken van de in artikel 23, § 1, bedoelde zittingen van het aanvangsbilan en kunnen bijgevolg nooit aangerekend worden op basis van de onderhavige overeenkomst.

Artikel 24. § 1. Onverminderd artikel 11, duurt het geheel van individuele verstrekkingen tegenover de rechthebbende (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie) die deel uitmaken van 1 zitting zoals vermeld in artikel 23, minimum 1 uur. Het geheel van individuele verstrekkingen tegenover de rechthebbende (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie) die deel uitmaken van 1 zitting zoals vermeld in artikel 23, kan ook minimum anderhalf uur of minimum 2 uren per dag en per rechthebbende duren. Een zitting kan onderverdeeld zijn in deelzittingen van elk minimum 30 minuten.

Alleen voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft, kan de zitting ook samengesteld zijn uit 1 therapeut 30 minuten tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30 minuten tegenover de familie, ofwel uit 2 therapeuten tegelijkertijd 30 minuten tegenover de rechthebbende.

Elke therapeut (arts uitgezonderd) die bij een zitting voor een rechthebbende betrokken is, moet bij die zitting minimum 30 minuten betrokken zijn. De tussenkomst van een arts tegenover de rechthebbende (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie) kan alleen deel uitmaken van de vereiste duur van een zitting, als het een tussenkomst van minimum 30 minuten betreft.

§ 2. Elke zitting moet zijn opgenomen in het dossier van de rechthebbende. De namen van de "personen van een discipline, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" zoals bepaald in artikel 12, die tussenkwamen worden daarbij vermeld. Zo een zitting samengesteld is uit deelzittingen worden deze gegevens voor elke deelzitting vermeld. Van iedere zitting of deelzitting wordt de inhoud kort weergegeven in het dossier van de rechthebbende.

§ 3. Voor verstrekkingen tegenover de rechthebbende en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie, of voor andere activiteiten van een arts van de bij overeenkomst voorziene equipe (arts zoals bepaald in artikel 12), is per zitting van 1 uur vermeld in artikel 23, een globale gemiddelde duur van minimum 15 minuten beschikbaar.

De tijd die hiervoor jaarlijks beschikbaar moet zijn, wordt berekend op het totaal van dit soort zittingen dat de inrichting krachtens artikel 40 in de loop van een kalenderjaar kan uitvoeren.

§ 4. In de loop van een aanvangsbilan dient elke rechthebbende minstens 1 keer door een arts van de bij overeenkomst voorziene equipe onderzocht te worden.

Artikel 25. § 1. De prijs per uur voor een individuele zitting zoals bepaald in de artikelen 23 en 24, "forfait" genaamd, wordt vastgesteld volgens de berekeningen vermeld in de bijlage bij deze overeenkomst.

§ 2. Het bedrag van het forfait bedraagt vanaf 1 mei 2012 ~~##11##~~ EURO. Het indexeerbare gedeelte van dit bedrag is gekoppeld aan het spilindexcijfer 117,27 van 1 februari 2012 (basis 2004) van de consumptieprijzen. Dit indexeerbare gedeelte wordt aangepast overeenkomstig de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

§ 3. De algemene kosten die deel uitmaken van het in § 2 vermelde forfait, werden in het verleden (in het kader van de overeenkomsten met de inrichting die onderhavige overeenkomst zijn voorafgegaan) forfaitair vastgelegd op 15 % van de toenmalige loonkost. Voor een inrichting die (in het kader van onderhavige overeenkomst of in het kader van de overeenkomsten met de inrichting die onderhavige overeenkomst zijn voorafgegaan) na 31 maart 2003 een eerste keer beroep heeft gedaan (of een eerste keer beroep doet) op de mogelijkheid om het forfait aan te passen aan de toegenomen loonkost omwille van de gestegen anciënniteit, werden (of worden) de algemene kosten bij die gelegenheid een laatste maal aangepast teneinde hun niveau op 15 % van de loonkost te handhaven. Vanaf de datum van een dergelijke forfaitaanpassing die na 31 maart 2003 is doorgevoerd, worden de algemene kosten bij een volgende aanpassing van het forfait aan de toegenomen loonkost omwille van de gestegen anciënniteit, echter niet meer gekoppeld aan de evolutie van de loonkost. Bij een dergelijke forfaitaanpassing blijft het niet-indexeerbare gedeelte van de algemene kosten dus behouden op het voordien vastgelegde niveau en wordt voor het indexeerbaar gedeelte van de algemene kosten alleen nog rekening gehouden met de evolutie van het spilindexcijfer, conform de bepalingen van § 2.

Artikel 26. De inrichting verbindt zich ertoe om per dag en per rechthebbende slechts een bedrag gelijk aan 1, 1,5 of 2 forfaits te factureren voor zittingen zoals bepaald in de artikelen 23 en 24, met een duur van respectievelijk minimum 1 uur, anderhalf uur of 2 uren per dag en per rechthebbende.

IV - B - zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan (gewone revalidatiezittingen).

Artikel 27. § 1. In het kader van een multidisciplinaire revalidatie kan een zitting die geen deel uitmaakt van een aanvangsbilan een individuele, een groeps-, of een gemengde zitting zijn. De groepszittingen waarop de bepalingen van dit artikel van toepassing zijn, zijn groepszittingen waaraan meerdere rechthebbenden en/of familieleden van meerdere rechthebbenden deelnemen, zonder dat er leerkrachten van de betrokken rechthebbenden aan deelnemen.

§ 2. Onverminderd artikel 11, duurt het geheel van verstrekkingen tegenover de rechthebben-

de (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie) die deel uitmaken van één zitting zoals vermeld in § 1, minimum 1 uur. Het geheel van verstrekkingen tegenover de rechthebbende (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie) die deel uitmaken van één zitting zoals vermeld in § 1, kan ook minimum anderhalf uur of minimum 2 uren per dag en per rechthebbende duren. Een zitting kan voor elke rechthebbende onderverdeeld zijn in deelzittingen van elk minimum 30 minuten.

Alleen voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft kan de zitting ook samengesteld zijn uit 1 therapeut 30 minuten tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30 minuten tegenover de familie, ofwel uit 2 therapeuten tegelijkertijd 30 minuten tegenover de rechthebbende.

Elke therapeut (arts uitgezonderd) die bij een zitting voor een rechthebbende betrokken is, moet bij die zitting minimum 30 minuten betrokken zijn. De tussenkomst van een arts tegenover de rechthebbende (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie) kan alleen deel uitmaken van de vereiste duur van een zitting, als het een tussenkomst van minimum 30 minuten betreft.

§ 3. Elke zitting moet zijn opgenomen in het dossier van de rechthebbende. De namen van de "personen van een discipline, behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" zoals bepaald in artikel 12, die tussenkwamen worden daarbij vermeld. In voorkomend geval worden in het dossier ook de namen vermeld van de andere rechthebbenden die dezelfde zitting volgden. Zo een zitting samengesteld is uit deelzittingen worden deze gegevens voor elke deelzitting vermeld. Van iedere zitting of deelzitting wordt de inhoud kort weergegeven in het dossier van de rechthebbende.

§ 4. Onverminderd de §§ 2 en 3, heeft de verhouding tussen het aantal therapeuten en het aantal rechthebbenden dat bij een zelfde zitting of deelzitting betrokken is, voor de ganse duur van die zitting of deelzitting :

- ofwel het karakter van een individuele zitting, met een verhouding van 1 therapeut tegenover 1 rechthebbende en eventueel 4 therapeuten tegenover maximum 4 rechthebbenden,
- ofwel het karakter van een groepszitting, waarbij per therapeut maximum 4 rechthebbenden tegelijk betrokken zijn en tegenover maximum 8 rechthebbenden minimum 2 therapeuten. Zodra er bij een groepszitting 5 rechthebbenden betrokken zijn, dienen er minimum 2 therapeuten bij betrokken te zijn.

§ 5. Voor verstrekkingen tegenover de rechthebbende (en/of gebeurlijk tegenover één of meerdere leden van zijn familie), of voor andere activiteiten van een arts van de bij overeenkomst voorziene equipe (arts zoals bepaald in artikel 12), is per (deel)zitting van 1 uur een globale gemiddelde duur van minimum 2,5 minuten beschikbaar.

De tijd die hiervoor jaarlijks beschikbaar moet zijn, wordt berekend op het totaal van dit soort zittingen van de inrichting voor het geheel van de rechthebbenden.

§ 6. TABEL 1 bevat alle bedragen die kunnen gefactureerd worden voor terugbetaalbare zittingen vermeld in § 1 die beantwoorden aan de beschikkingen van de §§ 2, 3 en 4. Daarbij is het bedrag van 1 forfait gelijk aan het bedrag van het forfait bepaald in artikel 25, § 2.

De vaststelling van het bedrag uit TABEL 1 dat per dag en per rechthebbende factureerbaar is voor elke overeenstemmende zitting waarvan de samenstelling qua aantal rechthebbenden en aantal therapeuten gedurende de hele duur ervan niet veranderde, wordt bepaald door het quotiënt van de deling :

$$\frac{\text{totaal aantal effectief door therapeut(en) tegenover de rechthebbende(n)}^3}{\text{aantal betrokken rechthebbende(n)}}$$

De vaststelling van het bedrag uit TABEL 1 dat per dag en per rechthebbende factureerbaar is voor elke overeenstemmende zitting die bestaat uit deelzittingen waarvan de samenstelling onderling qua aantal rechthebbenden en/of aantal therapeuten veranderde, wordt bepaald door de som van de quotiënten van de voormelde deling voor elke deelzitting waar een rechthebbende aan deelnam.

Voor elke deling blijft de arts buiten beschouwing, behalve indien hij 30 minuten of langer bij een (deel)zitting betrokken is. Voor elke deling is ook het aantal therapeuten nooit groter dan het aantal rechthebbenden.

De inrichting verbindt zich ertoe de zittingen zo te organiseren dat per dag en per rechthebbende slechts één van de bedragen vermeld in TABEL 1 aanrekenbaar is. Gebeurlijk is afronding naar een

³ Onder "de rechthebbende" wordt hier verstaan "de rechthebbende en/of gebeurlijk één of meerdere leden van zijn familie" (ouders, partner,...).

lager aanrekenbaar bedrag mogelijk bij een zitting waarvoor het quotiënt of de som van quotiënten van de deelzittingen niet overeenstemt met een in TABEL 1 vermeld aanrekenbaar bedrag.

TABEL 1: mogelijk aanrekenbare bedragen

3 forfaits = EURO
 2,75 forfaits = EURO
 2,66 forfaits = EURO
 2,5 forfaits = EURO
 2,33 forfaits = EURO
 2,25 forfaits = EURO
 2 forfaits = EURO
 1,75 forfaits = EURO
 1,66 forfaits = EURO
 1,5 forfaits = EURO
 1,33 forfaits = EURO
 1,25 forfaits = EURO
 1 forfait = EURO
 0,75 forfait = EURO
 0,66 forfait = EURO
 0,50 forfait = EURO
 0,33 forfait = EURO
 0,25 forfait = EURO
 1 forfait = EURO voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende

De bedragen uit tabel 1 overeenstemmend met 2,25, 2,33, 2,5, 2,66, 2,75 en 3 forfaits worden enkel gebruikt voor het factureren van hele revalidatiedagen die werden uitgevoerd ten behoeve van rechthebbenden behorend tot groep 1 van artikel 3. Het bedrag uit tabel 1 overeenstemmend met 3 forfaits wordt eveneens gebruikt voor het factureren van de "intake-verstrekking" voor rechthebbenden behorend tot groep 1.

§ 7. Onverminderd de bepalingen van de vorige paragrafen van dit artikel, is voor een rechthebbende op dezelfde dag een zitting mogelijk bestaande uit een (deel)zitting tegenover de rechthebbende in combinatie met een (deel)zitting tegenover de familie.

Artikel 28. § 1. In het kader van een multidisciplinaire revalidatie kan een gewone revalidatiezitting die geen deel uitmaakt van een aanvangsbilan, ook een zitting zijn die zich richt tot een groep leerkrachten van minimum twee rechthebbenden. Eventueel kunnen aan een dergelijke zitting die zich richt tot een groep leerkrachten, ook de ouders (en/of de partner) van de betrokken rechthebbenden deelnemen.

§ 2. Onverminderd artikel 11, duurt een zitting zoals vermeld in § 1, minimum 1 uur. Zij kan ook minimum anderhalf uur of minimum 2 uren duren. Deze zitting kan voor eenzelfde groep leerkrachten (en gebeurlijk de ouders en/of partners van de betrokken rechthebbenden) onderverdeeld zijn in aaneensluitende deelzittingen van elk minimum 30 minuten. Bij de zitting zijn minimum één en maximum twee personen van de in artikel 12 vermelde equipe van de inrichting betrokken. Elk van hen werkt met de hele groep, die hij aldus interactief voorlicht en/of opleidt betreffende hun dagdagelijkse aanpak van de rechthebbende, zijn stoornis en de functionele problemen als gevolg daarvan.

§ 3. Elke dergelijke zitting wordt vermeld in het dossier van de rechthebbende. De naam of namen van de geneeshe(e)r(en) of andere perso(o)n(en) van de in artikel 12 vermelde equipe van de inrichting die tussenkwamen, worden daarbij ook vermeld, evenals de naam of namen van de leerkracht(en) (en gebeurlijk de ouders en/of partner) van de rechthebbende, die namens de rechthebbende de zitting volgden. Ook de naam van de andere rechthebbenden van wie de leerkrachten (en gebeurlijk de ouders en/of partner) dezelfde zitting volgden, worden erin vermeld.

§ 4. Per zitting bestaat de groep uit de leerkracht(en) (en gebeurlijk de ouders en/of partners) van maximum 4 rechthebbenden.

§ 5. Voor elke zitting bepaald in dit artikel is, naast de minimale tijd van 30 min. om zijn even-

tuele deelname te kunnen verrekenen in de vereiste duur van de zitting, voor andere activiteiten van een geneesheer van de bij overeenkomst voorziene equipe, per (deel)zitting van 1 uur een globale gemiddelde duur van minimum 2,5 minuten beschikbaar.

De tijd die hiervoor jaarlijks beschikbaar moet zijn, wordt berekend op het totaal van dit soort zittingen van de inrichting voor het geheel van de rechthebbenden.

§ 6. TABEL 2 bevat alle bedragen die kunnen gefactureerd worden voor terugbetaalbare zittingen vermeld in § 1 die beantwoorden aan de beschikkingen van §§ 2, 3 en 4. Daarbij is het bedrag van 1 forfait gelijk aan het bedrag van het forfait bepaald in artikel 25, § 2.

De vaststelling van het bedrag uit TABEL 2 dat per rechthebbende factureerbaar is voor elke overeenstemmende zitting waarvan de samenstelling qua aantal rechthebbenden en aantal geneesheren en/of therapeuten gedurende de hele duur ervan niet veranderde wordt bepaald door het quotiënt van de deling :

$$\frac{\text{totaal aantal effectief door geneesheren en/of therapeut(en) tegenover de rechthebbende(n)}^4 \text{ gepresteerde uren}}{\text{aantal betrokken rechthebbende(n)}}$$

Voor elke deling blijft de arts buiten beschouwing, behalve indien hij 30 minuten of langer bij een (deel)zitting betrokken is. Voor elke deling is ook het aantal therapeuten nooit groter dan het aantal rechthebbenden.

De inrichting verbindt zich ertoe de zittingen zo te organiseren dat per dag en per rechthebbende slechts één van de bedragen vermeld in TABEL 2 aanrekenbaar is.

TABEL 2: mogelijk aanrekenbare bedragen

2 forfaits = EURO
 1,75 forfaits = EURO
 1,66 forfaits =EURO
 1,5 forfaits = EURO
 1,33 forfaits = EURO
 1,25 forfaits =EURO
 1 forfait = EURO
 0,75 forfait = EURO
 0,66 forfait = EURO
 0,50 forfait = EURO
 0,33 forfait = EURO
 0,25 forfait = EURO

§ 7. Onverminderd de bepalingen van de vorige paragrafen van dit artikel, is voor een rechthebbende op dezelfde dag een zitting mogelijk zoals vermeld in artikel 27 (gewone revalidatiezittingen) en een zitting zoals vermeld in dit artikel 28 (groepszittingen voor leerkrachten), op voorwaarde dat beide beantwoorden aan alle bepalingen van deze respectieve artikelen. Beide zittingen dienen afzonderlijk op de factuur te worden vermeld.

IV - C - Beschikkingen geldend zowel voor een in IV - A als voor een in IV - B vermelde zitting (gemeenschappelijke bepalingen voor bilanzittingen en gewone revalidatiezittingen).

Artikel 29. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe geen enkele toeslag te vorderen bij een forfait of een ander bedrag vermeld in de artikelen 25 § 2, 27 § 6 en 28 § 6, en dit noch bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling.

§ 2. Per individuele, groeps- of gemengde zitting zijn bijkomend 40 minuten beschikbaar voor andere activiteiten, berekend op basis van een zitting van 1 uur. Deze aanvullende tijd beoogt onder meer de

⁴ Onder "de rechthebbende" wordt hier verstaan "de ouder(s) en/of leerkracht(en) en/of partner(s) van één rechthebbende".

vorming van personeel, de voorbereiding van zittingen, de vergaderingen van de equipe en de diverse contacten nodig voor de terugbetaling van de rechthebbende, het bijhouden van dossiers, het opstellen van rapporten

...

Artikel 30. § 1. De inrichting verbindt er zich toe om per dag en per rechthebbende slechts één van de bedragen aan te rekenen zoals vermeld in artikel 26 (bedragen voor bilanzittingen) of in TABEL 1 van artikel 27 § 6 (bedragen voor gewone revalidatiezittingen). Gewone revalidatiezittingen kunnen niet worden aangerekend zolang het multidisciplinair aanvangsbilan niet is afgerond.

§ 2. De inrichting verbindt er zich toe om per dag en per rechthebbende slechts één van de bedragen aan te rekenen zoals vermeld in artikel 26 (bedragen voor bilanzittingen) of in TABEL 2 van artikel 28 § 6 (bedragen voor groepszittingen voor leerkrachten). Groepszittingen voor leerkrachten kunnen niet worden aangerekend zolang het multidisciplinair aanvangsbilan niet is afgerond.

De inrichting verbindt zich er ook toe om per dag en per rechthebbende slechts een bedrag voor een zitting zoals vermeld in TABEL 1 van artikel 27 § 6 (bedragen voor gewone revalidatiezittingen) en zoals vermeld in TABEL 2 van artikel 28 § 6 (bedragen voor groepszittingen voor leerkrachten), aan te rekenen op voorwaarde dat beide daartoe verrichte zittingen beantwoorden aan alle bepalingen van de respectieve artikelen 27 en 28.

Artikel 31. § 1. Behalve als de bepalingen van § 2 van toepassing zijn kan een contact of een verstrekking tegenover gezondheidswerkers, maatschappelijk werkers, sociaal verpleegkundigen of leerkrachten in geen enkel geval verstrekkingen tegenover één of meerdere leden van de familie van een rechthebbende vervangen om de duurtijden vermeld in artikel 24 § 1, eerste lid (bilanzittingen) en in artikel 27, § 2, eerste lid (gewone revalidatiezittingen) te bereiken.

§ 2. Bij wijze van uitzondering evenwel kunnen, in geval een jeugdige rechthebbende geen ouders of familie meer heeft of in geval deze hem in de steek laten, verstrekkingen tegenover de wettelijke tegenwoordiger van de rechthebbende of tegenover een andere derde vertrouwenspersoon of -personen, die in de plaats van ouders of familie treedt/treden, de plaats innemen van verstrekkingen tegenover één of meerdere leden van de familie van een rechthebbende om de hierboven vermelde duurtijden te bereiken.

§ 3. Waar zittingen in de inrichting en netwerkinterventies niet volstaan, kunnen voor een aanvangsbilan, voor een efficiënte revalidatie of voor evaluatie van resultaten gedurende en op het einde van de revalidatie ook een aanrekenbare aanvangsbilan(deel)zitting of een andere aanrekenbare (deel)zitting ter revalidatie of ter observatie van de rechthebbende in zijn natuurlijk milieu of op school uitgevoerd worden. De personeelstijd voor de verplaatsingen daartoe is evenwel al begrepen in de tijd bedoeld in artikel 29 § 2 (de arbeidstijd voor andere activiteiten dan face-to-face contacten) en eventuele andere daarmee gemoeide kosten zijn al begrepen in de werkmiddelen van de inrichting die begrepen zijn in het in artikel 25 § 2 vastgesteld forfait. Voor eenzelfde rechthebbende kunnen slechts enkele dergelijke zittingen worden aangerekend.

De aanwezigheid van de rechthebbende is niet vereist bij de (deel)zittingen die in zijn natuurlijk milieu of op zijn school worden gerealiseerd. Indien een rechthebbende bij een dergelijke zitting in zijn natuurlijk milieu of op zijn school niet aanwezig is, dienen hierbij wel steeds één of meerdere familieleden (ouders, partner,...) van de rechthebbende aanwezig te zijn. Leerkrachten van de rechthebbende kunnen hierbij ook aanwezig zijn. Een (deel)zitting in het natuurlijk milieu van de rechthebbende waarbij wel één of meerdere leerkrachten van de rechthebbende aanwezig zijn maar waarbij de rechthebbende zelf niet aanwezig is en waarbij ook niemand van zijn familie (ouders, partner,...) aanwezig is, is echter niet vergoedbaar.

De aanwezigheid van een therapeut van de inrichting en van de ouders op een vergadering die (krachtens de reglementering van de overheid die voor het onderwijs bevoegd is) deel uitmaakt van het normale functioneren van de school (klasseraden, deliberaties, normale oudercontacten voor de ouders van alle leerlingen,...), kan echter nooit aanleiding geven tot het realiseren van een (deel)zitting.

§ 4. Onverminderd de bepalingen van artikel 72, §§ 1 en 2, moeten in het dossier van de rechthebbende de zittingen waarvan sprake in § 3 vermeld worden, met motief en plaats van uitvoering.

IV - D - Beschikkingen geldend voor de rechthebbenden behorend tot de groep 1.

Artikel 32. § 1. Voor de rechthebbenden van groep 1 zijn behalve bilanzittingen (zoals bedoeld in hoofdstuk IV – A) en gewone revalidatiezittingen (zoals bedoeld in hoofdstuk IV – B), op basis van deze overeenkomst ook de volgende prestaties vergoedbaar: de “intake-verstrekking”, de “revalidatiedag” en de “halve revalidatiedag”.

§ 2. Een “intake-verstrekking” is een verstrekking die minstens 3 rechtstreekse contacten omvat in de eerste week van het aanvangsbilan, tussen de (in artikel 18, § 3 bedoelde) arts van de inrichting enerzijds en anderzijds de (in artikel 3 bedoelde) arts die de rechthebbende naar de inrichting heeft doorverwezen. De hier bedoelde contacten kunnen ook plaatsvinden tussen therapeuten die samenwerken met de bedoelde artsen en die betrokken zijn of (in de inrichting) betrokken zullen worden bij de revalidatie van de rechthebbende. Tijdens deze contacten bekomt de inrichting alle relevante informatie die nuttig is voor het verderzetten van de revalidatie van de betrokken rechthebbende. Deze “intake-verstrekking” kan per rechthebbende slechts éénmaal worden aangerekend.

§ 3. Een “revalidatiedag” is iedere dag van de revalidatieperiode tijdens welke een rechthebbende gedurende minstens 6 uur in de inrichting wordt gerevalideerd, wat inhoudt dat hij gedurende die tijd deelneemt aan revalidatieactiviteiten in groepsverband, georganiseerd en geleid door de inrichting en/of dat hij gedurende die tijd individueel wordt begeleid (één therapeut tegenover één rechthebbende).

Een “halve revalidatiedag” is iedere dag van de revalidatieperiode tijdens welke een rechthebbende gedurende minstens 3 uur in de inrichting wordt gerevalideerd, wat inhoudt dat hij gedurende die tijd deelneemt aan revalidatieactiviteiten in groepsverband, georganiseerd en geleid door de inrichting en/of dat hij gedurende die tijd individueel wordt begeleid (één therapeut tegenover één rechthebbende).

In voorkomend geval kan de duur van een onderhoud dat in de inrichting met de familie van een rechthebbende heeft plaatsgevonden eveneens meegeteld worden om tot de vastgestelde vereiste duur van de vergoedbare revalidatieverstrekkings te komen. Het is evenwel niet mogelijk een (halve) revalidatiedag te factureren indien er geen enkel rechtstreeks contact met de rechthebbende heeft plaatsgevonden tijdens deze (halve) revalidatiedag.

§ 4. Een overleg tussen een lid van de therapeutische equipe van de inrichting en de werkgever van de rechthebbende, met het oog op zijn professionele re-integratie, of met een persoon die voor de rechthebbende in het kader van zijn sociale of familiale re-integratie bij hem tussenkomt of zal tussenkomen, kan deel uitmaken van een (halve) revalidatiedag.

De tijd die eventueel wordt besteed aan het gebruik van een maaltijd in de inrichting, kan nooit deel uitmaken van de voormelde duur van 3 noch van 6 uur.

§ 5. Per rechthebbende en per dag komt slechts één enkele verstrekking voor vergoeding in aanmerking, hetzij de “intake-verstrekking”, hetzij de “revalidatiedag”, hetzij de “halve revalidatiedag”, hetzij een “bilanzitting” (zoals bedoeld in hoofdstuk IV-A), hetzij een “gewone revalidatiezitting” (zoals bedoeld in hoofdstuk IV-B).

§ 6. Het aantal aanrekenbare forfaits voor een halve of een hele revalidatiedag wordt berekend volgens de formule in artikel 27, § 6. Voor een halve revalidatiedag mag echter maximaal het equivalent van twee forfaits gefactureerd worden. Voor een hele revalidatiedag mag maximaal het equivalent van drie forfaits gefactureerd worden.

Voor een intake-forfait wordt het equivalent van drie forfaits gefactureerd.

De inrichting verbindt zich er toe verder geen enkele toeslag te vorderen bij de forfaits van de hierboven omschreven verstrekkingen, noch bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling. De kosten voor de dranken en maaltijden die eventueel in de inrichting worden gebruikt en de eventuele onkosten van vervoer van de rechthebbenden van hun woonplaats naar de inrichting en omgekeerd dat door de inrichting zelf georganiseerd wordt, kunnen wel aangerekend worden. In voorkomend geval deelt de inrichting het tarief/km dat gehanteerd wordt bij aanrekenen van die vervoersonkosten mee aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende(n).

Voor sommige in het raam van het revalidatieprogramma georganiseerde socio-culturele activiteiten die buiten de revalidatie-inrichting plaatsvinden, kan de inrichting daarenboven aan de rechthebbenden

een beperkte bijdrage vragen in de kostprijs ervan. Het daarvoor door de inrichting gevraagde bedrag mag evenwel nooit meer bedragen dan de helft van de specifieke kosten van die activiteiten (toegangsgelden, verplaatsingskosten die samenhangen met de activiteiten buiten de inrichting, enz.) en een rechthebbende mag nooit om financiële redenen van deelname aan een activiteit worden uitgesloten.

§ 7. Voor de rechthebbenden behorend tot de groep 1 van artikel 3 dienen lokalen en uitrusting voorzien te worden die niet tegelijkertijd ook worden gebruikt door rechthebbenden behorend tot de andere groepen van artikel 3.

Waar zittingen in de inrichting en netwerkinterventies niet volstaan, kan voor een rechthebbende uit groep 1 van artikel 3 ook een halve of een hele revalidatiedag, of een in hoofdstuk IV-B voorziene zitting gebeurlijk samen met één of meerdere leden van zijn familie, in zijn natuurlijk milieu uitgevoerd worden. De personeelstijd voor de verplaatsingen daartoe is evenwel al begrepen in de tijd bedoeld in artikel 32, §3 (halve en hele revalidatiedagen) en in de tijd bedoeld in artikel 27, § 2 (gewone revalidatiezitting) én eventuele andere daarmee gemoeide kosten zijn al begrepen in de werkingsmiddelen van de inrichting, zoals vastgesteld bij inwerkingtreding van deze overeenkomst.

Ook de verplaatsingskosten voor het realiseren van het "intake-forfait" zijn reeds begrepen in de werkingsmiddelen van de inrichting, zoals vastgesteld bij inwerkingtreding van deze overeenkomst.

V - PROCEDURE VAN AANVRAAG TOT TEGEMOETKOMING IN DE REVALIDATIE- KOSTEN

Artikel 33. § 1. De aanvraag tot tegemoetkoming in de revalidatiekosten evenals de eventuele aanvraag tot verlenging hiervan moet ingediend worden door de rechthebbende bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling en dit volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 2. Het in § 1 vernoemd koninklijk besluit voorziet onder andere dat de rechthebbende de aanvraag tot tegemoetkoming indient door middel van het formulier goedgekeurd door het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 3. De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger behoorlijk schriftelijk in te lichten omtrent de beschikkingen van artikel 15 (*maximale revalidatieduur*) die, in geval van akkoord met zijn aanvraag, op hem van toepassing zijn, en omtrent het feit dat door het indienen van zijn aanvraag, hij geacht wordt akkoord te zijn met deze beschikkingen. De inrichting bewaart een dubbel van deze informatie getekend door de rechthebbende of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

§ 4. Indien de in § 1 bedoelde aanvraag hoogst uitzonderlijk de revalidatie betreft van een rechthebbende van groep 1 in een inrichting zoals bedoeld in artikel 20 § 6 die niet beantwoordt aan de ter zake geldende voorwaarden inzake medische omkadering, dient dit uitdrukkelijk te blijken uit de aanvraag die bij de adviserend geneesheer wordt ingediend.

Artikel 34. § 1. Bij het formulier waarvan sprake in artikel 33, moet een medisch verslag van de inrichting gevoegd worden, opgemaakt volgens een model bepaald door het College van geneesheren-directeurs, dat bewijst dat de rechthebbende beantwoordt aan de voorwaarden van de overeenkomst.

In geval van een aanvraag betreffende een rechthebbende die gehuisvest is in een medisch-sociaal-pedagogisch instituut en die er niet geniet van een revalidatie, is het medisch verslag steeds vergezeld van de verklaring (bedoeld in artikel 6 § 2), van de verantwoordelijke van voornoemd instituut.

De medische verslagen dienen te worden ondertekend door één van de in artikel 12 § 1 bedoelde artsen die deel uitmaakt van de equipe die wordt tewerkgesteld in het kader van deze overeenkomst.

Indien de rechthebbende behoort tot één van de in artikel 18 §§ 3 tot en met 8 bedoelde groepen, dient het medisch verslag ondertekend te worden door een arts die over de vereiste specialisatie beschikt om volgens artikel 18 voor rechthebbenden van de groep in kwestie een revalidatieprogramma te kunnen realiseren. Indien de inrichting tijdelijk niet meer over een vereiste geneesheer-specialist voor die groep beschikt maar de inrichting krachtens de bepalingen van artikel 21 § 2, patiënten van die groep toch nog tijdelijk kan opvolgen, kan een andere arts die deel uitmaakt van de equipe het medisch verslag ondertekenen. Indien de inrichting tijdelijk niet meer over een vereiste geneesheer-specialist voor die groep beschikt maar de inrichting krachtens de bepalingen van artikel 21 § 2, patiënten van die groep toch nog tijdelijk kan opvolgen omdat het hiervoor beroep doet op een externe arts zoals bedoeld in artikel 21 § 2, die wel over de bedoelde specialisatie beschikt, dient het medisch verslag ondertekend te worden door die externe arts waarvan de naam en het erkenningsnummer door de inrichting worden meegedeeld aan het College van geneesheren-directeurs.

Een geneesheer-specialist in opleiding is niet bevoegd om de medische verslagen te ondertekenen, tenzij het College van geneesheren-directeurs hier voorafgaandelijk toch mee instemt, op basis van een gemotiveerde aanvraag van de inrichting. De inrichting dient in een dergelijke aanvraag te vermelden waarom deze uitzondering aangewezen is, hoelang deze uitzonderingstoestand naar verwachting zal duren, en welke supervisie het stageplan voorziet voor de geneesheer-specialist in opleiding.

§ 2. De aanvraag betreffende een aanvangs bilan moet elke eventuele andere aanvraag inzake revalidatie voorafgaan. In dat geval zal het medisch verslag bedoeld in § 1 omvatten:

- een kopie van de verwijsbrief van een geneesheer waarvan sprake in artikel 8;
- een anamnese door de equipe van de inrichting, die aantoont dat de symptomatologie van de rechthebbende vermoedelijk overeenstemt met deze van één der groepen voorzien in artikel 3 van deze overeenkomst of overeenstemt met een aandoening waarvoor logopedieverstrekkingen (krachtens artikel 36, § 2, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de no-

menclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) uitsluitend vergoedbaar zijn op voorschrift van een geneesheer-specialist die verbonden is aan een gespecialiseerd geconventioneerd centrum voor de integrale tenlasteneming van patiënten met die aandoeningen. Tevens wordt aangegeven om welke groep voorzien in artikel 3 of om welke hiervoor bedoelde aandoening het vermoedelijk gaat.

- een motivatie waarom in voorkomend geval een inrichting die niet beantwoordt aan de voorwaarden inzake medische omkadering voor groep 1, overeenkomstig artikel 20 § 6, toch een aanvraag indient voor een rechthebbende die vermoedelijk behoort tot groep 1. Deze motivatie dient minstens betrekking te hebben op de redenen waarom de inrichting een aanvraag voor groep 1 indient en op de middelen van de inrichting (inzake personeel, infrastructuur, ...) om voor de rechthebbende een revalidatieprogramma te kunnen realiseren dat beantwoordt aan de principes vastgesteld in de synoptische fiche voor groep 1, in bijlage 3 bij deze overeenkomst.
- begin- en einddatum van de periode waarvan sprake in artikel 23, met vermelding van het aantal binnen die periode voorgeschreven individuele zittingen.
- een motivering waarom in voorkomend geval, cf artikel 9, § 7, de herhaling van een multidisciplinair aanvangsbilan wordt aangevraagd, indien het eerder uitgevoerde aanvangsbilan niet gevolgd is door multidisciplinaire of monodisciplinaire revalidatie zoals bedoeld in artikel 9, § 2, om één van de redenen vermeld in artikel 9, § 5.

§ 3. Indien het gaat om een aanvraag voor gewone revalidatiezittingen (cf. punt IV-B van deze overeenkomst) zal het medisch verslag bedoeld in § 1 de volgende gegevens of documenten omvatten :

- een kopie van het eerder verricht aanvangsbilan (of een evaluatieverslag van de reeds gerealiseerde revalidatie als de aanvraag de verlenging betreft van een eerder toegestane revalidatieperiode) en de resultaten van de verrichte testen, met besluiten die aantonen dat de symptomen van de rechthebbende overeenstemmen met deze van één van de groepen voorzien in artikel 3 van deze overeenkomst ; tevens wordt aangegeven om welke groep voorzien in artikel 3 het gaat.

Specifiek voor groep 4 (complexe ontwikkelingsstoornissen) en voor rechthebbenden van groep 10 die tevens beantwoorden aan de in artikel 3 vastgestelde inclusiecriteria van groep 4, zal voor de verrichte tests een kopie bijgevoegd worden van het samenvattende scoreblad waarop de behaalde brutoscores uiteindelijk uitgedrukt worden in standaardafwijkingen of percentielen, zoals vermeld in artikel 3, overeenstemmend met de leeftijd van de rechthebbende.

Specifiek voor rechthebbenden van groep 2 of 4 die, overeenkomstig artikel 3, de revalidatie initieel hebben aangevat op basis van een totaal ontwikkelingsquotiënt en die ná de bepaling van hun totaal intelligentiequotiënt hun revalidatie in respectievelijk groep 2 en 4 kunnen verderzetten, wordt het totaal intelligentiequotiënt vermeld in de eerstvolgende aanvraag voor gewone revalidatiezittingen die ingediend wordt ná de bepaling van het totaal intelligentiequotiënt.

Specifiek voor groep 5 (hyperkinetische stoornissen) worden naast de ICD-10 code van de indexstoornis, ook de ICD-10 codes van de geassocieerde stoornis(sen) en comorbiditeit(en) vermeld.

Indien méér dan 6 maanden verlopen zijn tussen de einddatum van het multidisciplinair aanvangsbilan en de startdatum van het multidisciplinair revalidatieprogramma dient gemotiveerd te worden waarom de conclusies van het aanvangsbilan nog geldig zijn (cf artikel 9, § 4).

- indien de rechthebbende school loopt, de in artikel 7, § 1, bedoelde gegevens van het overleg met de school en/of het C.L.B.
- het voorschrift voor het geïndividualiseerd programma van "multidisciplinaire revalidatieverstrekingen", met :
 - a) het therapeutisch schema;
 - b) de revalidatieprognose;
 - c) de gevraagde revalidatieperiode en, waar van toepassing, ook het gedeelte van het contingent aan zittingen dat gevraagd wordt;
 - d) de disciplines van de verstrekkers die elke maand tussenkomen
 - e) indien het een aanvraag om verlenging van de eerder toegestane revalidatie betreft : het reeds gerealiseerde aantal zittingen, met inbegrip van de gerealiseerde maar nog niet-gefactureerde of nog niet-uitbetaalde zittingen. Bij de telling van dat aantal gerealiseerde zittingen moet (conform artikel 15 § 2) geen rekening worden

gehouden met het type revalidatiezitting, de prijs van de zitting en het gewicht van dat type zitting in de facturatiecapaciteit. Indien op een zelfde dag voor een rechthebbende zowel een in artikel 27 bedoelde zitting als een in artikel 28 bedoelde zitting wordt gerealiseerd, geldt dit wel als twee zittingen.

Indien de rechthebbende in een ander C.A.R. reeds gewone revalidatiezittingen heeft genoten in het kader van een multidisciplinair revalidatieprogramma en de rechthebbende dit revalidatieprogramma wenst voort te zetten in de inrichting (rekening gehouden met de beperkingen ter zake van artikel 15), dient hiertoe een verklaring op erewoord (van het C.A.R. dat reeds gewone revalidatiezittingen heeft gerealiseerd voor de rechthebbende) bij de aanvraag te worden gevoegd waarin gepreciseerd wordt hoeveel gewone revalidatiezittingen bedoeld C.A.R. voor die rechthebbende reeds heeft gerealiseerd, ongeacht of die zittingen reeds zijn gefactureerd of uitbetaald.

f) een uitgebreide motivering waarom een inrichting die niet voldoet aan de criteria van artikel 18 § 3 om groep 1 te revalideren, overeenkomstig artikel 20 § 6, toch een revalidatieperiode aanvraagt voor een rechthebbende van groep 1, met de nodige uitleg waarom de inrichting, met de middelen (inzake personeel, infrastructuur, ...) waarover ze beschikt, meent te kunnen beantwoorden aan de revalidatienoden van de rechthebbende.

Dezelfde gegevens moeten ook worden bezorgd indien het gaat om een aanvraag voor zittingen "multidisciplinaire revalidatie" in de inrichting, volgend op een aanvangsbilan dat opgemaakt is in een ander C.A.R.

Artikel 35. § 1. Het akkoord voor de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van een revalidatieprogramma in het kader van deze overeenkomst wordt gegeven door de adviseerend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Ieder akkoord voor een aanvraag vermeld in artikel 34 § 2 (aanvangsbilan), wordt gegeven voor een periode van maximum 3 maand. Ieder akkoord voor een aanvraag vermeld in artikel 34 § 3 (gewoon revalidatieprogramma), wordt gegeven voor een periode van maximum 1 jaar (maximum 6 maanden voor groep 20). Elke beslissing wordt behoorlijk gemotiveerd.

Zonder een gunstig advies ter zake van het College van geneesheren-directeurs kan geen revalidatieperiode (aanvangsbilan of multidisciplinair revalidatieprogramma) worden toegestaan voor een rechthebbende van (vermoedelijk) groep 1 in een inrichting die (cf artikel 18, § 3) niet beantwoordt aan de criteria voor groep 1.

§ 2. Een akkoord voor de tenlasteneming van de revalidatie in de inrichting (ongeacht of dit akkoord betrekking heeft op een aanvangsbilan of op het eigenlijke revalidatieprogramma) komt te vervallen indien voor de rechthebbende een aanvraag voor tenlasteneming van de revalidatie wordt ingediend voor een revalidatieprogramma in een ander C.A.R., tenzij het een rechthebbende van groep 11 betreft (gehoorstoornissen – cochleair implantaat) die wel in een zelfde periode het revalidatieprogramma van groep 11 in één C.A.R. kan cumuleren met het revalidatieprogramma van groep 8, 9 of 10 in een ander C.A.R.

Behalve voor rechthebbenden van groep 11, komt een akkoord voor de tenlasteneming van de revalidatie in de inrichting (ongeacht of dit akkoord betrekking heeft op een aanvangsbilan of op het eigenlijke revalidatieprogramma) eveneens te vervallen indien voor de rechthebbende een andere aanvraag voor tenlasteneming van de revalidatie wordt ingediend en het een aanvraag betreft

- voor een revalidatieprogramma in een revalidatiecentrum voor locomotorische of neurologische revalidatie (revalidatiecentra met identificatienummer 9.50.xxx.xx, 9.51.xxx.xx of 7.71.xxx.xx), als het een rechthebbende van groep 1 (hersensletsel) of groep 14 (hersenvlamming) betreft, tenzij het louter een aanvraag voor de tenlasteneming van een multidisciplinair functioneringsbilan betreft
- voor een revalidatieprogramma in een inrichting voor psychosociale revalidatie van volwassenen (revalidatiecentra met identificatienummer 7.72.xxx.xx)
- voor een revalidatieprogramma in een inrichting voor verslaafden (revalidatiecentra met identificatienummer 7.73.xxx.xx)
- voor een revalidatieprogramma in een inrichting voor de psychosociale revalidatie van kinderen met ernstige psychische aandoeningen (revalidatiecentra met identificatienummer 7.74.0xx.xx)
- voor een revalidatieprogramma in een respijteenheid (7.76.70x.xx)
- voor een revalidatieprogramma in een geheugenklinik (7.78.1xx.xx)
- voor een revalidatieprogramma in een ander revalidatiecentrum dat met het Verzekeringscomité een

overeenkomst heeft gesloten en dat in het kader van die overeenkomst revalidatieverstrekingen per revalidatiedag kan aanrekenen.

§ 3. Een akkoord voor de tenlasteneming van de revalidatie (ongeacht of dit akkoord betrekking heeft op een aanvangsbilan of op het eigenlijke revalidatieprogramma) komt echter niet te vervallen indien het een aanvraag betreft voor het programma van :

- een referentiecentrum voor erfelijke metabole aandoeningen (identificatienummer 7.89.0xx.xx)
- een referentiecentrum voor neuromusculaire ziekten (identificatienummer 7.89.2xx.xx)
- een referentiecentrum voor mucoviscidose (identificatienummer 7.89.1xx.xx)
- een referentiecentrum voor het chronisch vermoeidheidssyndroom (identificatienummer 7.89.4xx.xx)
- een referentiecentrum voor chronische pijn (identificatienummer 7.89.6xx.xx)
- een CP-referentiecentrum (identificatienummer 7.89.5xx.xx)
- een referentiecentrum voor spina bifida (identificatienummer 7.89.55x.xx)
- een referentiecentrum voor autismespectrumstoornissen (identificatienummer 7.74.6xx.xx)
- een referentiecentrum voor kinder nefrologie (identificatienummer 7.89.7xx.xx)
- een AIDS-referentiecentrum (identificatienummer 7.76.xxx.xx)
- een kinderdiabetescentrum (identificatienummer 7.86.7xx.xx) of een ziekenhuisdienst die diabeteszelfregulatieprogramma's (identificatienummer 7.86.xxx.xx) of insulinepompprogramma's (identificatienummer 7.86.5xx.xx) aanbiedt
- een diabetische-voetkliniek (identificatienummer 7.86.8xx.xx)
- een ziekenhuisdienst die zuurstoftherapie thuis (identificatienummer 7.81.xxx.xx), ademhalingsondersteuning thuis (identificatienummer 7.85.2xx.xx), behandeling met nCPAP thuis (identificatienummer 7.85.xxx.xx) of behandeling met BiPAP thuis (identificatienummer 7.85.3xx.xx) organiseert
- een ziekenhuisdienst die cardiorespiratoire monitoring thuis organiseert (identificatienummer 7.83.5xx.xx)
- een centrum voor ongewenste zwangerschap (identificatienummer 7.82.5xx.xx)
- een erkend cardiaal revalidatiecentrum (identificatienummer 7.82.1xx.xx)
- een centrum voor visuele revalidatie (identificatienummer 9.69.xxx.xx)
- een ziekenhuisdienst die hartdefibrillatoren implanteert (identificatienummer 7.87.xxx.xx)

Het College van geneesheren-directeuren kan ten allen tijde nieuwe revalidatiecentra aan de lijst toevoegen waarvoor een aanvraag om tenlasteneming van de revalidatie kan worden ingediend, zonder dat het akkoord voor de tenlasteneming van de revalidatie in een C.A.R. daardoor komt te vervallen.

Artikel 36. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe aan de adviserend geneesheer van de betrokken verzekeringsinstelling elke gewenste inlichting te verstrekken omtrent het multidisciplinair revalidatieprogramma gevolgd door de rechthebbende.

§ 2. De inrichting zal aan de arts die de rechthebbende heeft doorverwezen en aan de huisarts (als dit niet de verwijzende arts is), een kopie overmaken van het eindverslag van de revalidatie. Dit verslag moet een samenvatting van de uitgevoerde revalidatie bevatten, de verworven resultaten vermelden en de noodzakelijke elementen geven om deze resultaten in stand te houden en te verlengen.

Indien de adviserend geneesheer dit schriftelijk aan de inrichting vraagt, zal de inrichting aan de adviserend geneesheer een kopie van dit eindverslag bezorgen.

Artikel 37. De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbenden behoorlijk in te lichten over de in artikel 33, § 1, bedoelde bepalingen betreffende de aanvragen om tegemoetkoming, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De inrichting verbindt zich ertoe de rechthebbenden en hun ouders of wettelijke vertegenwoordiger te helpen bij het indienen van deze aanvragen. De inrichting waakt erover dat de aanvragen worden ingediend binnen de termijn die is vastgesteld in artikel 142, § 2 van het KB. De inrichting verbindt zich er toe om in het geval dat de adviserend geneesheer een aanvraag om tegemoetkoming in de kosten van de verstrekking van een revalidatieprogramma niet goedkeurt, de zittingen die eventueel reeds gerealiseerd zijn in het kader van dat programma, niet aan te rekenen aan de rechthebbende. Alleen als de rechthebbende ten aanzien van de inrichting bewust bepaalde informatie achterhoudt over andere revalidatie- of behandelingsprogramma's die de rechthebbende reeds volgt of gevolgd heeft en dit, gezien de cumulverboden die in deze overeenkomst zijn vastgesteld, de reden vormt voor de weigering van de adviserend geneesheer, kunnen de reeds gerealiseerde zittingen toch worden aangerekend aan de rechthebbende.

De inrichting verbindt zich er nochtans toe de rechthebbende en zijn ouders of wettelijke vertegenwoordiger grondig en expliciet te bevragen over het volgen van andere behandelingsprogramma's waar-

door hij gezien de cumulverboden van deze overeenkomst niet in aanmerking zou komen voor een tegemoetkoming in de revalidatiekosten. Indien de inrichting nalaat om dit te bevragen, kunnen de zittingen die niet vergoedbaar zijn door de verzekering omdat de adviserend geneesheer dit geweigerd heeft, nooit worden aangerekend aan de rechthebbende. Ten bewijze van deze bevraging houdt de inrichting in het dossier van de rechthebbende een door zijn ouders of wettelijke vertegenwoordiger ondertekende verklaring bij over de behandelingsprogramma's die de rechthebbende reeds volgt of gevolgd heeft en die hem uitsluiten van terugbetaling van de revalidatie.

VI - FACTURATIE EN FACTURATIECAPACITEIT

Artikel 38. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe de aanrekenbare bedragen aan de verzekeringsinstellingen te factureren op basis van een factuur waarvan het model is goedgekeurd door het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. Inlichtingshalve zijn ook de door de inrichting aan de rechthebbende gefactureerde bedragen voor diensten die niet tot de revalidatie behoren, op die facturen vermeld. Een afschrift van deze facturen wordt aan de rechthebbende of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger overhandigd.

De inrichting kan de zittingen ook aan de verzekeringsinstellingen aanrekenen via de magneetband. Ook in dat geval zal de inrichting aan de rechthebbende een overzicht bezorgen van de aangerekende verstrekkingen.

§ 2. De inrichting verbindt zich er toe om voor de rechthebbenden voor wie artikel 15 § 1 een contingent aan revalidatiezittingen voorziet, geen groter aantal revalidatiezittingen aan de verzekeringsinstellingen aan te rekenen dan het in artikel 15 § 1 vermelde contingent aan revalidatiezittingen. Het niet respecteren van deze maxima door de inrichting wordt beschouwd als een ernstige fout. Naast andere maatregelen, kunnen de door de verzekering vergoede zittingen die het voor een rechthebbende vastgestelde contingent aan zittingen overschrijden, gedurende 5 jaar vanaf de datum van uitbetaling worden teruggevorderd door de verzekering of de verzekeringsinstelling. In geval van een dergelijke terugvordering, verbindt de inrichting zich ertoe het teruggevorderde bedrag niet te verhalen op de rechthebbende.

Artikel 39. § 1. Het equivalent van het aantal individuele zittingen met een duur van 1 uur beschreven in punt IV, uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar, bedraagt Dit aantal wordt "de theoretisch realiseerbare capaciteit" genoemd.

Het maximum aantal dergelijke zittingen uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar en terugbetaalbaar krachtens deze overeenkomst bedraagt zittingen die voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen in aanmerking komen. Dit is 92% van de theoretisch realiseerbare capaciteit. Dit aantal stemt overeen met de "maximale facturatiecapaciteit" van de inrichting.

§ 2. De theoretisch realiseerbare capaciteit wordt bepaald door het jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel dat behoort tot andere disciplines dan de medische, vermeld in artikel 12, § 2, te delen door 1 uur 40 minuten.

Om het voormelde jaarlijks uurvolume aan therapeutisch personeel te bepalen, wordt er van uitgegaan dat iedere therapeut die, zoals in bijlage bij deze overeenkomst voorzien, een uurrooster van 38 u/week presteert, op jaarbasis een equivalent van een fulltime presteert - 215 werkdagen à 7 u.36 minuten aanwezigheid per werkdag. Iedere therapeut die, zoals in bijlage bij deze overeenkomst voorzien, een fractie van 38 u/week presteert, wordt geacht op jaarbasis een zelfde fractie van een equivalent van een fulltime te presteren.

Artikel 40. Het maximum aantal zittingen beschreven in punt IV -A, deel uitmakend van een aanvangsbilans, uitvoerbaar in de loop van één kalenderjaar en terugbetaalbaar krachtens deze overeenkomst bedraagt #« ».

Dit aantal maakt deel uit van de theoretisch realiseerbare capaciteit en de maximale facturatiecapaciteit bepaald in artikel 39, § 1.

Het vermelde maximum aantal bilanzittingen is berekend op basis van enerzijds het jaarlijks uurvolume aan medische omkadering waarover de inrichting beschikt en anderzijds de vereiste medische beschikbaarheid van gemiddeld 15 minuten per bilanzitting (cf. artikel 24 § 3) en gemiddeld 2,5 minuten voor gewone revalidatiezittingen (cf. artikel 27 § 5 en artikel 28 § 5). Het maximum aantal bilanzittingen kan nooit meer dan 30 % bedragen van de theoretisch realiseerbare capaciteit.

Artikel 41. Voor het bepalen van het bereikte aandeel van de maximale facturatiecapaciteit stemt elke zitting beschreven in punt IV overeen met een bepaald getal. Deze getallen worden opgegeven in TABEL 3.

TABEL 3: aandeel van de maximale facturatiecapaciteit

3 forfaits	= 3
2,75 forfaits	= 2,75
2,66 forfaits	= 2,66
2,5 forfaits	= 2,5
2,33 forfaits	= 2,33
2,25 forfaits	= 2,25
2 forfaits	= 2
1,75 forfaits	= 1,75
1,66 forfaits	= 1,66
1,5 forfaits	= 1,5
1,33 forfaits	= 1,33
1,25 forfaits	= 1,25
1 forfait	= 1
0,75 forfait	= 0,75
0,66 forfait	= 0,66
0,50 forfait	= 0,50
0,33 forfait	= 0,33
0,25 forfait	= 0,25
1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft: 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	= 1

De getallen uit tabel 3 overeenstemmend met 2,25, 2,33, 2,5, 2,66, 2,75 en 3 forfaits gelden enkel bij het in rekening brengen van hele revalidatiedagen die uitgevoerd werden ten behoeve van rechthebbenden behorend tot groep 1. Het getal uit tabel 3 overeenstemmend met 3 forfaits geldt eveneens bij het in rekening brengen van de "intake-verstrekking" voor rechthebbenden behorend tot groep 1.

Artikel 42. De inrichting verbindt zich ertoe de theoretisch realiseerbare capaciteit en het maximum aantal bilanzittingen zoals hierboven bepaald in artikel 39, § 1, en in artikel 40, nooit te overschrijden.

Artikel 43. § 1. De "normale facturatiecapaciteit" van de inrichting voor zittingen beschreven in punt IV, wordt vastgelegd op 90 % van de theoretisch realiseerbare capaciteit van de inrichting bepaald in artikel 39, § 1. Ze bedraagt zittingen die voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen in aanmerking komen.

Voor het bepalen van het bereikte aandeel van deze normale facturatiecapaciteit stemt elke zitting beschreven in punt IV overeen met een bepaald getal. Deze getallen zijn opgegeven in TABEL 3 hierboven.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe om, in geval van overschrijding van de "normale facturatiecapaciteit" in de loop van een kalenderjaar, aan de verzekeringsinstellingen, voor de revalidatiezittingen die worden gerealiseerd boven de "normale facturatiecapaciteit", niet de bedragen aan te rekenen die worden vermeld in TABEL 1 en in TABEL 2, maar verminderde bedragen. De verminderde bedragen die in dat geval kunnen worden aangerekend, bedragen 50% van het in artikel 25, § 2 vastgelegd forfait en 50 % van de bedragen vermeld in de TABELLEN 1 en 2 hierboven die van voormeld forfait zijn afgeleid.

De inrichting verbindt er zich tevens toe nooit de "maximale facturatiecapaciteit" zoals bepaald in artikel 39, § 1, te overschrijden in de loop van een kalenderjaar. Boven de maximale facturatiecapaciteit zal elke in de loop van een kalenderjaar gerealiseerde zitting niet meer worden gefactureerd, noch aan de verzekeringsinstellingen, noch aan de rechthebbenden.

§ 3. Voor het kalenderjaar van in werking treden van deze overeenkomst en het kalenderjaar van aflopen ervan moeten de aantallen betreffende de "normale facturatiecapaciteit", de "maximale facturatiecapaciteit", en de "theoretisch realiseerbare capaciteit" proportioneel verminderd worden, rekening houdende met de periode van geldigheid van deze overeenkomst in de loop van die kalenderjaren.

Artikel 44. Onverminderd artikel 39, kan in geen enkel geval het totaal bedrag vertegenwoordigd door de

in 1 kalenderjaar verrichte terugbetaalbare zittingen tegenover een rechthebbende of tegenover één of meerdere leden van zijn familie of tegenover zijn leerkrachten groter zijn dan 101,111 % van het bedrag vertegenwoordigd door de normale facturatiecapaciteit.

Artikel 45. Voor de prestaties die aan de verzekeringsinstellingen worden aangerekend, dienen op de factuur zowel een pseudocode als een bijkomende code (de “betrekkelijke verstrekking”) die de waarde van de verstrekking weergeeft, vermeld te worden. Naargelang de in artikel 3 bedoelde doelgroep waartoe de rechthebbende behoort, de aard van de zitting en het feit of al dan niet verminderde prijzen aangerekend moeten worden, dienen andere codes gebruikt te worden. De pseudocodes worden opgegeven in TABEL 4 voor ambulante rechthebbenden en in TABEL 5 voor gehospitaliseerde rechthebbenden. De “betrekkelijke verstrekkingen” worden opgegeven in TABEL 6.

TABEL 4 : zittingen voor ambulante patiënten : te gebruiken pseudocodes			
<u>Doelgroepen⁵</u> <u>(cf. artikel 3)</u>	<u>Zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan (cf. artikel 23)</u>	<u>Gewone revalidatiezittingen (cf. artikel 27)</u>	<u>Groepszittingen voor leerkrachten (cf. artikel 28)</u>
Groep 1	796014	796412	796795
Groep 2	796036	796434	796810
Groep 3	796051	796456	796832
Groep 4	796073	796471	796854
Groep 5	796095	796493	796876
Groep 6	796110	796515	796891
Groep 7	796132	796530	796913
Groep 8	796154	796552	796935
Groep 9	796176	796574	796950
Groep 10	796191	796596	796972
Groep 11	796213	796611	796994
Groep 12	796235	796633	797016
Groep 13	796250	796655	797031
Groep 14	796272	796670	797053
Groep 20	797193	797215	797230
Logopedie-nomenclatuur (onverminderd artikel 9, § 2, van deze overeenkomst)	796390	-	-

TABEL 5 : zittingen voor gehospitaliseerde patiënten : te gebruiken pseudocodes			
<u>Doelgroepen⁷</u> <u>(cf. artikel 3)</u>	<u>Zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan (cf. artikel 23)</u>	<u>Gewone revalidatiezittingen (cf. artikel 27)</u>	<u>Groepszittingen voor leerkrachten (cf. artikel 28)</u>
Groep 1	796025	796423	796806
Groep 2	796040	796445	796821
Groep 3	796062	796460	796843
Groep 4	796084	796482	796865

⁵ Of vermoedelijke doelgroep indien het een aanvangsbilan betreft.

Groep 5	796106	796504	796880
Groep 6	796121	796526	796902
Groep 7	796143	796541	796924
Groep 8	796165	796563	796946
Groep 9	796180	796585	796961
Groep 10	796202	796600	796983
Groep 11	796224	796622	797005
Groep 12	796246	796644	797020
Groep 13	796261	796666	797042
Groep 14	796283	796681	797064
Groep 20	797204	797226	797241
Logopedie-nomenclatuur (onverminderd artikel 9, § 2, van deze overeenkomst)	796401	-	-

TABEL 6: Code "betrekkelijke verstrekking" (= relatieve waarde van de verstrekking)

Aanrekenbare forfaits (cf. de artikelen 26, 27 en 28 en de tabellen 1 en 2)	zittingen tot en met het bereiken van de normale facturatiecapaciteit	zittingen boven de normale facturatiecapaciteit tot en met het bereiken van de maximale facturatiecapaciteit
3 forfaits	0083005	0053001
2,75 forfaits	0082751	0052754
2,66 forfaits	0082666	0052662
2,5 forfaits	0082504	0052500
2,33 forfaits	0082331	0052334
2,25 forfaits	0082250	0052253
2 forfaits ^a	0082003	0052006
1,75 forfaits	0081756	0051752
1,66 forfaits	0081664	0051660
1,5 forfaits ^a	0081502	0051505
1,33 forfaits	0081336	0051332
1,25 forfaits	0081255	0051251
1 forfait ^a	0081001	0051004
0,75 forfait	0080754	0050750
0,66 forfait	0080662	0050665
0,50 forfait	0080500	0050503
0,33 forfait	0080334	0050330
0,25 forfait	0080253	0050256

^a Voor zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan (cf. artikel 26) kunnen enkel deze forfaits gefactureerd worden.

De getallen uit tabel 6 overeenstemmend met 2,25, 2,33, 2,5, 2,66, 2,75 en 3 forfaits gelden enkel bij het in rekening brengen van hele revalidatiedagen die uitgevoerd werden ten behoeve van rechthebbenden behorend tot groep 1. Het getal uit tabel 3 overeenstemmend met 3 forfaits geldt eveneens bij het in rekening brengen van de "intake-verstrekking" voor rechthebbenden behorend tot groep 1.

VII - CUMULVERBODEN

VII – A – Verstrekkingen die worden verricht door personeel van de inrichting

Artikel 46. § 1. Behoudens in een aantal uitzonderingen die in de artikelen 47, 48 en 49 van deze overeenkomst worden gepreciseerd, kunnen de handelingen of tussenkomsten die door het personeel van de inrichting binnen of buiten de inrichting worden verricht voor een in de inrichting gerevalideerde rechthebbende, nooit afzonderlijk (naast of boven de vergoedbare zittingen waarin deze overeenkomst voorziet) worden aangerekend aan de betrokken rechthebbende of aan zijn verzekeringsinstelling en dit gedurende de ganse periode van tenlasteneming van de revalidatie. Dit verbod is niet alleen van toepassing op de dagen dat er zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd, maar ook op dagen dat er geen zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd.

Dit verbod is ook van toepassing op:

- De handelingen of tussenkomsten van het personeel van de inrichting die kaderen in de anamnese door de equipe, waarvan sprake in artikel 34, § 2
- De handelingen of tussenkomsten van het personeel van de inrichting die in de inrichting worden verricht tegenover één of meerdere familieleden (ouders, partner,...) van een rechthebbende die bij het revalidatieprogramma betrokken zijn
- De handelingen of tussenkomsten van het personeel van de inrichting die buiten de inrichting worden verricht tegenover één of meerdere familieleden (ouders, partner,...) van een rechthebbende die bij het revalidatieprogramma betrokken zijn en die deel uitmaken van de vereiste duur van een revalidatiezitting voor die rechthebbende of die worden verricht binnen de tewerkstellingstijd van het betrokken personeelslid in het kader van deze overeenkomst
- De handelingen of tussenkomsten van het personeel van de inrichting die in de inrichting uitzonderlijk nog zouden worden verricht tegenover een rechthebbende of één of meerdere van zijn familieleden ná het einde van de tenlastegenomen revalidatieperiode.

§ 2. Met de periode van tenlasteneming van de revalidatie wordt in dit artikel en eveneens in de artikelen 51 tot en met 54 zowel de periode van tenlasteneming van het aanvangsbilan als de periode van tenlasteneming van het multidisciplinair revalidatieprogramma dat volgt op het aanvangsbilan, bedoeld. De inrichting kan evenwel aan de adviserend geneesheer steeds de datum van stopzetting van het revalidatieprogramma meedelen.

§ 3. De bepalingen van dit artikel zijn ook van toepassing op een inrichting die deel uitmaakt van een ziekenhuis. In afwijking hiervan kunnen de volgende handelingen of verstrekkingen echter wel worden aangerekend door het personeel van een inrichting die deel uitmaakt van een ziekenhuis:

- De verstrekkingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984) en die door het personeel van de inrichting, in de inrichting, worden verricht tegenover één of meerdere familieleden (ouders, partner,...) van een rechthebbende die bij het revalidatieprogramma betrokken zijn, kunnen afzonderlijk worden aangerekend, op voorwaarde dat ze geen deel uitmaken van de vereiste duur van een revalidatiezitting voor de rechthebbende en dat ze niet worden verricht binnen de tewerkstellingstijd van het betrokken personeelslid in het kader van deze overeenkomst.
- De verstrekkingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984) en die door het personeel van de inrichting, in de inrichting, worden verricht tegenover een rechthebbende of één of meerdere van zijn familieleden, ná het einde van de tenlastegenomen revalidatieperiode, kunnen afzonderlijk worden aangerekend, op voorwaarde dat ze niet worden verricht binnen de tewerkstellingstijd van het betrokken personeelslid in het kader van deze overeenkomst.

Artikel 47. § 1. De artsen van de inrichting worden geacht, in het kader van hun activiteiten in de inrichting, in te staan voor de medische opvolging van de pathologieën of stoornissen die aan de basis liggen van de revalidatie van de rechthebbende in de inrichting.

De inrichting en haar artsen moeten de werking van de inrichting dan ook zo organiseren dat diagnostische raadplegingen, follow-up raadplegingen, raadplegingen met betrekking tot de farmacologische begeleiding van de rechthebbende, en raadplegingen met betrekking tot het voorschrijven van kinesitherapie-verstrekkingen (*indien de cumulatie van de kinesitherapieverstrekkingen met het revalidatieprogramma krachtens deze overeenkomst is toegelaten en een arts van de inrichting deze voorschrijft*) in de inrichting kunnen gebeuren, in het kader van het revalidatieprogramma dat de inrichting aan de rechthebbende aanbiedt, als deze raadplegingen verband houden met de pathologieën of stoornissen die aan de basis liggen van de revalida-

tie van de rechthebbende in de inrichting. Ditzelfde principe geldt ook voor alle andere handelingen die krachtens de synoptische fiches in bijlage bij deze overeenkomst tot de opdrachten van de artsen behoren. De artsen van de inrichting kunnen alle hiervoor bedoelde handelingen, verstrekkingen en tussenkomsten dan ook nooit afzonderlijk (naast of boven de vergoedbare zittingen waarin deze overeenkomst voorziet) aan de rechthebbende of de verzekeringsinstelling aanrekenen, ongeacht of deze handelingen, verstrekkingen en tussenkomsten binnen of buiten de inrichting worden verricht.

De artsen van de inrichting kunnen ook nooit psychotherapieën zoals bedoeld in artikel 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984) afzonderlijk (naast of boven de vergoedbare zittingen waarin deze overeenkomst voorziet) aan de rechthebbende of de verzekeringsinstelling aanrekenen, ongeacht of deze psychotherapieën binnen of buiten de inrichting worden verricht.

§ 2. Behalve voor de in § 1 van dit artikel bedoelde verstrekkingen, kunnen de verstrekkingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984), door de artsen van de inrichting afzonderlijk worden aangerekend aan de rechthebbende, met tussenkomst van de verzekering, op voorwaarde dat ze geen deel uitmaken van de vereiste duur van een revalidatiezitting voor de rechthebbende, dat ze niet worden verricht binnen de tewerkstellingstijd van de betrokken arts in het kader van deze overeenkomst én dat ze buiten de gebouwen van de inrichting verricht worden op dagen dat er geen revalidatiezitting voor de rechthebbende is verricht.

§ 3. De technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld in artikel 3 § 1 van de voormelde nomenclatuur kunnen door de artsen van de inrichting steeds afzonderlijk worden aangerekend aan de rechthebbende, met tussenkomst van de verzekering, als ze geen deel uitmaken van de vereiste duur van een revalidatiezitting voor de rechthebbende en als ze niet worden verricht binnen de tewerkstellingstijd van de betrokken arts in het kader van deze overeenkomst.

Ditzelfde principe geldt ook voor de speciale technische geneeskundige verstrekkingen als bedoeld in artikel 10 en volgende van de voormelde nomenclatuur, behalve als het gaat om fysiotherapieverstrekkingen zoals bedoeld in de artikelen 22 en 23 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984). Voor dergelijke fysiotherapieverstrekkingen primeren de regels van artikel 52 van deze overeenkomst.

Artikel 48. § 1. De audiciens en audiologen die deel uitmaken van het personeel van de inrichting worden geacht, in het kader van hun activiteiten in de inrichting, voor rechthebbenden die lijden die aan gehoorstoornissen of waarbij er een vermoeden van gehoorstoornissen is, bij te dragen aan, of in te staan voor, onder meer :

- diagnostische gehoortesten (met uitsluiting van testen die verricht worden met het oog op de aflevering van een gehoortoestel),
- begeleiding bij het optimaal afregelen van gehoortoestellen,
- begeleiding ná implantatie van een cochleair implantaat (gehoorrevalidatietraining, optimaal afstellen van het cochleair implantaat, ...),
- gehoorrevalidatie in het algemeen,
- andere handelingen of tussenkomsten die krachtens de synoptische fiches in bijlage tot het takenpakket van de audicien of audioloog behoren.

De inrichting en haar audiciens en audiologen moeten de werking van de inrichting dan ook zo organiseren dat voormelde activiteiten in de inrichting kunnen gebeuren, in het kader van het revalidatieprogramma dat de inrichting aan de rechthebbende aanbiedt, als de rechthebbende in de inrichting opgevolgd wordt omwille van gehoorstoornissen of een vermoeden van gehoorstoornissen.

§ 2. Behalve voor de in § 1 van dit artikel bedoelde verstrekkingen, kunnen de verstrekkingen die opgenomen zijn in artikel 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984), door de audiciens van de inrichting afzonderlijk worden aangerekend aan de rechthebbende, met tussenkomst van de verzekering, op voorwaarde dat ze geen deel uitmaken van de vereiste duur van een revalidatiezitting voor de rechthebbende en dat ze niet worden verricht binnen de tewerkstellingstijd van de betrokken audicien in het kader van deze overeenkomst.

Voor de rechthebbenden die voor deze verstrekkingen beroep doen op een audicien van de inrichting, moet het voorafgaandelijk duidelijk zijn dat deze verstrekkingen geen onderdeel vormen van het revalidatieprogramma van de inrichting en derhalve apart zullen worden aangerekend.

Artikel 49. Krachtens de bepalingen van artikel 53, kan de revalidatie in de inrichting in bepaalde gevallen

gecumuleerd worden met kinesithapieverstrekkingsen die vergoedbaar zijn krachtens artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingsen (KB van 14 september 1984).

Voor een rechthebbende voor wie, naast de vergoedbare zittingen in het kader van deze overeenkomst, bijkomende monodisciplinaire kinesithapieverstrekkingsen (artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingsen - KB van 14 september 1984) kunnen worden aangerekend, kan een kinesithapeut die deel uitmaakt van het personeel van de inrichting, deze kinesithapieverstrekkingsen verrichten, op voorwaarde dat deze nomenclatuur-kinesithapieverstrekkingsen geen deel uitmaken van de vereiste duur van een revalidatiezitting voor de rechthebbende, dat ze niet worden verricht binnen de tewerkstellingstijd van de betrokken kinesithapeut in het kader van deze overeenkomst én dat ze buiten de gebouwen van de inrichting verricht worden.

Artikel 50. Krachtens de bepalingen van de artikelen 47, 48 en 49 van deze overeenkomst kunnen artsen, audiciens en kinesithapeuten die deel uitmaken van het personeel van de inrichting, voor de rechthebbenden bepaalde verstrekkingsen aanrekenen die op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingsen vergoedbaar zijn.

Het komt de betrokken rechthebbenden evenwel toe om steeds vrij te kiezen op welke zorgverstrekker zij beroep doen voor deze verstrekkingsen.

De inrichting en de betrokken personeelsleden zullen de rechthebbenden en hun familie op geen enkele wijze aanmoedigen om hiervoor beroep te doen op een zorgverstrekker die ook voor de inrichting werkt in het kader van de overeenkomst. Indien een rechthebbende en/of zijn familie bij de betrokken zorgverstrekker navraag doet naar de mogelijkheid om bepaalde nomenclatuurverstrekkingsen te verrichten, zal die zorgverstrekker er neutraal op wijzen dat hiervoor ook beroep kan worden gedaan op andere zorgverstrekkers en dat geenszins wordt verwacht dat de rechthebbende hiervoor beroep doet op een zorgverstrekker die voor de inrichting werkt.

VII – B – Cumulatie met kinesithapie-, fysiotherapie- en logopedieverstrekkingsen en met andere revalidatieverstrekkingsen

Artikel 51. Een rechthebbende kan het revalidatieprogramma in de inrichting, gedurende de ganse periode van tenlasteneming van de revalidatie, nooit cumuleren met één van de in artikel 35 § 2 vermelde revalidatieprogramma's die er krachtens dat artikel automatisch toe leiden dat het akkoord voor de tenlasteneming van de revalidatie in de inrichting komt te vervallen van zodra voor de rechthebbende een aanvraag voor de tenlasteneming van een in artikel 35 § 2 bedoeld revalidatieprogramma wordt ingediend.

Deze bepaling is dus niet alleen van toepassing op de dagen dat er zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd, maar ook op dagen dat er geen zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd.

Het is echter niet uitgesloten dat de revalidatie in de inrichting voorafgegaan of gevolgd wordt door één van de in artikel 35 § 2 bedoelde revalidatieprogramma's.

Artikel 52. Een rechthebbende die het revalidatieprogramma van groep 1 of groep 14 volgt, kan het revalidatieprogramma in de inrichting, gedurende de ganse periode van tenlasteneming van de revalidatie, nooit cumuleren met de fysiotherapieverstrekkingsen die zijn opgenomen in artikel 22, II, a en b van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingsen (KB van 14 september 1984), met name de therapeutische verstrekkingsen, revalidatieverstrekkingsen en revalidatiebehandelingen die zijn opgenomen in dat artikel 22 van de nomenclatuur.

Deze bepaling is niet alleen van toepassing op de dagen dat er zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd, maar ook op dagen dat er geen zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd.

Voor deze rechthebbenden is de cumulatie van het revalidatieprogramma met de fysiotherapieverstrekkingsen die zijn opgenomen in artikel 22, I van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingsen (KB van 14 september 1984), met name de diagnostische fysiotherapieverstrekkingsen, wel mogelijk.

Artikel 53. § 1. Een rechthebbende kan het revalidatieprogramma in de inrichting, gedurende de ganse periode van tenlasteneming van de revalidatie, nooit cumuleren met kinesitherapieverstrekkingen die zijn opgenomen in artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984).

Deze bepaling is niet alleen van toepassing op de dagen dat er zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd, maar ook op dagen dat er geen zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd.

In de volgende gevallen kunnen kinesitherapieverstrekkingen echter nog wel buiten de inrichting worden verricht:

- Voor rechthebbenden die tot groep 14 (hersenvlamming) behoren
- Voor rechthebbenden die lijden aan één der aandoeningen bedoeld in artikel 7, § 3, 3° van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen (het betreft hier de zogenaamde E-pathologieën)
- Bij wijze van uitzondering en mits toestemming van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, na een aanvraag om afwijking die door de inrichting gericht is aan de adviserend geneesheer: voor een rechthebbende die tijdelijk kinesitherapieverstrekkingen zou moeten kunnen genieten omwille van een aandoening die geen verband houdt met de revalidatie van de rechthebbende in de inrichting
- Tijdens de periode van tenlasteneming van een multidisciplinair aanvangsbilan in de inrichting, als er voorafgaandelijk aan de start van het aanvangsbilan in de inrichting reeds een periode van tenlasteneming van kinesitherapieverstrekkingen lopende was. In dat geval kunnen de monodisciplinaire kinesitherapieverstrekkingen, ook nadat het multidisciplinair aanvangsbilan in de inrichting beëindigd is, worden verder gezet totdat de inrichting start met gewone multidisciplinaire revalidatiezittingen.

§ 2. In afwijking van de bepalingen van § 1 van dit artikel, kan een rechthebbende het revalidatieprogramma in de inrichting nooit in dezelfde periode cumuleren met kinesitherapieverstrekkingen die zijn bedoeld in artikel 7, § 1, 6°, van de nomenclatuur omwille van de situatie "psychomotorische ontwikkelingsstoornissen" zoals omschreven in § 14, 5°, B. b) van datzelfde nomenclatuurartikel. Deze cumul is wel mogelijk tijdens de periode van tenlasteneming van een multidisciplinair aanvangsbilan.

Artikel 54. § 1. Een rechthebbende kan het revalidatieprogramma in de inrichting, gedurende de ganse periode van tenlasteneming van de revalidatie, nooit cumuleren met logopedieverstrekkingen die zijn opgenomen in artikel 36 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (KB van 14 september 1984), behalve in de volgende gevallen:

- 1° Indien artikel 36 van de nomenclatuur de cumul van de revalidatie in de inrichting met monodisciplinaire logopedieverstrekkingen expliciet toelaat. In deze gevallen kunnen de logopedieverstrekkingen echter alleen worden aangerekend op de dagen dat de inrichting geen revalidatiezitting (bilanzitting of gewone revalidatiezitting) realiseert.
- 2° Tijdens de periode van tenlasteneming van een multidisciplinair aanvangsbilan in de inrichting, als er voorafgaandelijk aan de start van het aanvangsbilan in de inrichting reeds een periode van tenlasteneming van logopedieverstrekkingen lopende was. In dat geval kunnen de monodisciplinaire logopedieverstrekkingen, ook nadat het multidisciplinair aanvangsbilan in de inrichting beëindigd is, worden verder gezet totdat de inrichting start met gewone multidisciplinaire revalidatiezittingen. De logopedieverstrekkingen kunnen echter alleen worden aangerekend op de dagen dat de inrichting geen bilanzitting realiseert.

Het cumulatieverbod is niet alleen van toepassing op de dagen dat er zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd, maar ook op dagen dat er geen zittingen in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd.

§ 2. Indien de inrichting, op basis van het aanvangsbilan, meent dat de rechthebbende nood heeft aan een multidisciplinair revalidatieprogramma, dient de inrichting voor de start van het multidisciplinair revalidatieprogramma, dus vooraleer de eerste gewone revalidatiezitting wordt gerealiseerd, de behandelende logopedist hierover te informeren (behalve in het in § 1, 1° vermelde geval waarbij artikel 36 van de nomenclatuur de cumul van de revalidatie in de inrichting met monodisciplinaire logopedieverstrekkingen toelaat).

§ 3. In toepassing van de bepalingen van artikel 46, kunnen de logopedisten die deel uitmaken van het personeel van de inrichting, nooit vergoedbare nomenclatuur-logopedieverstrekkingen verrichten voor de rechthebbenden van de inrichting, ongeacht of deze verstrekkingen binnen of buiten de inrichting en binnen of buiten de tewerkstellingstijd van deze logopedisten in de inrichting worden verricht.

Artikel 55. Gedurende de in artikel 57 § 2 bedoelde openingsuren van de inrichting, zal in de inrichting geen enkele verstrekking voor een patiënt waarvan de revalidatie niet ten laste genomen wordt in het kader van deze overeenkomst, worden verricht of gefactureerd, noch aan een zelf betalende patiënt, noch aan een patiënt of aan de verzekeringsinstellingen in het kader van het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, noch in het kader van het Koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen.

Teneinde een duidelijk onderscheid tussen een multidisciplinair C.A.R. en monodisciplinaire logopedie te handhaven, zal de inrichting in zijn gebouw ook buiten de bedoelde openingsuren van de inrichting nooit vergoedbare nomenclatuur-logopedieverstrekkingen verrichten, ook niet voor patiënten die geen rechthebbenden zijn van deze overeenkomst.

Deze bepalingen zijn evenwel niet van toepassing op de ziekenhuizen waarmee deze overeenkomst is gesloten en op de nomenclatuur-verstrekkingen die volgens artikel 48, § 2, door de audiciens van de equipe gerealiseerd kunnen worden.

Artikel 56. De inrichting verbindt er zich toe alle nuttige maatregelen te treffen met het oog op de toepassing van de artikelen 46 tot en met 55, en dit zowel naar zijn personeel toe als naar de rechthebbenden toe. Met het oog hierop, verbindt zij zich ertoe de rechthebbenden er schriftelijk op te wijzen dat tijdens de ten laste genomen revalidatieperiode bepaalde nomenclatuurverstrekkingen niet meer vergoedbaar zijn, met ontvangstbewijs ondertekend door de rechthebbende. Een dubbel van dit ondertekend document wordt bewaard door de inrichting.

VIII - PERSONEEL VAN DE INRICHTING

VIII – A – Algemene bepalingen

Artikel 57. § 1. Het voorziene medisch en therapeutisch personeelskader, opgenomen in de bijlage bij deze overeenkomst, zal gedurende de uren die in aanmerking werden genomen voor de forfaitberekening opgenomen in de bijlage bij deze overeenkomst, uitsluitend activiteiten verrichten in het kader van onderhavige overeenkomst : gedurende de tewerkstellingstijd die in aanmerking werd genomen voor de forfaitberekening, zal de inrichting dus uitsluitend de programma's en revalidatiezittingen realiseren waarvan sprake in de punten II en IV, en dit ten behoeve van de in punt I bedoelde rechthebbenden.

§ 2. Het uurrooster der openingsuren van de inrichting, binnen hetwelk ook de in aanmerking genomen uren vermeld in § 1 zijn vervat, is opgemaakt per ononderbroken tijdsblokken van halve dagen (minstens drie uur).

De inrichting verbindt zich ertoe dit uurrooster inlichtingshalve jaarlijks als bijlage bij te voegen bij de in artikel 75 bedoelde jaarrekening.

De inrichting verbindt zich ertoe om via een brief aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. elke eventuele wijziging van dit uurrooster mee te delen, tenminste één maand voor zij van kracht wordt.

§ 3. Gedurende het in § 2 bedoelde uurrooster zal in de inrichting geen enkele verstrekking voor een patiënt waarvan de revalidatie niet ten laste genomen wordt in het kader van deze overeenkomst, worden verricht of gefactureerd, noch aan een zelf betalende patiënt, noch aan een patiënt of aan de verzekeringsinstellingen in het kader van het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, noch in het kader van het Koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen.

Deze bepaling is evenwel niet van toepassing op de ziekenhuizen waarmee deze overeenkomst is gesloten.

Artikel 58. § 1. Teneinde de kwaliteit van de revalidatie te verzekeren, verbindt de inrichting zich ertoe om steeds het personeelskader voorzien in bijlage bij deze overeenkomst te werk te stellen, zodat de inrichting steeds over een personeelskader beschikt dat qua omvang (uitgedrukt in voltijdse equivalenten, VTE) overeenstemt met het personeelskader dat in bijlage wordt vermeld, behalve indien de inrichting gebruik maakt van de afwijkingen die in § 2 van dit artikel zijn voorzien.

Meer bepaald verbindt de inrichting zich ertoe steeds alle schikkingen te treffen om te vermijden dat een in het personeelskader voorziene functie niet zou opgevuld worden. Zo zal de inrichting, zodra geweten is dat een in het personeelskader voorziene functie open zal komen door ontslagneming, afdanking of door redenen van gewettigde langdurige afwezigheid (loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ziekte, ...) onmiddellijk maatregelen nemen om in de vervanging van het tijdelijk of definitief weggevalen personeelslid te voorzien.

De kosten van de tewerkstelling van het in bijlage voorziene personeelskader worden verondersteld volledig door de inrichting te worden gedragen op basis van de inkomsten die kunnen worden geput uit deze overeenkomst. De in het personeelskader voorziene functies kunnen dan ook nooit worden vervuld door personeel dat in de bedoelde functies zou worden tewerkgesteld in het kader van een financieringsregeling op basis waarvan andere overheidsinstanties geheel of gedeeltelijk, rechtstreeks of onrechtstreeks, tussenkomen in de loonkost van dat personeel.

Indien personeelsleden zouden worden vrijgesteld van arbeidsprestaties in het kader van de eindloopbaanproblematiek, conform de C.A.O.-bepalingen terzake, moet deze vrijstelling van arbeidsprestaties worden gecompenseerd door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de arbeidsduur van andere personeelsleden. Dit bijkomend personeel moet boven op het in bijlage voorziene personeelskader worden tewerkgesteld. De financiering van deze compenserende tewerkstelling (en van de premie voor de personeelsleden die voor deze vrijstelling van arbeidsprestaties in aanmerking komen maar er geen gebruik van maken) valt buiten het kader van deze overeenkomst, maar is er niet mee in tegenspraak. In deze overeenkomst wordt er echter op geen enkele manier mee rekening gehouden : het in bijlage voor ieder personeelslid vooropgesteld aantal werk-

uren houdt dus geen rekening met de eventuele vrijstelling van arbeidsprestaties voor dat personeelslid en de in bijlage berekende loonkost houdt geen rekening met de premie die verschuldigd is aan de personeelsleden die voor deze vrijstelling van arbeidsprestaties in aanmerking komen maar er geen gebruik van maken.

Ook met alle mogelijke regelingen op basis waarvan de inrichting in aanmerking kan komen voor een vermindering van de patronale R.S.Z.-bijdragen, in ruil voor compenserende aanwervingen, houdt deze overeenkomst geen rekening. De in het personeelskader in bijlage voorziene functies kunnen echter nooit worden vervuld door personeel dat door de inrichting is aangeworven als compensatie voor een vermindering van de patronale R.S.Z.-bijdragen. Indien de inrichting een vermindering van de patronale R.S.Z.-bijdragen geniet in ruil waarvoor bijkomend personeel moet worden tewerkgesteld, dient dit bijkomend personeel steeds boven op het in bijlage voorziene personeelskader te worden tewerkgesteld.

§ 2. In functie van een inhoudelijke accentverschuiving naar aangepaste, “state of the art” en “evidence based” revalidatieprogramma’s voor de in artikel 3 voorziene doelgroepen, met name voor de in artikel 3 opgenomen doelgroepen met een specifiek medische categoriale diagnose en daaruit voortvloeiende functionele beperkingen, kan de inrichting evenwel – als dat nodig is - verschuivingen tussen de niet-medische disciplines in het personeelskader doorvoeren, en dit onder de volgende voorwaarden :

- de verschuiving brengt geen enkele wijziging met zich mee van het aantal VTE medische omkadering (artsen) dat de inrichting tewerkstelt
- de verschuiving brengt geen enkele vermindering met zich mee van het aantal VTE therapeutisch personeel (therapeutisch personeel zoals bedoeld in artikel 12 § 2) dat de inrichting tewerkstelt. Het door de inrichting tewerkgesteld aantal VTE therapeutisch personeel mag dus niet lager komen te liggen dan het aantal VTE therapeutisch personeel van de inrichting dat in bijlage bij deze overeenkomst wordt vermeld. Het aantal VTE therapeutisch personeel kan eventueel wel toenemen, indien niet-therapeutisch personeel zou vervangen worden door therapeutisch personeel.
- het in bijlage bij deze overeenkomst voorziene totaal aantal VTE personeel wordt niet verhoogd. Het kan eventueel wel licht verminderen als de inrichting ervoor opteert om een uitdienstgetreden niet-therapeutisch personeelslid te vervangen door een bijkomend therapeutisch of niet-therapeutisch personeelslid dat op een hoger barema kan aanspraak maken en minder uren per week tewerkgesteld wordt dan de uitdienstgetreden voorganger. Indien de inrichting er zou voor opteren om een uitdienstgetreden niet-therapeutisch personeelslid te vervangen door een lager aantal VTE therapeutisch of niet-therapeutisch personeel, mag het bruto-jaarloon van de vervanger echter nooit meer dan 10 % lager liggen dan het bruto-jaarloon van het personeelslid dat uit dienst is getreden en dat vervangen wordt. Dit criterium van 10 % geldt alleen als een uitdienstgetreden niet-therapeutisch personeelslid vervangen wordt door een lager aantal VTE therapeutisch of niet-therapeutisch personeel. Het criterium van 10 % geldt dus niet als een uitdienstgetreden personeelslid vervangen wordt door een zelfde aantal VTE.
- de verschuiving tussen disciplines brengt, op de datum dat ze wordt doorgevoerd, geen toename van de loonkost met zich mee (het bruto-jaarloon van het nieuw indienstgetreden personeelslid ligt niet hoger dan het bruto-jaarloon van het uitdienstgetreden personeelslid dat moet vervangen worden). Alleen indien een uitdienstgetreden personeelslid vervangen wordt door een hoger geschoold personeelslid dat aanspraak kan maken op een hoger barema (en eventueel een hogere anciënniteit), mag het bruto-jaarloon van de vervanger toch maximum 10 % hoger liggen dan het bruto-loon van zijn voorganger. Dergelijke vervangingen die een meerkost (van maximum 10 %) met zich meebrengen, dienen evenwel uitzonderlijk te blijven : ten opzichte van het in bijlage bij de overeenkomst (of bij toekomstige wijzigingsclausules) vastgelegde personeelskader, moeten dergelijke vervangingen dan ook beperkt blijven tot maximum 1 VTE. Het criterium van 10 % geldt niet voor verschuivingen tussen disciplines waarbij de barema’s van het uitdienstgetreden en aangeworven personeelslid identiek zijn of voor de vervanging van een personeelslid door een ander personeelslid met dezelfde kwalificatie en hetzelfde barema: in beide gevallen mag de meerkost tengevolge van verschillen in anciënniteit dus steeds meer dan 10 % bedragen.
- Indien de inrichting een niet-therapeutisch personeelslid zou vervangen door een bijkomend therapeutisch personeelslid, waardoor het aantal VTE therapeutisch personeel toeneemt, zal in de berekening van de capaciteit en van het forfait hiermee ten laatste rekening worden gehouden bij de eerstvolgende loonkostberekening van de inrichting. Het Verzekeringscomité kan deze verhoging van de capaciteit via een wijzigingsclausule bij de overeenkomst eventueel echter ook reeds op een vroegere datum in de overeenkomst opnemen, maar nooit retroactief.

Aanpassingen van het personeelskader die niet beantwoorden aan hoger vermelde voorwaarden, zijn alleen mogelijk op basis van een door het Verzekeringscomité (na advies ter zake van de Commissie voor begrotingscontrole) goedgekeurde wijzigingsclausule bij de overeenkomst, en mits er hiervoor binnen de

begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging nog een specifiek budget beschikbaar is.

§ 3. De inrichting is niet verplicht een door haar ontslagen personeelslid te vervangen dat op verzoek van de inrichting geen arbeidsprestaties meer verricht tijdens de nog bezoldigde wettelijke vooropzeggperiodes, en dit zolang dat personeelslid nog effectief door de inrichting vergoed wordt. De inrichting is evenmin verplicht een personeelslid dat afwezig is wegens ziekte te vervangen gedurende de wettelijke periode van gewaarborgd loon, tijdens welke het zieke personeelslid nog effectief door de inrichting bezoldigd wordt.

§ 4. De inrichting verbindt zich ertoe jaarlijks de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. in te lichten nopens het personeel dat effectief in functie is in de inrichting en dit op basis van het model dat de Dienst voor geneeskundige verzorging ter zake oplegt. Dit jaarlijks personeelsoverzicht vormt een bijlage bij de in artikel 75 bedoelde jaarrekening.

§ 5. Van zodra een functie in het medisch kader van de inrichting niet meer ingevuld is door ontslagneming, afdanking of door redenen van gewettigde langdurige afwezigheid (loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ziekte, ...), zal de inrichting het College van geneesheren-directeuren hierover inlichten. De inrichting zal bij deze gelegenheid de volgende gegevens meedelen aan het College van geneesheren-directeuren:

- het aantal uren van het medisch kader dat niet is ingevuld of niet ingevuld zal zijn als de functie open staat;
- de naam en de anciënniteit (in jaren en maanden) van de arts die definitief of tijdelijk afwezig is waardoor de functie niet is ingevuld;
- de datum vanaf wanneer de functie open staat;
- de redenen dat deze functie niet meer ingevuld is. Indien het vooraf geweten was dat deze functie open zou komen te staan, dient ook te worden meegedeeld vanaf wanneer dit geweten was;
- de samenstelling van het deel van het medisch kader dat wel ingevuld is, met vermelding van de volgende gegevens voor elke arts die er deel van uitmaakt :
 - de naam van de arts
 - het erkenningsnummer van de arts
 - het aantal werkuren per week (in het kader van een 38-urenwerkweek)

Een functie van het medisch kader staat open van zodra deze niet is ingevuld of niet is ingevuld door een arts die beschikt over één van de in artikel 12 bedoelde specialisaties om deel te kunnen uitmaken van het medisch kader. In geval van afwezigheid wegens ziekte, wordt een functie van het medisch kader als niet meer ingevuld beschouwd als de ziekteperiode de duur van 31 dagen overschrijdt.

Van zodra de openstaande functie van het medisch kader terug is ingevuld, zal de inrichting dit meedelen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging en met betrekking tot de arts of artsen die de functie invullen de hierboven vermelde gegevens bezorgen (naam, erkenningsnummer, aantal werkuren per week). Als de samenstelling van het medisch kader dat voordien wel nog was ingevuld, gewijzigd is sinds de mededeling aan het College van geneesheren-directeuren dat een functie van het medisch kader openstaat of open zal komen te staan, zal de inrichting opnieuw de volledige samenstelling van het medisch kader meedelen.

§ 6. Indien het Verzekeringscomité vaststelt dat de inrichting de beschikkingen van § 1 (rekening gehouden met de krachtens § 2 toegelaten verschuivingen) van dit artikel niet naleefde, kan het beslissen, naast andere nuttig geachte maatregelen, het in artikel 25, § 2, vastgestelde forfait (en de in artikel 27 en 28 vermelde bedragen die hiervan zijn afgeleid) met een bepaald bedrag en voor een bepaalde periode te verminderen. In geen geval mag deze periode langer duren dan deze van de niet-naleving van de verplichtingen van § 1, eerste lid, van dit artikel en in ieder geval moet de inrichting de kans gekregen hebben schriftelijk de redenen van deze niet-naleving uit te leggen.

Indien tegelijk de bepalingen van enerzijds § 1 én van anderzijds § 4 en / of § 5 van dit artikel niet nageleefd worden, is in ieder geval een vermindering van toepassing, welke ook de redenen van de niet-naleving zijn.

Het maximum bedrag waarmee de in artikel 25, § 2, vastgestelde forfaitprijs kan worden verminderd, wordt berekend door :

- In een eerste stap, het bruto-jaarloon te bepalen dat de niet-ingevulde arbeidsuren (op jaarbasis) vertegenwoordigen (= deel A), alsmede het gecumuleerde bruto-jaarloon van de volledige equipe (= deel B). Om deze bedragen te bepalen, kan het Verzekeringscomité zich steeds baseren op de gegevens uit de laatste loonkostberekening die conform de bepalingen van artikel 61 van deze overeenkomst in het kader van deze overeenkomst is uitgevoerd, en daarvoor eventueel uitgaan van het bruto-jaarloon van de collega's of de voorgangers van het afwezige personeelslid;
- In een tweede stap, de verhouding (in procent) te bepalen die deel A ten opzichte van deel B verte-

genwoordigt;

- In een derde stap, het maximum bedrag van de vermindering te berekenen door het in stap 2 berekende percentage te vermenigvuldigen met 1,25 en dit nieuwe percentage toe te passen op het bedrag van de krachtens artikel 25, § 2, vastgestelde forfaitprijs die van toepassing is op de datum dat de forfaitvermindering zou ingaan.

De inrichting verbindt zich ertoe om in geen geval de verminderingen toegepast op basis van artikel 58, §§ 5 en 6, te verhalen op de patiënten die ze ten laste neemt, noch op de andere personeelsleden.

Artikel 59. De inrichting verbindt zich er toe elk personeelslid een kopij te bezorgen van de overeenkomst (alsmede van elke eventuele wijziging ervan) en van de bijhorende synoptische fiches. De inrichting zal ieder personeelslid er op wijzen dat de bepalingen van de overeenkomst steeds primeren op de inhoud van de synoptische fiches.

De inrichting bewaart de door het personeel gedateerde en ondertekende ontvangstbewijzen van de in dit artikel bedoelde documenten en toelichtingen. De inrichting houdt deze ontvangstbewijzen ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V..

Artikel 60. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe haar personeel minstens te bezoldigen op basis van de principes gebruikt bij de berekening van de kosten ; deze berekening is opgenomen in bijlage bij deze overeenkomst.

Deze berekening is, zoals aangeduid in voornoemde bijlage, voor de meeste personeelsleden gebaseerd op de specifieke loonschalen van het paritair comité 330 (paritair comité voor de gezondheidsinrichtingen en diensten) voor het ziekenhuispersoneel en voor de revalidatiecentra.

Bij gebrek aan geschikte loonschalen van het paritair comité 330, is de berekening voor enkele personeelsleden echter gebaseerd op andere barema's:

- voor de directeur van de inrichting is de berekening gebaseerd op ofwel het barema A23 (voor een directeur die minder dan 9 jaar effectief directeur is van een geconventioneerde revalidatie-inrichting) ofwel het barema A31 (voor een directeur die minimum 9 jaar effectief directeur is van een geconventioneerde revalidatie-inrichting). Het betreft hier barema's zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 april 1995 tot vaststelling van de weddenschalen der aan verscheidene federale overheidsdiensten gemene graden.
- Voor de artsen van de inrichting is de berekening gebaseerd op het barema van adviserend geneesheer bij de verzekeringsinstellingen zoals vastgesteld in artikel 5, 1° van het koninklijk besluit van 22 oktober 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 35 van 20 juli 1967 houdende het statuut en het barema van de adviserend geneesheren die tot taak hebben bij de verzekeringsinstellingen in te staan voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidsverstrekkingen overeenkomstig de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe het betrokken personeel de voordelen die zijn voorzien in het kader van nieuwe collectieve arbeidsovereenkomsten die in het kader van het paritair comité 330 voor het ziekenhuispersoneel en voor de revalidatiecentra gesloten worden, toe te kennen, op voorwaarde dat de kosten ervan door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. geïntegreerd worden in het bedrag van het forfait.

§ 3. Het Verzekeringscomité verbindt zich er toe om toekomstige wijzigingen van de in § 1 vermelde barema's voor de directie en de artsen van de inrichting automatisch op te nemen in het revalidatieforfait en dit vanaf de datum dat de wijziging in voege treedt. Indien dergelijke wijzigingen toch pas later in het revalidatieforfait zouden opgenomen worden, zal een inhaalforfait worden voorzien.

De inrichting verbindt zich er toe om eventuele toekomstige loonsverhogingen die op die manier in het revalidatieforfait zouden worden opgenomen, effectief ook toe te passen voor de betrokken personeelsleden, eventueel via de uitbetaling van achterstallen.

Voor de directeur beoogt dit artikel alleen de wijzigingen van het barema zoals voorzien door het hoger vermeld koninklijk besluit van 10 april 1995 en voor de artsen alleen wijzigingen van het barema dat wordt vermeld in artikel 5, 1° van het hoger vermeld koninklijk besluit van 22 oktober 2006. De inrichting en/of haar directeur en/of haar artsen kunnen op basis van de bepalingen van dit artikel dan ook nooit aanspraak maken op de toepassing van andere onderdelen van de vergoeding of het statuut van het personeel

van de federale overheidsdiensten of van de adviserend geneesheer.

Het Verzekeringscomité behoudt al zijn rechten om in het kader van nieuwe of herziene revalidatieovereenkomsten bepaalde specifieke modaliteiten op te leggen met betrekking tot de bezoldiging van de directies en de artsen van de revalidatie-inrichtingen.

§ 4. De inrichting verbindt zich ertoe jaarlijks, uiterlijk op 31 maart, het door het Verzekeringscomité toegestane bedrag, bepaald per equivalent van in de loop van het voorgaande kalenderjaar vergoede forfait, te storten aan het Fonds voor de betaling van een syndicale premie in de Gezondheidssector.

§ 5. In geval een in het personeelskader van de inrichting voorziene functie contractueel vervuld wordt door een zelfstandige, verbindt de inrichting zich ertoe voor diens prestaties een honorarium te betalen dat minstens gelijk is aan de totale loonkost in geval van tewerkstelling op basis van een werknemersstatuut. De voornoemde totale loonkost omvat, naast de brutobezoldiging onder meer de toeslag voor onregelmatige uren, het vakantiegeld, alle premies en de patronale R.S.Z.-bijdragen, wetsverzekering... .

§ 6. Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. kan niet beschouwd worden als partij betrokken bij de contracten afgesloten tussen de inrichting en haar personeel.

Artikel 61. Het aandeel van de personeelskosten in de prijzen die zijn vastgesteld in de artikelen 25, 27 en 28, zal aan de realiteit aangepast worden, indien de werkelijke personeelsuitgaven, tengevolge van de evolutie van de anciënniteit van het werkelijk tewerkgestelde personeel, 1% hoger zouden komen te liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de prijzen.

De inrichting zal daartoe, in overleg met de Dienst voor geneeskundige verzorging, een volledig, geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier samenstellen dat aan het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité zal voorgelegd worden, samen met een wijzigingsclausule bij de overeenkomst, waardoor de in deze overeenkomst vastgestelde prijzen kunnen aangepast worden.

Het door de inrichting samen te stellen personeelskostendossier moet het model en de uitgangspunten volgen van de personeelskostenberekening die zich in bijlage bij deze overeenkomst bevindt, onder meer wat het aantal personeelsleden van de inrichting en hun kwalificatie betreft. Afwijkingen van deze uitgangspunten zijn alleen maar mogelijk als ze beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 58 § 2 of als ze het gevolg zijn van door het Verzekeringscomité toegepaste nieuwe C.A.O.'s of van wettelijk opgelegde maatregelen. In geen geval mag de actualisering van de personeelskosten op bepaalde punten tegenstrijdig zijn met de berekeningsprincipes die door de Dienst voor geneeskundige verzorging normalerwijze toegepast worden.

Een personeelskostendossier dat niet aan deze vereisten beantwoordt, zal door de Dienst voor geneeskundige verzorging als onontvankelijk worden beschouwd, wat aan de inrichting meegedeeld zal worden.

De aldus herberekende prijzen zullen van kracht worden de eerste dag van de maand volgend op de goedkeuring door het Verzekeringscomité en ten laatste op de eerste dag van de vierde maand volgend op de datum van ontvangst door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het volledig en nauwkeurig personeelsdossier.

Artikel 62. § 1. Bij elke aanvraag tot herberekening van de personeelskosten verbindt de inrichting zich er toe om telkens de volgende kosten die zij zelf op jaarbasis heeft in het kader van de revalidatieovereenkomst duidelijk en afzonderlijk op te geven en aan te tonen, of, indien de inrichting geen dergelijke kosten heeft, aan te geven waarom niet:

- 1) De kosten voor wetsverzekering en arbeidsgeneeskunde voor haar personeel.
- 2) De kosten voor sociaal secretariaat voor haar personeel. Indien gebeurlijk personeel van de inrichting zelf de taken van een sociaal secretariaat waarneemt, worden duidelijk en afzonderlijk het betrokken personeelslid of –leden opgegeven, evenals het gemiddeld aantal u/week dat (door elk van hen) aan deze taken besteed wordt.
- 3) De kosten voor haar boekhouding. Indien gebeurlijk personeel van de inrichting zelf de taken van boekhouder waarneemt, worden duidelijk en afzonderlijk het betrokken personeelslid of –leden opgegeven, evenals het gemiddeld aantal u/week dat (door elk van hen) aan deze taken besteed wordt.
- 4) De kosten voor allerlei wettelijke verplichtingen zoals preventie-adviseur, startbanen in organisaties met meer dan 50 werknemers, comité preventie en bescherming op het werk, ...

§ 2. De inrichting verbindt er zich ook toe bij elke aanvraag tot herberekening van de personeelskosten het gemiddeld aantal uren per week dat zij op jaarbasis besteedt voor de administratieve directie, het onthaal, het secretariaat en de (ondersteuning van) informatica op te geven, evenals voor het onderhoud.

§ 3. Geen enkele aanvraag tot herberekening zal onderzocht worden indien de in §§ 1 en 2 vermelde gegevens er niet in voorkomen.

Anderzijds zullen bij de opmaak van de herberekening alle in §§ 1 en 2 vermelde punten afzonderlijk vermeld worden indien er werkelijke personeels- of uitbestedingskosten tegenover staan die in het forfait worden opgenomen. De bepalingen van dit artikel verplichten het Verzekeringscomité echter niet om de opgegeven bedragen in het forfait op te nemen indien de opgegeven bedragen overdreven of niet-geobjectiveerd zijn of niet stroken met de algemene principes die bij de berekening van revalidatieforfaits worden gehanteerd.

Artikel 63. De inrichting verbindt zich ertoe elk personeelslid schriftelijk de verplichtingen mee te delen die vermeld zijn in artikel 60 en die betrekking hebben op zijn loon.

De inrichting bewaart de bewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V., waaruit blijkt dat het personeel kennis heeft genomen van deze verplichtingen.

De inrichting verleent de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. toestemming om elk personeelslid dat erom verzoekt, de beschikkingen mede te delen in verband met de berekeningswijze van diens loon die voortvloeien uit die verplichtingen.

VIII – B – Personeelsuitbreiding in het kader van het sociaal akkoord-2011

Artikel 64. Overeenkomstig de maatregel voor de creatie van nieuwe banen in de revalidatiesector, zoals voorzien in het sociaal akkoord-2011 voor de federale gezondheidssectoren dat voor de privésector op 4 februari 2011 tussen de werkgevers- en werknemersorganisaties van de gezondheidssector en de Regering is gesloten, kan een inrichting die geen deel uitmaakt van een ziekenhuis zijn personeelsequipe uitbreiden met een halftijdse functie (0,5 voltijds equivalenten, indien in artikel 60 § 1, voor de berekening van het loon van het personeel van de inrichting, verwezen wordt naar de loonschalen van het paritair comité 330) of met een kwart-tijdse functie (0,25 voltijds equivalenten, indien in artikel 60 § 1, voor de berekening van het loon van het personeel van de inrichting, niet verwezen wordt naar de loonschalen van het paritair comité 330).

Artikel 65. § 1. Om haar therapeutisch team te versterken, verbindt de inrichting zich ertoe om de in artikel 64 bedoelde uitbreiding te realiseren door het in artikel 64 voorziene aantal voltijdse equivalenten met een master in de psychologie aan te werven als loontrekkende en in de voormelde revalidatie-inrichting permanent tewerk te stellen in het kader van de activiteiten waarin de afgesloten revalidatieovereenkomst voorziet.

Dat aantal voltijdse equivalenten met een master in de psychologie mag - conform het bovenbedoelde sociaal akkoord - uitsluitend worden aangewend voor de creatie van nieuwe banen in de inrichting ; dit personeel moet derhalve worden toegevoegd aan de bestaande personeelsformatie van de overeenkomst.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe om in één keer, uiterlijk op 1 oktober 2012, het volledige aantal voltijdse equivalenten met een master in de psychologie (zoals bedoeld in § 1 van onderhavig artikel) aan te werven. Het is niet toegestaan om de aanwerving van dit aantal voltijdse equivalenten te spreiden in de tijd of om minder voltijdse equivalenten aan te werven dan wordt voorzien in artikel 64.

§ 3. Voor de berekening van de loonkost van de in § 1 bedoelde psycholoog wordt uitgegaan van de loonschaal van een master in de psychologie (rekening gehouden met de loonschalen die conform de bepalingen van artikel 60 § 1, op de inrichting van toepassing zijn), met nul jaar baremieke anciënniteit op het moment van de aanwerving.

Gedurende de eerste vijf jaar die volgen op de indiensttreding van die psycholoog in de instelling, moet de baremieke anciënniteit, die eventueel voor die functie in het kader van een toekomstige herberekening van de loonkosten in aanmerking kan worden genomen, een logische evolutie volgen, ervan uitgaande dat op de datum dat de in artikel 66 bedoelde prijsverhoging ingaat een psycholoog met nul jaar anciënniteit is aangeworven. Tijdens die periode van 5 jaar kan de anciënniteit waarmee voor die functie in het kader van een

toekomstige herberekening van de loonkosten rekening wordt gehouden, echter nooit de reële anciënniteit van de houder van die functie overschrijden.

Indien de inrichting (in het kader van voornoemd sociaal akkoord) een psycholoog met meer dan 0 jaar baremieke anciënniteit aanwerft of gedurende de eerste vijf jaar de (in het kader van voornoemd sociaal akkoord) aangeworven psycholoog met nul jaar baremieke anciënniteit vervangt door een andere psycholoog met een hogere anciënniteit dan de anciënniteit van de titularis van die functie op het moment van zijn vervanging, zal de inrichting bijgevolg zelf met eigen middelen de meerkost die de aanwerving van die specifieke psycholoog met zich meebrengt, moeten betalen.

In het kader van een toekomstige herberekening van de loonkosten die na die periode van vijf jaar wordt verricht, zal worden rekening gehouden met de reële anciënniteit van de psycholoog die op basis van de bedoelde tewerkstellingsmaatregel is aangeworven of met de reële anciënniteit van zijn vervanger.

§ 4. Indien de inrichting zou beslissen om de in § 1 bedoelde uren toe te kennen aan bepaalde leden van haar huidig therapeutisch team, moeten de uren in het kader van de tewerkstellingsmaatregel van het bovenbedoelde sociaal akkoord, in toekomstige berekeningen van de loonkost, gedurende de eerste vijf jaar, afzonderlijk worden vermeld van de uren die gewoonlijk door die personeelsleden worden gepresteerd. Voor de berekening van de loonkost van de uren die worden gepresteerd in het kader van de tewerkstellingsmaatregel, zal worden uitgegaan van nul jaar baremieke anciënniteit bij de aanwerving, met een logische evolutie gedurende de eerste vijf jaar.

§ 5. Een inrichting die over meerdere afdelingen beschikt waarop de overeenkomst betrekking heeft, kan de bijkomende tewerkstellingsuren hetzij aan één geconventioneerde afdeling van haar keuze toekennen, hetzij die uren over de verschillende geconventioneerde afdelingen verdelen.

§ 6. De in artikel 64 bedoelde uitbreiding van het personeelskader, brengt geen aanpassing met zich mee van de facturatiecapaciteit van de inrichting.

Artikel 66. Om de loonkost door de personeelsuitbreiding te financieren, zal de in artikel 25, § 2, vastgestelde forfaitprijs worden verhoogd met ### euro. Dit bedrag van de verhoging van het revalidatieforfait is volledig indexeerbaar en is gekoppeld aan de spilindex 117,27 van 1 februari 2012 (basis 2004).

Artikel 67. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV stelt de datum van de in artikel 66 bedoelde prijsverhoging vast, rekening houdende met de volgende bepalingen:

- De verhoging van de forfaitprijs mag nooit ingaan vóór de datum van indiensttreding van het in artikel 64 voorziene bijkomend personeel, rekening gehouden met de bepalingen van artikel 65 § 2;
- De prijsverhoging mag ten vroegste in werking treden op de eerste dag van de maand die volgt op de datum, waarop het RIZIV alle hieronder vermelde documenten heeft ontvangen:
 - een document, waarin wordt uitgelegd op welke manier de inrichting voldoet aan de bepalingen van artikel 65 (naam van de aangeworven persoon of personen; aantal arbeidsuren per aangeworven persoon; eventueel de nodige uitleg over de verhoging van het aantal uren van personen die al langer in het kader van de overeenkomst werken);
 - een kopie van de arbeidsovereenkomst van elke persoon die in het kader van de tewerkstellingsmaatregel werd aangeworven. Die arbeidsovereenkomst moet onder meer de volgende gegevens bevatten:
 - de naam van de aangeworven persoon;
 - de functie waarvoor de betrokken persoon is aangeworven;
 - de datum van de daadwerkelijke indiensttreding;
 - het aantal arbeidsuren per week ; alleen de uren van functies in het kader van de overeenkomst kunnen in aanmerking worden genomen.

Artikel 68. De diverse bepalingen van deze overeenkomst die betrekking hebben op het personeel of de personeelsequipe van de inrichting, gelden ook voor het personeel (halfzijdse of kwartzijdse master in de psychologie) waarmee de inrichting in het kader van het sociaal akkoord-2011 wordt uitgebreid.

Een inrichting die reeds vóór de inwerkingtreding van deze overeenkomst – op basis van een

wijzigingsclausule bij de vorige overeenkomst met de inrichting - is uitgebreid met een halftijdse of kwarttijdse master in de psychologie zoals hier bedoeld, komt op basis van deze overeenkomst niet opnieuw in aanmerking voor een dergelijke uitbreiding. De bepalingen van artikel 68 dienen echter wel nageleefd te worden door deze inrichting.

IX. – Engagement van de inrichting om zich op medisch prioritaire doelgroepen te richten

Artikel 69. § 1. Deze overeenkomst kadert, net als de vorige overeenkomst die op 1-1-2010 in werking getreden is, in de zogenaamde “reconversie van de NOK-PSY-revalidatiesector” (nu de Centra voor ambulante revalidatie ofwel C.A.R.) en vormt één van de stappen in het kader van die reconversie, naast andere stappen die al gezet zijn of nog gepland zijn.

Het doel van deze reconversie is te bewerkstelligen dat de C.A.R. zich geleidelijk aan méér gaan richten op medisch prioritaire doelgroepen waarvoor er zich belangrijke behandlungs- en revalidatienoden stellen (soms ook wachtlijsten) waaraan tot nu toe onvoldoende wordt tegemoetgekomen. Om het mogelijk te maken dat de C.A.R. aan deze medisch prioritaire doelgroepen een kwalitatief, evidence-based multidisciplinair revalidatieprogramma aanbieden, past onderhavige overeenkomst (in vergelijking met de vroegere overeenkomst) de werkingsmodaliteiten aan die op de inrichtingen van toepassing zijn en biedt ze, zoals ook al het geval was in de overeenkomst van 2010, ook mogelijkheden om de samenstelling van de equipes van de C.A.R. beter af te stemmen op de gewijzigde doelgroepen van de revalidatiecentra.

Iedere inrichting die deze overeenkomst ondertekent, verbindt zich er dan ook toe in te stappen in dit proces van reconversie en zich geleidelijk aan méér te richten op medisch prioritaire doelgroepen. Dit artikel 69 herneemt het meerjarenengagement dat de inrichtingen zijn aangegaan door de overeenkomst van 2010 af te sluiten. Door de onderhavige overeenkomst te ondertekenen, verbinden de inrichtingen zich ertoe om dit engagement verder uit te voeren, zoals bepaald in onderhavig artikel.

Om dit engagement te concretiseren, wordt enerzijds uitgegaan van het percentage patiënten met diverse taal- en leerstoornissen (randbegaafde patiënten inbegrepen)⁶ ten opzichte van het totaal aantal patiënten dat einde 2008 in de inrichting een revalidatieprogramma volgde. Einde 2008 bedroeg dit percentage voor de inrichting ##22##%.

Anderzijds wordt er uitgegaan van het percentage patiënten dat het revalidatieprogramma van groep 4 (complexe ontwikkelingsstoornissen) van onderhavige overeenkomst volgt, ten opzichte van het totaal aantal patiënten dat een revalidatieprogramma volgt in de inrichting. Deze groep 4 vervangt de groepen met diverse taal- en leerstoornissen uit de vroegere overeenkomst die tot 1-1-2010 van kracht was.

Met betrekking tot deze percentages, verbinden de inrichtingen zich tot het volgende :

1. Een inrichting van wie het patiëntenbestand einde 2008 minder dan 30 % revalidatiepatiënten telde met diverse taal- en leerstoornissen, verbindt er zich toe in het kader van onderhavige nieuwe overeenkomst, het percentage revalidatiepatiënten in groep 4 in alle jaren te beperken tot maximum het werkelijk percentage patiënten met taal- en leerstoornissen dat einde 2008 een revalidatieprogramma volgde in de inrichting. Dergelijke inrichting verbindt er zich dus toe om procentueel niet méér patiënten in groep 4 te revalideren dan ze einde 2008 patiënten met diverse taal- en leerstoornissen revalideerde. Gezien de wisselende toevloed van patiënten en pathologieën, kan voor deze inrichtingen evenwel aanvaard worden dat het percentage patiënten in groep 4 in een bepaald jaar toch wat hoger ligt dan het percentage met diverse taal- en leerstoornissen van einde 2008, mits de volgende beperkingen worden in acht genomen :
 - Een inrichting waarvan het (hoger vermelde) percentage patiënten met diverse taal- en leerstoornissen einde 2008 lager lag dan 10 %, mag in geen enkel jaar méér dan 15 % patiënten (van het totaal aantal gerevalideerde patiënten in het beschouwde jaar) revalideren in groep 4.
 - Een inrichting waarvan het (hoger vermelde) percentage patiënten met diverse taal- en leerstoornissen einde 2008 minimum 10 % bedroeg maar lager lag dan 20%, mag in geen enkel jaar méér dan 25 % patiënten (van het totaal aantal gerevalideerde patiënten in het beschouwde jaar) revalideren in groep 4.
 - Een inrichting waarvan het (hoger vermelde) percentage patiënten met diverse taal- en leerstoornissen einde 2008 minimum 20% bedroeg, mag in geen enkel jaar méér dan 30 % patiënten (van het totaal aantal gerevalideerde patiënten in het beschouwde jaar) revalideren in groep 4.
2. Een inrichting van wie het patiëntenbestand einde 2008 tussen 30 % en 36 % revalidatiepatiënten telde met diverse taal- en leerstoornissen, verbindt er zich toe het percentage revalidatiepatiënten in groep 4 geleidelijk te verminderen, zodat ze uiterlijk einde 2015 nog maximum 30 % patiënten in

⁶ Het betreft dus de groepen 9, 10A, 10B en 11 uit de vroegere NOK-overeenkomst en de groepen 8, 9A, 9B en 10 uit de vroegere PSY-overeenkomst.

groep 4 revalideert. Door de overeenkomst af te sluiten die op 1-1-2010 in werking getreden is, hebben deze inrichtingen zich verbonden om einde 2010 en einde 2011, nog respectievelijk maximum 35 % en maximum 34 % patiënten te revalideren in groep 4. Einde 2012, einde 2013 en einde 2014 mag een dergelijke inrichting nog respectievelijk maximum 33 %, 32 % en 31 % patiënten revalideren in groep 4.

3. Een inrichting van wie het patiëntenbestand einde 2008 tussen 36 % en 42 % revalidatiepatiënten telde met diverse taal- en leerstoornissen, verbindt er zich toe, het percentage revalidatiepatiënten in groep 4 geleidelijk te verminderen, zodat ze uiterlijk einde 2015 nog maximum 30 % patiënten in groep 4 revalideert. Door de overeenkomst af te sluiten die op 1-1-2010 in werking getreden is, hebben deze inrichtingen zich verbonden om einde 2010 en einde 2011, nog respectievelijk maximum 40 % en maximum 38 % patiënten te revalideren in groep 4. Einde 2012, einde 2013 en einde 2014 mag een dergelijke inrichting nog respectievelijk maximum 36 %, 34 % en 32 % patiënten revalideren in groep 4.
4. Een inrichting van wie het patiëntenbestand einde 2008 méér dan 42 % revalidatiepatiënten telde met diverse taal- en leerstoornissen, verbindt er zich toe, het percentage revalidatiepatiënten in groep 4 vanaf 2012, ieder jaar met minstens 3 % (van het totaal aantal gerevalideerde patiënten) te verminderen, en dit zolang het percentage patiënten in groep 4 hoger ligt dan 30 %. Door de overeenkomst af te sluiten die op 1-1-2010 in werking getreden is, hebben deze inrichtingen zich ertoe verbonden om ook in 2010 en 2011 reeds, het percentage patiënten in groep 4 met minstens 3% te verminderen ten opzichte van het percentage eind 2008.

Gelet op het hoger vermeld percentage patiënten met taal- en leerstoornissen dat de inrichting einde 2008 behandelde, is het hierboven vermelde engagement nummer *##1 of 2 of 3 of ###* op de inrichting van toepassing.

Om de vermelde percentages te berekenen, wordt louter rekening gehouden met enerzijds het aantal patiënten dat het revalidatieprogramma van groep 4 (complexe ontwikkelingsstoornissen) volgt en anderzijds het totaal aantal patiënten dat een revalidatieprogramma in de inrichting volgt. Met de patiënten voor wie in de inrichting een aanvangsbilan wordt opgemaakt, wordt geen rekening gehouden.

§ 2. Teneinde de naleving te kunnen nagaan van het in § 1 vermelde engagement om het aantal patiënten in groep 4 (complexe ontwikkelingsstoornissen) te beperken, zal de inrichting ieder jaar, vóór einde februari, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging het aantal patiënten meedelen voor wie op 31 december van het afgelopen jaar een revalidatieprogramma lopende was in de inrichting, en dit afzonderlijk voor iedere groep patiënten zoals vermeld in artikel 3.

De Dienst voor geneeskundige verzorging bepaalt, na overleg met de in artikel 70 bedoelde Akkoordraad, de wijze waarop deze gegevens moeten worden meegedeeld.

Worden in deze context geacht een revalidatieprogramma te volgen in de inrichting : alle patiënten waarvoor op 31 december (in het kader van de procedure bedoeld in de artikelen 33 tot en met 36 van deze overeenkomst):

- de tenlasteneming van het revalidatieprogramma is toegestaan door de adviserend geneesheer
- of waarvoor een aanvraag om tenlasteneming van het revalidatieprogramma is ingediend bij de adviserend geneesheer met als begindatum van de revalidatie uiterlijk 31 december

Worden evenwel niet geacht nog een revalidatieprogramma te volgen in de inrichting:

- de patiënten van wie het door de adviserend geneesheer toegestane revalidatieprogramma reeds is afgelopen op 31 december en voor wie geen aanvraag om verlenging van het revalidatieprogramma is ingediend of zal worden ingediend en voor wie het in artikel 36 bedoelde eindverslag uiterlijk op 31 januari naar de verwijzende arts is gestuurd
- de patiënten die het revalidatieprogramma van groep 1 tot en met 4, 5 tot en met 7, of 10 tot en met 13 volgen (groepen waarvoor in artikel 15 steeds een eenmalig contingent van een nader gespecificeerd aantal revalidatiezittingen is voorzien), mits er voor die patiënten in de periode vanaf 1 november tot en 31 januari geen enkele revalidatiezitting is gerealiseerd en er op 31 januari voor die patiënt ook geen plannen zijn om in de eerstvolgende maanden voor die patiënten revalidatiezittingen te realiseren.

§ 3. Indien een inrichting twee jaar na mekaar niet voldoet aan de beperkingen van het aan-

tal patiënten van groep 4 (complexe ontwikkelingsstoornissen) welke dit artikel beoogt, kan dit – nadat de inrichting de gelegenheid heeft gehad om de redenen hiervan toe te lichten - een motief vormen om deze overeenkomst op te zeggen. Voor de toepassing van de bepalingen van deze §3 wordt ook rekening gehouden met het aantal patiënten van groep 4 dat de inrichting in de jaren 2010 en 2011 gerevalideerd heeft. In deze jaren waren deze bepalingen namelijk ook al van kracht, in het kader van de overeenkomst die op 1-1-2010 in werking getreden is en die door de onderhavige overeenkomst vervangen wordt.

X. Akkoordraad

Artikel 70. §1. In het kader van deze overeenkomst wordt een Akkoordraad opgericht.

Deze Akkoordraad bestaat uit:

- enerzijds tien afgevaardigden namens alle C.A.R. die deze overeenkomst hebben afgesloten. Vijf van deze afgevaardigden dienen Nederlandstalige centra te vertegenwoordigen, de andere vijf Franstalige centra. Onder deze afgevaardigden dient zich minstens één vertegenwoordiger van een Nederlandstalig universitair C.A.R. en minstens één vertegenwoordiger van een Franstalig universitair C.A.R. te bevinden. De afgevaardigden die de inrichtingen binnen de Akkoordraad vertegenwoordigen, dienen ofwel in een C.A.R. werkzaam te zijn als directeur, verantwoordelijke geneesheer of therapeut, ofwel bestuurder te zijn van een C.A.R. Het komt de C.A.R. toe om onderling uit te maken wie hen in de Akkoordraad zal vertegenwoordigen, rekening gehouden met voormelde regels.
- anderzijds tien afgevaardigden van het College van geneesheren-directeurs.

Het voorzitterschap ervan wordt verzekerd door de Voorzitter van het College van geneesheren-directeurs. Het secretariaat ervan wordt verzekerd door de Dienst voor geneeskundige verzorging.

De Akkoordraad heeft onder meer tot doel:

1. jaarlijks een evaluatie op te maken van de bepalingen betreffende groep 4 (cf. artikel 3 en – wat de revalidatieduur betreft – artikel 15). Als dat op basis van die evaluatie zou aangewezen zijn, kan de Akkoordraad voorstellen formuleren tot aanpassing van de bepalingen betreffende groep 4 en tot aanpassing van artikel 69 dat het percentage patiënten van groep 4 beperkt.
2. de toepassing van deze overeenkomst en de vragen en problemen die zich in dit verband stellen, te bespreken. In deze context kan de Akkoordraad ook aanpassingen van de overeenkomst voorstellen in functie van een kwaliteitsvolle revalidatie van de beoogde rechthebbenden.
3. de voortgang van het proces tot reconversie zoals dit in artikel 69 omschreven is, op te volgen en te evalueren (wat uitmondt in een balans van de voortgang van het proces tot reconversie), en eventueel voorstellen voor nieuwe initiatieven op dit vlak uit te werken. Ter zake wordt echter niet uitgesloten dat bepaalde initiatieven in het kader van de reconversie die betrekking hebben op specifieke doelgroepen, besproken worden in werkgroepen waarin de geïnteresseerde revalidatiecentra vertegenwoordigd zijn.
Bij de opvolging en evaluatie van de voortgang van het proces tot reconversie, kan de Akkoordraad ook gebruik maken van andere methodes dan de methode die is vermeld in artikel 69 § 2. Zo kan de Akkoordraad nagaan (op basis van de in artikel 72 bedoelde productiecijfers en rekening gehouden met het gewicht dat iedere soort revalidatiezitting krachtens artikel 41 van deze overeenkomst vertegenwoordigt in de facturatiecapaciteit van de inrichting) welk procentueel aandeel de revalidatiezittingen (met uitsluiting van bilanzittingen) voor patiënten van groep 4 (complexe ontwikkelingsstoornissen) vertegenwoordigen in het geheel van de revalidatiezittingen (met uitsluiting van bilanzittingen). Vertrekkende van de toestand van einde 2008, zou dit aandeel - in het kader van een geslaagde reconversie - niet hoger mogen liggen dan het procentueel aandeel van de patiënten van groep 4 in de totale populatie revalidatiepatiënten. Om na te gaan of iedere inrichting afzonderlijk zijn contractueel engagement tot reconversie nakomt, zal echter alleen gebruik worden gemaakt van de methode die is vermeld in artikel 69 § 2.
4. voorstellen uit te werken voor het actualiseren van de in artikel 4 van onderhavige overeenkomst bedoelde limitatieve lijst van testen.
5. de effecten te evalueren van de invoering van de groep 20 'vermoedensdiagnose'
6. het verbeteren van de in artikel 16 bedoelde synoptische fiches (in overleg met de autismereferentiecentra en de CP-referentiecentra voor zover de fiches respectievelijk betrekking hebben op de groepen 3 en 14) en het uitwerken van gelijkaardige fiches voor de andere in artikel 3 gedefinieerde groepen waarop de bedoelde fiche geen betrekking heeft. De inrichtingen die deze overeenkomst afsluiten verbinden zich ertoe de door hen verstrekte revalidatieprogramma's te organiseren overeenkomstig de principes van de verbeterde fiche en van de fiches voor de andere groepen die worden uitgewerkt door de Akkoordraad, ook al maken die fiches formeel geen deel uit van deze overeenkomst.
7. voorstellen uit te werken omtrent de samenwerkingsmodaliteiten zoals bedoeld in artikel 18, §§ 4 en 8, met de autismereferentiecentra en de CP-referentiecentra
8. de uitvoering en uitvoerbaarheid te evalueren van de voorwaarden waaraan volgens artikel 18 voldaan dient te zijn om vanaf 1-4-2015 nog een revalidatieprogramma te kunnen aanbieden aan de in dat artikel vermelde groepen en uiterlijk tegen juni 2014, voorstellen uit te werken met betrekking tot de versterking van de medische omkadering van de C.A.R. en met betrekking tot de vergoeding van de artsen die werkzaam zijn in een C.A.R. (via nomenclatuur, via een hoger barema, ...)
9. in het kader van de reconversie, voorstellen uit te werken met betrekking tot het opnemen in de overeenkomst van eventuele nieuwe doelgroepen die voor revalidatie in een C.A.R. in aanmerking komen

§2. De Akkoordraad vergadert op vraag van de Voorzitter van het College van geneesheren-directeurs of op vraag van minstens 1/3^{de} van zijn leden (vertegenwoordigers van de revalidatieinrichtingen).

§3. Binnen het kader van de Akkoordraad kunnen werkgroepen worden opgericht die op vraag van de Akkoordraad bepaalde voorstellen uitwerken. Die werkgroepen kunnen een andere samenstelling hebben dan de samenstelling van de Akkoordraad.

Gezien de specificiteit van die opdracht, wordt een werkgroep opgericht die tot taak heeft om voorstellen uit te werken voor het actualiseren van de in artikel 4 van onderhavige overeenkomst bedoelde limitatieve lijst van testen. Van de vertegenwoordigers van de C.A.R. in die werkgroep wordt verwacht dat ze voor iedere in artikel 3 vermelde stoornis voorstellen doen met betrekking tot de testen die kunnen worden aangevend om die stoornis te objectiveren. In deze werkgroep kunnen ook vertegenwoordigers van de overeenkomstencommissie met de logopedisten worden opgenomen, teneinde te komen tot de in artikel 4 van onderhavige overeenkomst beoogde uniformiteit voor bepaalde testen.

XI - ANDERE MEDISCH-ADMINISTRATIEVE EN BOEKHOUDKUNDIGE VERPLICHTINGEN

Artikel 71. De inrichting verbindt zich ertoe aan het College van geneesheren-directeurs, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. en aan de verzekeringsinstellingen alle inlichtingen te verschaffen betreffende enerzijds de controle op de naleving van de therapeutische en financiële aspecten van deze overeenkomst en anderzijds op de werking van deze overeenkomst kaderend in het algemeen beheer van overeenkomsten voorzien in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (met inachtneming van het medisch geheim).

Artikel 72. § 1. De inrichting houdt dagelijks een aanwezigheidsregister bij - waarvan het model bepaald is door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. - waarop voor elke openingsdag van de inrichting de identiteit vermeld wordt van alle rechthebbenden aanwezig binnen het in artikel 57 bedoelde uurrooster alsmede de reden van hun aanwezigheid (welke zitting voorzien in punt IV werd verricht voor deze rechthebbende).

§ 2. De inrichting dient door middel van een systeem van volledige registratie, *begin en einde (in uren en minuten) van (onderdelen van) zittingen en namen van de respectieve prestatieverleners inbegrepen*, te bewijzen op welke manier elke revalidatiezitting, vermeld in het in § 1 bedoelde register is uitgevoerd. De inrichting verbindt zich er toe de revalidatieverstrekingen terug te betalen die in rekening gebracht werden bij een verzekeringsinstelling en voor dewelke een geneesheer-inspecteur van de Dienst geneeskundige evaluatie en controle heeft vastgesteld dat het bovenvermelde bewijs niet kon geleverd worden.

§ 3. Het in § 1 bedoelde aanwezigheidsregister vormt de basis voor de productiecijfers, waarmee wordt bedoeld: het aantal gepresteerde forfaits (per soort) vermenigvuldigd met hun respectievelijke prijs.

De inrichting verbindt er zich toe vóór het einde van de maand die volgt op het einde van ieder trimester, de productiecijfers betreffende dit trimester over te maken aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan te allen tijde modaliteiten opleggen volgens dewelke deze productiecijfers moeten worden opgemaakt en overgemaakt aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

§ 4. De inrichting verbindt er zich toe op vraag van de Dienst voor geneeskundige verzorging of de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV de in § 1 bedoelde aanwezigheidsregisters voor te leggen om de doorgestuurde productiecijfers te staven. Het opzettelijk overmaken van verkeerde productiecijfers zal aanleiding geven tot de ambtshalve opschorting van betaling door de verzekeringsinstellingen in het kader van deze overeenkomst.

Bij het niet nakomen van de verplichting om de in § 1 bedoelde aanwezigheidsregisters correct in te vullen, worden bij een eerste inbreuk de verstrekkingen die gerealiseerd zijn op de dag dat de inbreuk werd vastgesteld, niet vergoed. Bij een tweede inbreuk zal geen enkele verstrekking worden vergoed voor de dagen waarvoor het aanwezigheidsregister niet correct werd ingevuld.

Indien voor een bepaald trimester de productiecijfers niet worden overgemaakt vóór het einde van de maand die volgt op het einde van dat trimester, wordt de inrichting, per aangetekend schrijven, aan haar verplichting ter zake herinnerd. Indien binnen de 30 kalenderdagen na het versturen van dit aangetekend schrijven de productiecijfers nog niet worden overgemaakt, worden de betalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van de onderhavige overeenkomst, ambtshalve opgeschort.

§ 5. Het niet nakomen van de in de §§ 1, 2 en 3 van dit artikel vermelde verplichtingen wordt als een zware fout beschouwd. De maatregelen die vastgesteld zijn in § 4 van dit artikel, beperken in geen geval het recht van het Verzekeringscomité om eventueel andere nuttig geachte maatregelen te nemen, net zoals het dat ook kan in alle andere gevallen waarin is vastgesteld dat de verplichtingen waarin is voorzien in deze overeenkomst of in de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, niet zijn nagekomen.

§ 6. De inrichting verbindt zich ertoe de verstrekkingen waarvoor de verzekeringstegevoetkoming wordt geweigerd op grond van de bepalingen van § 2 en § 4 van dit artikel, niet aan te rekenen aan de rechthebbende.

Artikel 73. § 1. De inrichting verbindt zich ertoe om :

- per voltijdse therapeut minimum het equivalent van 15 werkuren/jaar vorming te voorzien;
- per voltijdse therapeut minimum het equivalent van 1u/week teamvergadering (= minimum 2 therapeuten van 2 verschillende disciplines) te voorzien, gewijd aan de bespreking van de rechthebbenden en de coördinatie van hun revalidatie. In de regel is ook een arts van de inrichting aanwezig op elke teamvergadering. In geen geval kunnen na een teamvergadering wijzigingen in het therapeutisch programma van een rechthebbende worden doorgevoerd zonder dat de arts van de inrichting die de revalidatie van de rechthebbende opvolgt (het betreft hier in de regel de arts die het in artikel 34 van deze overeenkomst bedoelde medisch verslag heeft ondertekend), daarover geïnformeerd werd en er schriftelijk zijn goedkeuring aan gaf.

De vorming die iedere therapeut geniet en de tijd die besteed wordt aan teamvergaderingen, moet worden opgenomen in het in artikel 72, § 2, bedoelde systeem van volledige registratie.

§ 2. In het dossier van de rechthebbende moet een verslag bewaard worden van elke bespreking op een teamvergadering waarbij minimum 2 therapeuten van 2 verschillende disciplines (en in de regel ook een geneesheer van de inrichting) betrokken zijn, en in voorkomend geval de door de arts van de inrichting die de revalidatie van de rechthebbende opvolgt, mede bekrachtigde wijziging in het revalidatieprogramma.

Artikel 74. De inrichting verbindt zich ertoe alle afgevaardigden van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. en van de verzekeringsinstellingen toe te staan alle bezoeken af te leggen die zij nuttig achten voor de vervulling van hun taak.

Artikel 75. § 1. De inrichtende macht van de inrichting verbindt zich ertoe een boekhouding te voeren die een overzicht geeft van al haar inkomsten en uitgaven.

Het voeren van deze boekhouding dient zo veel mogelijk te gebeuren conform de door het Verzekeringscomité goedgekeurde boekhoudkundige richtlijnen voor de revalidatie-inrichtingen, onder meer wat de minimumindeling van het rekeningenstelsel en de gehanteerde afschrijvingstermijnen voor investeringen betreft.

Indien de inrichtende macht, naast de revalidatie-activiteiten van de inrichting, ook nog andere activiteiten ontwikkelt, dient de gevoerde boekhouding het mogelijk te maken de afzonderlijke kostprijs van de revalidatie-activiteiten na te gaan. Daartoe kunnen de revalidatie-activiteiten als een afzonderlijke kostenrubriek worden beschouwd ; ook kunnen eventueel binnen het rekeningenstelsel afzonderlijke rekeningen worden gebruikt voor de activiteiten binnen het kader van de overeenkomst en voor de activiteiten buiten het kader van de overeenkomst.

De jaarlijks, op basis van de voorgeschreven modellen, op te maken balans en resultatenrekening dienen binnen de zes maanden na het afsluiten van het boekjaar, dat telkens aanvangt op 1 januari en eindigt op 31 december, naar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV worden gestuurd. Indien de inrichtende macht, naast de revalidatie-activiteiten van de inrichting, ook nog andere activiteiten ontwikkelt, dient hierbij tevens een overzicht van inkomsten en uitgaven te worden gevoegd dat louter betrekking heeft op de revalidatie-activiteiten van de inrichting ; de Dienst voor geneeskundige verzorging kan voor het opmaken van dit overzicht ten allen tijde een eenvormig model opleggen.

In bijlage bij deze documenten dient een gedetailleerde overzichtstabel te worden gevoegd met betrekking tot het door de inrichting tewerkgestelde personeel, opgesteld conform de instructies van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe iedere personeelskostenpost die in artikel 62, §§ 1 en 2, wordt vermeld, duidelijk en nominatief aan te geven in haar resultatenrekening of minstens in de toelichting daarbij, ook wanneer sommige van die kosten voor het betrokken jaar 0,00 EUR zouden bedragen.

§ 3. De inrichting verbindt zich er ook toe in haar resultatenrekening of minstens in de toelichting daarbij, afzonderlijk en nominatief minstens volgende kostenposten te vermelden, ook wanneer sommige ervan voor het betrokken jaar 0,00 EUR zouden bedragen:

- kosten voor vorming en studiedagen van haar personeel,
- kosten voor lidgelden,
- kosten voor bibliotheek en abonnementen,

- representatiekosten,
- de kosten voor therapeutisch materiaal,
- kosten voor verbruiksmateriaal voor de werking van de inrichting,
- kosten voor materiaal voor onderhoud,
- kosten voor telefoon,
- kosten voor elektriciteit,
- kosten voor water,
- kosten voor (brandstof voor) de verwarming,
- uitzonderlijke kosten.

Deze kosten zullen worden toegelicht volgens het schema zoals opgemaakt door de Dienst voor geneeskundige verzorging.

§ 4. Indien de boekhoudkundige documenten, opgemaakt conform de hierboven bedoelde instructies, niet worden overgemaakt vóór het einde van de zesde maand die volgt op het afsluiten van het boekjaar, wordt de inrichting, per aangetekend schrijven, aan haar verplichting terzake herinnerd. Indien binnen de 30 kalenderdagen na het versturen van dit aangetekend schrijven deze documenten nog niet worden overgemaakt, worden de betalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van deze overeenkomst, ambtshalve opgeschort.

§ 5. De inrichting moet de bewijsstukken van de inkomsten en uitgaven gedurende 10 jaar bewaren.

§ 6. De gevoerde boekhouding dient steeds toegankelijk te zijn voor de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

XII – OVERGANGSBEPALINGEN

Artikel 76. § 1. Elke individuele beslissing inzake de terugbetaling van revalidatieverstrekkingen die door de adviserend geneesheer genomen is in het kader van de vorige overeenkomst die tot en met 30 april 2012 van kracht is, blijft van toepassing tot op de vervaldag voorzien bij deze individuele beslissing.

§ 2. Elke individuele aanvraag om tenlasteneming van de revalidatieverstrekkingen die door de adviserend geneesheer uiterlijk op 30 april 2012 ontvangen wordt, wordt beoordeeld op basis van de bepalingen van de overeenkomst die tot en met 30 april 2012 van toepassing is.

§ 3. Elke individuele aanvraag om tenlasteneming van de revalidatieverstrekkingen die door de adviserend geneesheer vanaf 1 mei 2012 ontvangen wordt, wordt beoordeeld op basis van de bepalingen van onderhavige overeenkomst.

Indien een aanvraag die vanaf 1 mei 2012 door de adviserend geneesheer ontvangen wordt, de verlenging betreft van een revalidatieperiode die initieel is toegestaan in het kader van een vorige overeenkomst met de Centra voor ambulante revalidatie (voordien N.O.K- of P.S.Y.-centra):

- worden rechthebbenden die in het kader van een vorige overeenkomst behoorden tot groep 1 of 1bis, beschouwd als rechthebbenden van groep 1 van de onderhavige overeenkomst, zelfs als ze niet zouden beantwoorden aan de (in artikel 3 vermelde) criteria voor groep 1 van onderhavige overeenkomst;
- worden de in het kader van onderhavige overeenkomst nieuwe bepalingen van artikel 3 en 8, in verband met de verwijzer van de rechthebbenden, niet toegepast bij de beoordeling van deze aanvragen;
- worden de bepalingen van artikel 3 van onderhavige overeenkomst volgens de welke het totaal intelligentiequotiënt van rechthebbenden van de groepen 2 en 4 ten laatste op de dag vóór de zevende verjaardag dient vastgesteld te worden, pas toegepast bij de beoordeling van de aanvragen die vanaf 1 november 2012 door de adviserend geneesheer ontvangen worden en worden deze bepalingen niet toegepast op aanvragen die betrekking hebben op rechthebbenden die op 1 november 2012 hun zevende verjaardag al bereikt hebben.
- zal aan rechthebbenden van groep 5 die in het kader van een vorige overeenkomst hun revalidatie in deze groep hebben aangevat vóór de 9de verjaardag, conform artikel 15 § 1 een éénmalig contingent van zittingen worden toegekend van 432 zittingen, verminderd met de zittingen die de rechthebbende reeds genoten heeft in groep 5 of in verwante groepen zoals bedoeld in artikel 15 § 4.

§ 4. Deze paragraaf heeft betrekking op de eerste aanvragen die de adviserend geneesheer vanaf 1 mei 2012 ontvangt voor de verlenging van een periode van tenlasteneming van revalidatieverstrekkingen van een rechthebbende die in het kader van een vorige overeenkomst met de C.A.R. (toenmalige N.O.K- of P.S.Y.-centra) is toegestaan in een groep waarvoor in het kader van die vorige overeenkomst een maximale revalidatieduur voorzien was en waarvoor in artikel 15 van de onderhavige overeenkomst een éénmalig contingent aan zittingen voorzien is. In dit geval zal aan de rechthebbende in kwestie een éénmalig contingent van revalidatiezittingen worden toegekend, conform de bepalingen van onderhavige overeenkomst.

De volgende rechthebbenden komen in aanmerking voor de toekenning van een éénmalig contingent van revalidatiezittingen:

- de rechthebbenden die behoorden tot groep 2 van de vorige C.A.R.-overeenkomst, groep 7 van de vroegere N.O.K.-overeenkomst of groep 2 van de vroegere P.S.Y.-overeenkomst. Deze rechthebbenden worden beschouwd als rechthebbenden die behoren tot groep 2 van de onderhavige overeenkomst, zelfs als ze niet zouden beantwoorden aan de (in artikel 3 vermelde) criteria voor groep 2 van onderhavige overeenkomst.
- de rechthebbenden die behoorden tot groep 3 van de vorige C.A.R.-overeenkomst, groep 8 van de vroegere N.O.K.-overeenkomst of groep 3 van de vroegere P.S.Y.-overeenkomst. Deze rechthebbenden worden beschouwd als rechthebbenden die behoren tot groep 3 van de onderhavige overeenkomst.
- de rechthebbenden die behoorden tot groep 10A of 10B van de vroegere N.O.K.-overeenkomst of groep 9A of 9B van de vroegere P.S.Y.-overeenkomst én waaraan nog geen éénmalig contingent van revalidatiezittingen is toegekend in het kader van de vorige C.A.R.-overeenkomst. Deze rechthebbenden worden beschouwd als rechthebbenden die behoren tot groep 4 van de onderhavige overeenkomst, zelfs als ze niet zouden beantwoorden aan de (in artikel 3 vermelde) criteria voor groep 4 van onderhavige overeenkomst.
- de rechthebbenden die behoorden tot groep 6 van de vorige C.A.R.-overeenkomst, groep 13 van de vroegere N.O.K.-overeenkomst of groep 12 van de vroegere P.S.Y.-overeenkomst. Deze rechthebbenden worden beschouwd als rechthebbenden die behoren tot groep 6 van de onderhavige overeenkomst, zelfs als ze niet zouden beantwoorden aan de (in artikel 3 vermelde) criteria voor groep 6 van onderhavige overeenkomst.

- de rechthebbenden die behoorden tot groep 10 van de vorige C.A.R.-overeenkomst of groep 5 van de vroegere N.O.K.-overeenkomst. Deze rechthebbenden worden beschouwd als rechthebbenden die behoren tot groep 10 van de onderhavige overeenkomst, zelfs als ze niet zouden beantwoorden aan de (in artikel 3 vermelde) criteria voor groep 10 van onderhavige overeenkomst.
- de rechthebbenden die behoorden tot groep 11 van de vorige C.A.R.-overeenkomst of groep 6 van de vroegere N.O.K.-overeenkomst. Deze rechthebbenden worden beschouwd als rechthebbenden die behoren tot groep 11 van de onderhavige overeenkomst, zelfs als ze niet zouden beantwoorden aan de (in artikel 3 vermelde) criteria voor groep 11 van onderhavige overeenkomst.

Rechthebbenden die in het kader van een vorige overeenkomst behoorden tot één van de voormelde groepen waarvoor in een vorige overeenkomst voorzien was dat de revalidatieperiode kon onderbroken worden, komen eveneens in aanmerking voor de toekenning van een éénmalig contingent van revalidatieverstrekingen, als ze ná een onderbreking van hun revalidatieperiode (onderbreking die ingaat op een datum vóór 1 mei 2012), hun revalidatieperiode hervatten op een datum ná 1 mei 2012.

Om voor de toekenning van een contingent aan revalidatiezittingen in aanmerking te komen, moet bovendien aan alle hierna vermelde voorwaarden zijn voldaan:

- de rechthebbende heeft op 1 mei 2012 de volledige revalidatieperiode waarop hij kon aanspraak maken in het kader van de vorige overeenkomst(-en), nog niet uitgeput.
- voor een dergelijke rechthebbende zijn vóór 1 mei 2012 al effectief revalidatiezittingen gerealiseerd buiten het kader van een aanvangsbilan en binnen het kader van een tenlastegenomen revalidatieperiode.

Het éénmalig contingent aan zittingen dat kan worden toegekend aan een rechthebbenden die hiervoor volgens deze § 4 in aanmerking komt, is het contingent aan zittingen dat onderhavige overeenkomst voorziet voor de groep waartoe ze volgens deze § 4 behoren, verminderd met het aantal zittingen dat de rechthebbende reeds genoten heeft in de in deze § vermelde groepen waartoe de rechthebbende voordien behoorde (ongeacht of deze zittingen reeds gefactureerd zijn of niet).

Voor de rechthebbenden die volgens deze §4 behoren tot de groepen 2, 3 en 4 van de onderhavige overeenkomst, worden voor de bepaling van het éénmalig contingent aan zittingen eveneens de zittingen in mindering gebracht die de rechthebbende reeds genoten heeft in een verwante groep van deze groepen. Al de volgende groepen worden terzake als verwante groepen beschouwd: de groepen 2, 3, 4, 5 en 12 van de C.A.R.-overeenkomst; de groepen 7, 8, 9, 10A, 10B, 11 en 12 van de vroegere N.O.K.-overeenkomsten en de groepen 2, 3, 4, 8, 9A, 9B, 10 en 11 van de vroegere P.S.Y.-overeenkomsten.

§ 5. In afwijking van de bepalingen van § 4, zal evenwel een eenmalig kapitaal van 144 zittingen worden toegekend voor een rechthebbende die aan alle voorwaarden van § 4 beantwoordt en die daarenboven aan alle hierna vermelde voorwaarden beantwoordt:

- krachtens de bepalingen van een vroegere overeenkomst, zou de rechthebbende op de einddatum van de laatste periode van tenlasteneming van de revalidatie die in het kader van een vroegere overeenkomst effectief door de adviserend geneesheer werd toegestaan, nog aanspraak kunnen maken op de verlenging van de eerder toegestane periode van tenlasteneming van de revalidatie, met een termijn van minstens één jaar;
- op basis van de bepalingen van § 4 van dit artikel, zou de rechthebbende nog slechts aanspraak kunnen maken op een kapitaal van minder dan 144 zittingen.

§ 6. De rechthebbenden waaraan overeenkomstig §§ 4 en 5 een éénmalig contingent van revalidatiezittingen in groep 4 wordt toegekend, worden mee verrekend om na te gaan of de inrichting zich houdt aan de bepalingen van artikel 69 om het aantal rechthebbenden van groep 4 (complexe ontwikkelingsstoornissen) te beperken.

XIII - ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 77. De inrichting verbindt zich ertoe alle nuttige maatregelen te nemen op het vlak van de brandveiligheid; zij blijft daartoe bestendig in contact met een bevoegde dienst en voert de door die dienst opgelegde maatregelen en werken onmiddellijk uit.

*** dit artikel is alleen in te voegen voor de inrichtingen die niet gelegen zijn in een ziekenhuis *******

Artikel 78. § 1. De revalidatieactiviteiten die deze overeenkomst vergoedt, kunnen door de inrichting op verschillende sites van de inrichting aangeboden worden, mits op iedere site van de inrichting aan alle voorwaarden van de overeenkomst wordt voldaan. Zo moet onder meer de aanwezigheid van de arts op iedere site voldoen aan de voorwaarden van de artikelen 12 § 1, 24 § 3, 27 § 5, 28 § 5 en 73, rekening gehouden met het aantal bilanzittingen en gewone revalidatiezittingen dat werkelijk op die site wordt gerealiseerd. Indien de inrichting op meerdere sites een revalidatieprogramma wil aanbieden aan een doelgroep waarvoor in artikel 18 specifieke voorwaarden worden vastgesteld, moet de inrichting tevens op iedere site afzonderlijk voldoen aan de voorwaarden inzake niet-medische omkadering die in voorkomend geval voor die doelgroep in artikel 18 zijn vastgesteld.

Buiten deze beperkingen die de overeenkomst oplegt, kan de inrichting wel autonoom verschuivingen doorvoeren wat het aantal bilanzittingen en gewone revalidatiezittingen betreft dat op iedere site wordt gerealiseerd en wat het personeel betreft dat op iedere site wordt tewerkgesteld. Als de inrichting dat opportuun acht, kan ze binnen het kader van één enkele overeenkomst ook verschillende afdelingen uitbouwen, om zo bijvoorbeeld te komen tot specifieke afdelingen voor bepaalde groepen die in artikel 3 worden vermeld.

De sites waarop de inrichting haar revalidatieactiviteiten aanbiedt, worden vermeld in de aanhef (preambule) van deze overeenkomst. Indien de inrichting – na het sluiten van deze overeenkomst – haar activiteiten ook op een site die in een andere gemeente gelegen is, zou willen aanbieden of in een gemeente haar enige site zou willen sluiten, is dit alleen mogelijk mits voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van het College van geneesheren-directeurs.

§ 2. Deze overeenkomst wordt slechts één keer met een zelfde inrichtende macht gesloten, tenzij de inrichtende macht over C.A.R. in verschillende gemeenten beschikt en er de voorkeur aan geeft voor ieder C.A.R. een afzonderlijke overeenkomst te sluiten.

Artikel 79. § 1. Deze overeenkomst, opgemaakt in twee exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op 1 mei 2012.

§ 2. Deze overeenkomst geldt voor een onbepaalde duur maar kan steeds door één van beide partijen worden beëindigd met een ter post aangetekende brief die aan de andere partij wordt gericht, mits inachtneming van een opzeggingstermijn van 3 maanden die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van de aangetekende brief.

§ 3. De hierna opgesomde bijlagen bij deze overeenkomst maken, binnen de door de artikelen van de overeenkomst bepaalde grenzen, een integrerend deel daarvan uit. De artikelen van de overeenkomst primeren echter steeds op de bijlage.

Bijlage 1: Samenstelling van de prijs van een individuele zitting

Bijlage 2: Synoptische fiche voor de groepen 2, 3, 4, 5 en 12

Bijlage 3: Synoptische fiche voor de groep 1

Voor #« 5» die de inrichting #« 1» « 2» beheert
(handtekeningen)

De Voorzitter van de Inrichtende Macht

#« 23»

De Administratief Verantwoordelijke van de inrichting

#« 24»

De Medisch Verantwoordelijke van de inrichting

#« 22»

Voor het Comité van de verzekering voor geneeskun-
dige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en
invaliditeitsverzekering:
Brussel,

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER,
Directeur-generaal.

BIJLAGE 2: Synoptische fiche voor de groepen 2, 3, 4, 5 en 12



Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie v.z.w.
Fédération des Centres de Réadaptation Ambulatoire a.s.b.l.
Föderation der Ambulanten Rehabilitationszentren v.o.e.



verenigd in het **Overlegplatform Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR)**

contactpersoon: Jean-Marie De Bosscher – jmdeboscher@desteijger.be

contactadres : Kerkham 3, 9070 Destelbergen.

**Beknopt overzicht van de diagnostiek en behandeling
van de gemeenschappelijke doelgroepen
van de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) ¹
versie 2011 09 21**

¹ Dit is een consensustekst van de koepelorganisaties van de CAR. Hij is mede gebaseerd op de teksten van de werkgroepen 'ASS' en 'ADHD', opgericht op vraag van het RIZIV (2008) in het kader van de reconversie van de CAR en op de brief van de voorzitters van deze werkgroepen aan het College (16/02/2009)

Inhoud

1. Inleiding
2. Beknopt overzicht van het revalidatiebilan
 - 2.1. Beschrijving van de inhoud
 - 2.1.1. De categoriale diagnose
 - 2.1.2. De functionele diagnose
 - 2.1.3. Het behandelplan
 - 2.2. Beschrijving van het proces
3. Beknopt overzicht van de behandeling
 - 3.1. Doelstellingen
 - 3.2. Basisprincipes
 - 3.3. Revalidatieduur
 - 3.4. Het beëindigen van de revalidatie
4. Beknopt overzicht van de samenstelling en taken van het revalidatieteam
5. Bijlagen
 - 1.Revalidatieaanbod
 - 2.Biopsychosociaal model (ICF)
 - 3.Revalidatiecyclus

1. Inleiding:

- Wat verstaan we onder “revalidatie”?

Revalidatie is “een proces van interdisciplinaire diagnostische en therapeutische interventies gericht op personen met een stoornis en hun omgeving” (Maes, 1999). Revalidatie heeft als doel om de persoon adequater te laten functioneren in de verschillende contexten en de omgeving beter af te stemmen op de specifieke noden van de persoon (Maes, 1999).

Meer specifiek bestaat de opdracht van de CAR uit de integrale behandeling van personen bij wie functionele stoornissen aanleiding geven tot ernstige beperkingen (moeilijkheden met het uitvoeren van activiteiten) en tot ernstige participatieproblemen (moeilijkheden met deelname aan het maatschappelijk leven).

Het zorgaanbod van de CAR bestaat uit de intensieve, “breedspectrum”-zorg van een multidisciplinair team dat de medische, psychologische, sociale en paramedische zorg integreert².

- Wat verstaan we onder “gemeenschappelijke doelgroepen”?

Onderstaande doelgroepen worden als gemeenschappelijk beschouwd omdat de strikte afbakening van subgroepen op basis van categoriale diagnostiek een oversimplificatie van de realiteit van psychopathologie bij deze kinderen en jongeren inhoudt: er is immers zowel een hoge mate van comorbiditeit als een grote variabiliteit in verschijningsvorm. Bovendien gaat ondanks de verschillende verschijningsvormen de aanpak van de stoornissen uit van enkele gemeenschappelijke basisprincipes.

We kunnen, gebruik makend van de terminologie en indeling in de huidige conventie, volgende subgroepen onderscheiden, waarbij we ter verduidelijking verwijzen naar de ICD-10-codes :

- *mentale handicap* (ICD-10-codes F70-F71)
- *pervasieve ontwikkelingsstoornissen* (ICD-10-codes F84.0-5)
- *complexe ontwikkelingsstoornissen*: kinderen en jongeren met stoornissen in minstens twee van de volgende zes ontwikkelingsdomeinen:
 - de gesproken taal en/of op het vlak van de schoolse vaardigheden (ICD10-codes: F80.1-2, F81.0-3)
 - de motoriek (ICD-10-code F82))
 - de aandacht en/of het geheugen en/of de executieve functies
 - het psychosociale
 - de auditieve en/of visuele perceptie
 - het visuospatieel functioneren
- *hyperkinetische stoornissen* (ICD-10- codes F90.0-1)
- *ernstige gedragsstoornissen gekenmerkt door een geheel van dissociale, agressieve of provocerende gedragingen* (ICD-10-codes F91)

² Zie voor een schematisch overzicht bijlage “Het revalidatie-aanbod”

2. Beknopt overzicht van het revalidatiebilan

Dit overzicht bevat de beschrijving van de bilaninhoud enerzijds en van het bilanproces anderzijds.

2.1. Beschrijving van de inhoud:

Het bilan bevat 3 onderdelen:

- de categoriale diagnose
- de functionele diagnose
- het behandelplan

2.1.1. De **categoriale diagnose**:

Hiervoor gelden de diagnostische richtlijnen opgenomen in de ICD-10. We onderscheiden hierbij *algemene, specifieke en aanvullende richtlijnen*.

De algemene richtlijnen kan men als volgt samenvatten:

- zoveel mogelijk gebruik maken van gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten en -procedures
- hanteren van een holistische visie:
 - exploreren van alle belangrijke informatiebronnen
 - differentieel diagnosticeren: enerzijds het onderscheid maken tussen normale variatie en pathologie en anderzijds het uitsluiten van alternatieve hypothesen
 - in kaart brengen van comorbide stoornissen en van relevante omgevingsfactoren

De specifieke en aanvullende richtlijnen per doelgroep kan men als volgt weergeven:

Mentale handicap (F70 – F71) (conventiegroep 2)

- specifieke richtlijnen:
 - De bepaling van het intellectuele niveau dient gebaseerd te zijn op alle informatie die beschikbaar is, inclusief klinische bevindingen, aanpassingsgedrag (beoordeeld in samenhang met de culturele achtergrond van het individu), en de prestaties op psychometrische tests. Bij dit laatste dienen vaardigheden onderzocht die mede bepalend zijn voor het algehele intelligentieniveau. Met name de cognitieve, verbale, motorische en sociale vermogens dienen te worden onderzocht;
 - Er dient sprake te zijn van een verlaagd niveau van intellectueel functioneren, met als gevolg een verminderd vermogen om zich aan te passen aan de dagelijkse eisen van de normale sociale omgeving. De nodige gegevens hieromtrent dienen te worden verzameld. De leefsituatie van betrokkene dient in rekening te worden gebracht;
 - De keuze van een diagnostische categorie dient gebaseerd te zijn op een globale benadering van bekwaamheid en niet op een specifieke stoornis of vaardigheid op een bepaald terrein;
 - De verschillende subcategorieën worden als een arbitraire onderverdeling gezien en kunnen niet met absolute precisie worden afgegrensd. De hoogte van het IQ is weergegeven als een richtlijn en dient niet al te strikt worden toegepast met het oog op problemen met de cross-culturele validiteit;
 - Het IQ dient bepaald te worden met behulp van gestandaardiseerde, individueel afgenomen intelligentietests, waarvoor lokaal de culturele normen bepaald zijn;
 - Schalen voor sociale rijpheid en aanpassing die lokaal gestandaardiseerd zijn, dienen indien mogelijk ingevuld te worden via een interview van een ouder of een verzorger die bekend is met de vaardigheden van betrokkene in het dagelijks leven.

- aanvullende diagnostische richtlijnen per subcategorie:
 - *Lichte zwakzinnigheid (F70):*
 - ✓ Een IQ tussen 50 en 69 vormt hiervoor een indicatie;
 - ✓ Samenhangende afwijkingen zoals autisme, overige ontwikkelingsstoornissen, epilepsie, gedragsstoornissen, of lichamelijke invaliditeit die eventueel aanwezig zijn, dienen afzonderlijk gediagnosticeerd te worden.
 - *Matige zwakzinnigheid (F71):*
 - ✓ Het IQ ligt bij benadering tussen 35 en 49;
 - ✓ Het niveau van de vaardigheden loopt nogal uiteen en dient derhalve in kaart te worden gebracht teneinde een beeld te vormen van het functioneren van betrokkene;
 - ✓ Samenhangende afwijkingen zoals autisme, epilepsie, lichamelijke invaliditeit, psychiatrische afwijkingen dienen afzonderlijk te worden gediagnosticeerd. Door de dikwijls beperkte taalontwikkeling dient ook informatie te worden ingewonnen bij personen die vertrouwd zijn met het dagdagelijks functioneren van betrokkene.

Pervasieve ontwikkelingsstoornissen (F84.0-5) (conventiegroep 3):

- specifieke richtlijnen:
 - o Worden gekenmerkt door
 - ✓ kwalitatieve stoornissen van de sociale interacties
 - ✓ kwalitatieve stoornissen van de communicatiepatronen
 - ✓ een beperkt, stereotiep, zich herhalend repertoire van interesses en activiteiten.
 - o De stoornissen zijn gedefinieerd in termen van gedrag dat deviant is ten opzichte van de verstandelijke leeftijd.
 - o De afwijkingen zijn onder alle omstandigheden een wezenlijk kenmerk van het functioneren.
 - o In de meeste gevallen is de ontwikkeling afwijkend vanaf de vroege kindertijd en komen de stoornissen tot uiting voor de leeftijd van 5 jaar.
- aanvullende diagnostische richtlijnen per subcategorie:
 - o *Vroegkinderlijk autisme (F84.0):*
 - ✓ er is een afwijkend functioneren op alle drie de domeinen van sociale interactie, communicatie en beperkt, zich herhalend gedrag.
 - ✓ de stoornissen zijn aanwezig van in de eerste 3 levensjaren.
 - o *Atypisch autisme (F84.1):*
 - ✓ de gestoorde ontwikkeling komt pas tot uitdrukking na het 3e levensjaar en/of
 - ✓ er zijn onvoldoende aantoonbare afwijkingen op 1 of 2 van de 3 psychopathologische gebieden die vereist zijn voor de diagnose autisme,
 - o *Syndroom van Rett (F84.2):*
 - ✓ een ogenschijnlijk normale vroege ontwikkeling wordt gevolgd door een gedeeltelijk verlies van spraak en vaardigheid in voortbeweging en gebruik van handen. Dit gaat samen met afname van de schedelgroei.
 - ✓ De aandoening begint op de leeftijd van 7 tot 24 maanden, kent een progressief verloop en leidt tot ernstige zwakzinnigheid.
 - o *Andere desintegratiestoornis op kinderleeftijd (F84.3:)*
 - ✓ een ogenschijnlijk normale ontwikkeling tot ten minste de leeftijd van 2 jaar wordt gevolgd door een uitgesproken verlies van voorheen verworven vaardigheden en
 - ✓ het begin van kenmerkende afwijkingen in het sociale, communicatieve en gedragsmatige functioneren.
 - o *Hyperactieve stoornis samengaand met zwakzinnigheid en stereotypieën (F84.4):* wordt gekenmerkt door een combinatie van:
 - ✓ in de ontwikkeling ongepaste ernstige hyperactiviteit
 - ✓ motorische stereotypieën
 - ✓ matige tot ernstige zwakzinnigheid
 - o *Syndroom van Asperger (F84.5):* er zijn kwalitatieve tekortkomingen in de sociale interacties en een beperkt, stereotiep, zich herhalend repertoire van interesses en activiteiten aanwezig maar een belangrijke vertraging in de taal of cognitieve ontwikkeling ontbreken.

Complexe ontwikkelingsstoornissen (conventiegroep 4): kinderen en jongeren met stoornissen in minstens twee van de volgende zes ontwikkelingsdomeinen:

- de gesproken taal en/of de schoolse vaardigheden (ICD10-codes: F80.1-2, F81.0-3):
 - stoornissen van de gesproken taal (F80.1-2):
 - specifieke richtlijnen:
 - ✓ het normale patroon van de taalontwikkeling is verstoord vanaf de vroegste stadia
 - ✓ de stoornis kan niet worden verklaard door neurologische afwijkingen of afwijkingen van het spraakorgaan, stoornissen van de zintuigen, zwakzinnigheid of omgevingsfactoren
 - ✓ de stoornis verloopt stabiel, zonder remissies en recidieven
 - ✓ in het algemeen beschouwt men een achterstand groter dan twee standaarddeviaties onder het gemiddelde als afwijkend. Bij oudere kinderen is deze maat minder bruikbaar en moet men vooral aandacht besteden aan het patroon van het functioneren van de spraak en de taal en aan het verloop
 - aanvullende richtlijnen per subcategorie:
 - ✓ expressieve taalstoornis (F80.1):
 - de ontwikkeling van de taalexpressie ligt buiten de normale variatiebreedte voor de intelligentie van het kind
 - de receptieve taalvaardigheid ligt binnen de normale variatiebreedte
 - ✓ receptieve taalstoornis (F80.2):
 - de ontwikkeling van het taalbegrip ligt buiten de normale variatiebreedte voor de intelligentie van het kind terwijl er geen sprake is van een pervasieve ontwikkelingsstoornis
 - in vrijwel alle gevallen is het expressieve taalgebruik duidelijk gestoord
 - stoornissen van de schoolse vaardigheden (F81.0-3):
 - specifieke richtlijnen:
 - ✓ het normale patroon van de ontwikkeling van deze vaardigheden is gestoord vanaf de vroegste stadia
 - ✓ de stoornis kan niet worden verklaard door neurologische afwijkingen of afwijkingen van het spraakorgaan, stoornissen van de zintuigen, zwakzinnigheid of omgevingsfactoren, gebrekkige leeransen, emotionele stoornissen of verworven hersenletsel of -ziekte
 - ✓ de stoornis verloopt stabiel, zonder remissies en recidieven
 - ✓ de stoornis is klinisch relevant wat op volgende manieren kan bepaald worden: bepalen van de ernst uitgedrukt in schoolse termen (moeilijkheden die verwacht worden op te treden bij minder dan 3 procent van de schoolkinderen) en/of vaststellen van specifieke voortekenen in de ontwikkeling (meestal een vertraagde of deviante taal- of spraakontwikkeling) en/of vaststellen van de ermee samenhangende problemen (bv. aandachtsstoornissen) en/of vaststellen van het patroon (kwalitatieve verschijnselen die geen deel uitmaken van de normale ontwikkeling) en/of vaststellen van de resistentie tegen toegenomen hulp thuis en/of op school)

- aanvullende richtlijnen per subcategorie:
 - ✓ leesstoornis (F81.0): de leesprestaties liggen belangrijk onder het verwachte niveau op grond van de leeftijd, de algemene intelligentie en de schoolplaatsing;
 - ✓ spellingstoornis (F81.1):
 - de spellingprestaties liggen belangrijk onder het verwachte niveau op grond van de leeftijd, de algemene intelligentie en de schoolplaatsing;
 - zowel het technisch als het begrijpend lezen ligt binnen de normale variatiebreedte en er is geen voorgeschiedenis van leesproblemen
 - ✓ rekenstoornis (F81.2):
 - de rekenprestaties voor basale rekenvaardigheden liggen belangrijk onder het verwachte niveau op grond van de leeftijd, de algemene intelligentie en de schoolplaatsing;
 - de lees- en spellingsvaardigheden liggen binnen de normale variatiebreedte en er is geen voorgeschiedenis van leesproblemen
 - ✓ gemengde stoornis van schoolvaardigheden (F81.3): de stoornissen voldoen aan de criteria voor F81.2 en voor F81.0 of .1
- stoornissen van de motoriek (F82):
 - er is een ernstige stoornis in de ontwikkeling van de motorische coördinatie bij grove of fijnmotorische taken die niet verklaard kan worden door intellectuele achterstand, door een specifieke aangeboren of verworven neurologische stoornis en geen direct gevolg is van gebrekkige visus of gehoor
 - de stoornis is reeds vroeg in de ontwikkeling aanwezig
 - de stoornis wordt het best vastgesteld door een individueel afgenomen, gestandaardiseerde test voor de fijne en grove motorische coördinatie
- stoornissen van de aandacht en/of het geheugen en/of de executieve functies
- stoornissen van het psychosociale
- stoornissen van de auditieve en/of visuele perceptie
- stoornissen van het visuospatieel functioneren

Hyperkinetische stoornissen (F90.0-1) (conventiegroep 5):

- specifieke richtlijnen:
 - de stoornissen ontstaan altijd vroeg (doorgaans in de eerste 5 levensjaren)
 - de belangrijkste kenmerken zijn de overactiviteit en de aandachtsstoornis:
 - ✓ overactief en slecht gereguleerd gedrag: overmatige rusteloosheid voor wat verwacht wordt in de specifieke situatie
 - ✓ ernstig gebrek aan aandacht en taakgerichtheid: taken en bezigheden worden vroegtijdig afgebroken, vaak moeite om aandacht bij taak of spel te houden, grote afleidbaarheid
 - deze kenmerken zijn overmatig aanwezig voor de leeftijd en de intelligentie van het kind.
 - deze kenmerken doen zich voor in verschillende situaties, zijn aanhoudend in de tijd en kunnen voortduren tot in de volwassenheid.
- aanvullende diagnostische richtlijnen per subcategorie:
 - Stoornissen van activiteit en aandacht (F90.0): bovenstaande criteria voor hyperkinetische stoornis zijn aanwezig;
 - Hyperkinetische gedragsstoornis (F90.1): bovenstaande criteria voor hyperkinetische stoornis en de criteria voor gedragsstoornissen (F91) zijn aanwezig

Ernstige gedragsstoornissen (F 91)) (conventiegroep 12)

- Specifieke richtlijnen:
 - Een zich herhalend en hardnekkig patroon van dissociaal, agressief of uitdagend gedrag
 - Het gedrag is voor die leeftijd maatschappelijk ontoelaatbaar en heeft 6 maanden of langer geduurd
 - Het is een duurzaam gedragspatroon
 - Bijvoorbeeld: een extreme mate van vechten en intimideren of wreedheid tegenover andere mensen of dieren of ernstige vernielzucht of brandstichting of stelen of opstandig provocerend gedrag en aanhoudende ongehoorzaamheid of veelvuldig liegen of spijbelen van school en weglopen van huis of ongewoon frequente en heftigewoedeaanvallen,....
 - Elk van deze categorieën, indien in opvallende mate aanwezig, is voldoende voor de diagnose
 - Dit gedrag gaat vaak samen met een ongunstige psychosociale omgeving , inclusief onbevredigende gezinsrelaties en mislukken op school

- Aanvullende diagnostische richtlijnen per subcategorie:
 - F91.0 Gedragsstoornis beperkt tot de context van het gezin
 - Er wordt voldaan aan de algemene criteria van F91
 - Kenmerken: dissociaal of agressief gedrag dat vrijwel volledig binnenshuis blijft en beperkt tot de leden van het gezin of de huishouding
 - Er bestaat geen belangrijke gedragsstoornis buiten de context van het gezin en de sociale relaties van het kind buiten het gezin vallen binnen het normale bereik

 - F91.1 Gedragsstoornis, niet gesocialiseerd
 - Er is een combinatie van hardnekkig dissociaal of agressief gedrag (volgens de algemene criteria uit F91) met een belangrijke algemene stoornis in de omgang met andere kinderen
 - Er ontbreekt een effectieve aansluiting bij de leeftijdsgroep (isolatie, afwijzing, ontbreken van goede vrienden of langdurige empathische, wederkerige relaties met anderen uit dezelfde leeftijdsgroep)
 - Treedt doorgaans in allerlei situaties op, maar kan het duidelijkst zijn op school.

 - F91.2 Gedragsstoornis, gesocialiseerd
 - Gedragsstoornissen met aanhoudend dissociaal of agressief gedrag (volgens de algemene criteria van F91) bij personen die over het algemeen goede aansluiting vinden bij hun leeftijdsgroep
 - Er zijn adequate, langdurige vriendschappen met anderen van grofweg dezelfde leeftijd
 - De diagnose wordt uitgesloten wanneer het gedrag beperkt is tot de huiselijke situatie

- F91.3 Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis
 - Aanwezigheid van opvallend, uitdagend, ongehoorzaam, provocerend gedrag en de afwezigheid van ernstige dissociale of agressieve handelingen die de wet overtreden of de rechten van anderen schenden
 - Er wordt voldaan aan de algemene criteria van F91
 - Er is een hardnekkig patroon van negatief, vijandig, uitdagend, provocerend en storend gedrag dat buiten het normale bereik ligt van het gedrag voor kinderen van dezelfde leeftijd in dezelfde socioculturele context en dat niet de ernstigere schendingen van de rechten van anderen omvat (zie F91.0 en F91.2)
 - Er is een lage frustratietolerantie en er treden makkelijk woedeaanvallen op
 - Vaak is het gedrag meest duidelijk in de interactie met volwassenen of leeftijdsgenoten die het kind goed kent.

2.1.2. De functionele diagnose:

De informatie verzameld tijdens het categoriaal diagnostisch proces wordt zo nuttig mogelijk aangewend voor het opstellen van de functionele diagnose.

Als leidraad hiervoor kan men complementair aan ICD-10 gebruik maken van de “International Classification of Functioning” (ICF).

De ICF en de ICF-CY (Children & Youth version) bieden een classificatie-instrument op basis van het biopsychosociaal model om het menselijk functioneren op een systematische manier in kaart te brengen (zie voor een schematisch overzicht bijlage “het biopsychosociaal model”). In het kader van de functionele diagnose kunnen volgende componenten onderscheiden worden in het model:

- functies
- activiteiten en participaties
- externe en persoonlijke factoren.

De functionele diagnose omvat dan :

2.1.2.1. een sterkte/zwakte profiel van de verschillende functies :

Onder functies worden de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme begrepen. Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies. Voor de revalidatie zijn o.m. volgende functies van belang:

Mentale functies

Algemene mentale functies

- Bewustzijn
- oriëntatie (*in tijd/plaats/persoon/tot objecten/ruimte*)
- intellectuele functies
- globale psychosociale functies (*relatievorming, inclusief hechting, sociale vaardigheid*)
- aanleg en intrapersonlijke functies (*gedragskenmerken, aanpassingsvermogen, reactievermogen, actieniveau, voorspelbaarheid, doorzettingsvermogen, openheid*)
- temperament en persoonlijkheid
- energie en driften

Specifieke mentale functies

- aandacht (vasthouden, delen, ... van aandacht)
- geheugen (korte- en langetermijngeheugen, oproepen van informatie)
- psychomotorische functies (controle, coördinatie, ...)
- stemming (adequaatheid en regulering van gevoelens)
- perceptie (*visueel, auditief, visuospatieel*)
- denken (*denktempo, wijze van denken, inhoud/controle denkproces,*)
- basale cognitieve functies (*mentale functies betrokken bij het vergaren van kennis over objecten, gebeurtenissen en ervaringen; de organisatie en toepassing van de kennis bij taken die nodig zijn voor de uitvoering van mentale activiteiten; cognitieve ontwikkeling van verbeelding, kennis en redeneren*)
- hogere cognitieve functies (*abstractie, organisatie en planning, tijdmanagement, cognitieve flexibiliteit, inzicht, beoordelingsvermogen, mentale functies gerelateerd aan probleemoplossen; vorming van concepten, categorisatie*)
- mentale functies gerelateerd aan taalreceptie en taalexpressie (*receptie/expressie van gesproken taal, geschreven taal, gebaren; integratieve taalfuncties*)

- mentale functies gerelateerd aan rekenen (*specifieke mentale functies gerelateerd aan het bepalen, benaderen en manipuleren van wiskundige symbolen en processen; mentale functies gerelateerd aan eenvoudig en complex rekenen*)
- bepalen sequentie bij complexe bewegingen (*specifieke mentale functies gerelateerd aan het bepalen van de volgorde en coördinatie van complexe, doelgerichte bewegingen*)
- ervaren van zelf en tijd (*specifieke mentale functies gerelateerd aan het zich bewustzijn van de eigen identiteit, het eigen lichaam, de eigen positie in de realiteit van de eigen omgeving en van de tijd*)

Sensorische functies

- visuele functies
- hoor- en vestibulaire functies
- andere sensorische functies zoals proprioceptie

Stem en spraak

Functies van het bewegingssysteem

- spierfuncties (*spiersterkte, spiertonus, spieruithoudingsvermogen*)
- bewegingsfuncties (*motorische reflexfuncties, onwillekeurige bewegingsreacties, controle van willekeurige bewegingen, spontane bewegingen, onwillekeurige bewegingen, gangpatroon*)

2.1.2.2. een beschrijving van het huidige functioneren van het kind thuis, op school en in de vrije tijd, van activiteiten en participaties;

Activiteiten verwijzen naar de uitvoering van een taak of actie. Beperkingen zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten zoals:

- Leren en toepassen van kennis (*doelbewust gebruik van zintuigen, basaal leren, oplossen van problemen, ...*)
- Algemene taken en eisen (*routinehandelingen, enkelvoudige of meervoudige taken, omgaan met stress*)
- Communicatie (*het begrijpen en produceren van boodschappen via taal, tekens en symbolen, converseren en het gebruik van communicatieapparatuur en -technieken*)
- Mobiliteit (*zich verplaatsen, manipuleren van voorwerpen, fietsen, ...*)
- Zelfverzorging (*zich wassen, aankleden, eten en drinken, ...*)
- Tussenmenselijke interacties en relaties (*lichamelijk contact, zich gedragen volgens sociale regels, ...*)

Participatie verwijst naar de deelname van iemand aan het maatschappelijk leven terwijl participatieproblemen duiden op de moeilijkheden die iemand hierbij ervaart.

2.1.2.3. een evaluatie van bevorderende/belemmerende persoonlijke en externe factoren.

Externe factoren zijn de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven en die een positieve of negatieve invloed kunnen hebben op het functioneren van een persoon. Persoonlijke factoren omvatten kenmerken van het individu zoals geslacht, ras, karakter, levensstijl, ... die een rol kunnen spelen bij functioneringsproblemen.

Uit de functionele diagnose moet blijken:

- dat de revalidatie dient te gebeuren door tenminste twee personen van twee verschillende disciplines
- dat de zorgbehoefte enerzijds complex is, d.w.z. verschillende functies, activiteiten of participatiegebieden treft, anderzijds de mogelijkheden van een ambulante hulpverlening niet te boven gaat.

De functionele diagnose leidt als conclusie tot een helder geformuleerd advies. Dit advies beschrijft de noodzakelijke hulpverlening en houdt hierbij rekening met wat haalbaar en prioritair is.

Voor zover nodig worden voor categoriale en functionele diagnostiek volgende onderzoeken verricht:

- ontwikkelingsanamnese
- medisch onderzoek
- psychodiagnostisch onderzoek
- logopedisch onderzoek
- audiologisch onderzoek
- (psycho)motorisch onderzoek
- kinesitherapeutisch onderzoek
- ergotherapeutisch onderzoek
- sociaal onderzoek

Bij wijze van voorbeeld verwijzen we hier naar het schema voor de categoriale en functionele diagnose voor kinderen met pervasieve ontwikkelingsstoornissen zoals opgenomen in bijlage 2 van het eindverslag van de werkgroep pervasieve ontwikkelingsstoornissen onder leiding van Dr. Hellemans.

2.1.3. Het behandelplan

Dit beschrijft:

- de *doelstellingen* inzake het verbeteren van de stoornissen en van beperkingen/participatieproblemen op functioneringsdomeinen zoals communicatie, zelfredzaamheid, mobiliteit, ... ;
- de noodzakelijke *therapeutische interventies* t.a.v. het kind en zijn omgeving.

Op basis van de International Classification of Functioning kunnen volgende domeinen van de revalidatie worden onderscheiden :

- Stimuleren van de functies en verbeteren van de stoornissen evenals het eventueel aanwenden van compenserende strategieën.
Bij indicatie, instellen en opvolgen van een psycho-farmacologische behandeling.
- Trainen van concrete activiteiten, psycho-educatie en begeleiding :
 - informatie en voorlichting
 - Opvoedingshulp
 - leer-of trainingsprogramma's voor ouders, kinderen en/of jongeren
 - psycho-sociale begeleiding
 - handelingsadvies (aan kinderverzorgsters in kinderdagverblijf, leerkrachten, teams etc...)
- Bevorderen van integratie en participatie in relevante milieus zoals gezin, school, vrije tijd e.a. door middel van :

- a. hulp bij activiteiten:
 - i. inrichten van eigen leven van de revalidant (organisatie en planning van taken)
 - ii. structureren en aanpassen van de omgeving thuis, op school, op de stageplaats etc...
 - iii. technische aanpassingen en hulpmiddelen aanwenden
- b. hulp bij participatie :
 - i. inschakeling in peer-groep en leren organiseren van de vrije tijd
 - ii. maatschappelijke integratie

De behandeling dient ook rekening te houden in al haar aspecten met bevorderende of belemmerende persoonlijke en/of externe factoren

a) Persoonlijke factoren:

welke therapeutische strategieën zullen gehanteerd worden om bvb. rekening te houden met een uitgesproken introvert karakter van een kind.

b) Externe factoren :

- a. de natuurlijke omgeving: wat zijn de obstakels in de omgeving van de revalidant die zowel voordelen bieden als hinder kunnen veroorzaken bij het integratieproces
- b. ondersteunende relaties: welke personen en groepen kunnen ingezet worden of met welke personen en groepen dienen wij rekening te houden bij het integratieproces
- c. attitudes in de omgeving: welke personen uit de omgeving dienen goed geïnformeerd te zijn en ook opgeleid te worden om goed te kunnen omgaan met de revalidant
- d. diensten en systemen: welke professionele organisaties kunnen ingezet worden bij de ondersteuning van het integratieproces.

2.2. Beschrijving van het proces:

Het gehele **revalidatiebilan** wordt planmatig en systematisch uitgevoerd, gebaseerd op de principes van het empirisch wetenschappelijk onderzoek (hypothesetoetsend model)³. Dit proces doorloopt volgende fasen:

- klachtenanalyse: het probleem zoals het door de betrokkenen wordt ervaren verhelderen
- probleemanalyse: de klachten vergelijken met valide nosologische beelden waaruit één of meerdere onderzoekshypothesen voortkomen
- diagnostestelling: de onderzoekshypothesen toetsen en de onderzoeksresultaten interpreteren en ordenen tot een nosologisch valide probleemsamenhang en deze benoemen (cf. categoriale diagnostiek), om ze vervolgens te concretiseren naar de specifieke kenmerken van de betrokkene en zijn omgeving (cf. functionele diagnostiek)
- indicatiestelling: bepalen of en welke hulpverlenende maatregelen moeten voorgesteld worden
- planning: enerzijds geruststellen of verwijzen wanneer revalidatie niet nodig of niet aangewezen is of anderzijds in samenwerking met de betrokkene en zijn omgeving het revalidatieprogramma bespreken en hiervoor de nodige afspraken maken.

3. Beknopt overzicht van de behandeling

3.1. Doelstellingen:

³ Zie voor een schematisch overzicht bijlage "Revalidatiecyclus"

De doelstellingen van de behandeling op *lange termijn* zijn:

- Zoveel mogelijk competenties van het kind tot ontwikkeling brengen.
- Het kind helpen om op te groeien tot een volwassene die zoveel mogelijk verantwoordelijkheid kan dragen, hoe ernstig de graad van beperking ook is.
- De familie (ouders, broers en zussen, uitgebreide familie) helpen om integratie op alle niveaus tot stand te brengen.
- De persoon helpen om een zo groot mogelijke integratie op verschillende socio-culturele domeinen (schools, vrije tijd, familiaal, arbeid...) te bereiken.

Op *korte termijn* moeten volgende tussenstappen gevolgd worden om die doelen te bereiken:

- Zoveel mogelijk stimuleren van de gestoorde ontwikkelingsdomeinen in de richting van een normale ontwikkeling
- Verminderen van de stoornisspecifieke symptomen die interfereren met de ontwikkeling.
- Aanpak van (andere) gedrags- en emotionele problemen die interfereren met de ontwikkelingsmogelijkheden en het functioneren van het individu of die een grote belasting vormen voor de omgeving.
- de omgeving beter af te stemmen op en vaardiger te maken in de omgang met de specifieke noden van de persoon.

3.2. Basisprincipes:

- 3.2.1. Therapie wordt best op een *zo jong mogelijke leeftijd* gestart, zelfs met een voorlopige diagnose
- 3.2.2. Ouders, familie, schoolteam en netwerk moeten zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken worden door het optimaliseren van de samenwerking tussen familie en professionelen, psycho-educatie en het overleg over doelen van therapie en gebruikte methodes met de cliënt en zijn omgeving.
- 3.2.3. Individualisering van het behandelingsplan is essentieel. Interventies moeten aangepast zijn aan dit specifiek individu, op dit specifiek moment van zijn/haar ontwikkeling, in zijn/haar specifiek gezin en context.
- 3.2.4. Therapie moet voldoende intensief zijn, systematisch opgebouwd en gestructureerd. Er moet een behandelplan opgesteld worden waarin de behandelingsdoelen uiteengezet worden die jaarlijks geëvalueerd en geactualiseerd worden.
- 3.2.5. Het CAR moet geïntegreerd zijn in een netwerk van behandeling van personen met continuïteit tot, indien nodig, op volwassen leeftijd. Bij het afsluiten van de behandeling in het CAR moet het revalidatieteam indien nodig zorgen voor een gerichte en begeleide doorverwijzing naar een nieuwe vorm van hulp.
- 3.2.6. Behandeling bestaat steeds uit een combinatie van interventies die gericht zijn op de ontwikkeling van vaardigheden zoals:
 - communicatieve vaardigheden
 - sociale, emotionele en relationele vaardigheden
 - zelfredzaamheidsvaardigheden
 - motorische vaardigheden
 - cognitieve en schoolse vaardigheden
 - metacognitieve en executieve vaardigheden
 - spel- en vrijetijdsbestedingsvaardigheden
 - arbeidsvaardigheden
- 3.2.7. *Integrale behandeling* van de verschillende problemen van het kind is nodig. Dit houdt in dat ook de comorbiditeiten die zeer vaak aanwezig zijn, mee behandeld worden.

- 3.2.8. Behandeling moet gebaseerd zijn op *verantwoord handelen* ('*evidence based*') en dit zo specifiek mogelijk voor de betrokken stoornis(sen).
- 3.2.9. Behandeling verloopt *planmatig en systematisch*, volgens de principes van het hypothesetoetsend model (zie bijlage "revalidatiecyclus"). We onderscheiden hierbij volgende fasen:
- Op basis van de afspraken tijdens de planningsfase het behandelplan uitvoeren
 - Op regelmatige tijdstippen objectief evalueren of de behandeling de verhoopte resultaten geeft
 - Het behandelplan indien nodig bijsturen of afronden.

Bij wijze van voorbeeld verwijzen we hier naar pagina 6 van het eindverslag van de werkgroep ADHD onder leiding van Prof. M. Danckaerts waar de behandeling van deze revalidanten verder geconcretiseerd wordt.

3.3. Revalidatieduur:

Iedere rechthebbende heeft recht op 432 zittingen tot de 19de verjaardag; voor rechthebbenden met een mentale handicap of met een pervasieve ontwikkelingsstoornis geldt dit kapitaal van zittingen vanaf hun 7de verjaardag; voordien genieten zij van een onbeperkt aantal zittingen.

3.4. Het beëindigen van de revalidatie:

Dit gebeurt steeds na een zorgvuldige evaluatie van de behandelingsresultaten op basis van de analyse van de actuele status. Deze fase maakt integraal deel uit van de klinische cyclus (cf. bijlage 3). De evaluatie gebeurt op drie niveaus:

- dat van de betrokkene
- dat van het gezin
- dat van het netwerk.

De revalidatie wordt beëindigd wanneer:

- het functioneren van de betrokkene dermate verbeterd is dat ambulante revalidatie niet meer nodig is
- de vooruitgang van de betrokkene langdurig stagneert
- de noodzakelijke medewerking op relevante niveaus onvoldoende is en dit de revalidatie dermate blijft hinderen dat de functionaliteit daarvan twijfelachtig wordt;
- de beschikbare therapeutische middelen onvoldoende beantwoorden aan de veranderde behandelingsnoden.

De beëindiging van de revalidatie gebeurt in overleg met de betrokkene en zijn omgeving. Zij leidt tot een doelmatige verwijzing of een advies waarin de nodige elementen zijn vervat om een zo goed mogelijke bestending van de resultaten te waarborgen.

4. Beknopt overzicht van de samenstelling en de taken van het revalidatieteam

Het revalidatieteam kan onder meer bestaan uit volgende disciplines:

- Wat de medische equipe betreft :
 - ofwel een specialist in de psychiatrie of in de kinderpsychiatrie;
 - ofwel een specialist in de neuropsychiatrie;
 - ofwel een specialist in de pediatrie of in de neurologie en die eventueel een bijkomende erkenning verwierf in de pediatische neurologie;
 - ofwel een specialist in de otorhinolaryngologie.

- Wat de andere personen behorend tot de equipe betreft :
 - een licentiaat (master) in de psychologie, in de pedagogie of in de orthopedagogiek;
 - een psychologisch assistent (bachelor in de psychologie of in de toegepaste psychologie of in de psychodiagnostiek);
 - een paramedische kracht, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om logopedieverstrekkingen uit te voeren;
 - een paramedische kracht, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master) gerechtigd om audiologieverstrekkingen uit te voeren;
 - een paramedische kracht, licentiaat (master) of (vroeger) gegradueerde gerechtigd om kinesitherapieverstrekkingen uit te voeren;
 - een paramedische kracht, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master) gerechtigd om ergotherapieverstrekkingen uit te voeren;
 - een paramedische kracht, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master) gerechtigd om psychomotoriekverstrekkingen uit te voeren;
 - een maatschappelijk werker (bachelor in het sociaal werk) of sociaal verple(e)g(st)er (bachelor in de sociale verpleegkunde);
 - een gegradueerde opvoeder (bachelor in de orthopedagogie) of een opvoeder A2.

Dit revalidatieteam wordt ondersteund door een administratieve en logistieke dienst.

De taken en opdrachten van deze verschillende disciplines kunnen als volgt worden samengevat. De verschillende disciplines zijn zowel betrokken bij het revalidatiebilan als in de behandelingen. Dit betekent meer specifiek dat zij over de deskundigheid, vaardigheden en attitudes beschikken die hen in staat stellen een categoriale en functionele diagnose te stellen en het vooropgesteld behandelingsplan uit te voeren.

Zij maken bij het afnemen van het bilan gebruik van zowel gestandaardiseerde onderzoeken als relevante informatiebronnen.

Vermits revalidatie als doel heeft de persoon met zijn stoornis adequater te laten functioneren in verschillende contexten is het onderzoeks- en behandelingsproces bij uitstek een geheel van specifieke discipline eigen én discipline overstijgende interventies.

De behandeling vereist van de verschillende disciplines dat zij de persoon met een functionele stoornis dusdanig behandelt dat de beperkingen die deze persoon ervaart weggenomen of verminderd worden met het oog op een maximale participatie.

Elke discipline handelt daarvoor steeds op 2 niveau's :

- cliënt gerichte interventies
- interventies gericht op de omgeving van de cliënt : ouders, gezin, school.

Teamwerking is daarbij essentieel.

Disciplinespecifieke kennis, vaardigheden, methodieken en technieken dienen ingebed te zijn in een integrale visie op revalidatie waarbij disciplineoverstijgende kennis, vaardigheden, methoden en technieken van groot belang zijn. Interdisciplinaire samenwerking verhoogt het integratieve karakter van het revalidatieplan dat hierdoor een coherent geheel vormt.

Alle disciplines werken handelingsgerichte adviezen uit in nauw overleg met de ouders en andere bij de revalidatie betrokken personen (onthaalmoeder, leerkrachten,...), om de activiteiten in het dagelijks leven, de participatie en de maatschappelijke integratie te ondersteunen.

Voor de medische, paramedische, psychologische en maatschappelijke disciplines sommen we hier bij wijze van voorbeeld een aantal mogelijke interventies op :

Medische discipline

- algemeen klinisch onderzoek van de gezondheidstoestand van het kind en naargelang de discipline :
 - onderzoek neurologische stoornissen
 - onderzoek (kinder)psychiatrische stoornissen
 - NKO-onderzoek
- onderzoek naar de impact van de stoornis op het functioneren van het kind in zijn belangrijke levensdomeinen
- onderzoek naar de affectieve ontwikkeling en de gedragscomponent
- medische anamnese
- de specifiek therapeutische interventies ten aanzien van het kind en het gezin
- bewaken van de integrale visie van de revalidatie
- supervisie en coördinatie van de teaminterventies
- contacten met externe medici en diensten
- indien nodig opstarten en opvolgen van de medicatie in functie van de gerevalideerde pathologie
- e.a.

Psychologische discipline

- onderzoek naar het cognitief functioneren
- neuropsychologisch onderzoek
- onderzoek naar de sociaal-emotionele ontwikkeling
- psychotherapie en psychologische begeleiding
- psycho-educatie van het kind en het cliëntsysteem
- coaching van ouders en school
- coördinatie van het onderzoeks- en behandelteam
- contacten en overleg met externe hulpverleners en diensten
- e.a.

Maatschappelijk werk

- sociaal onderzoek
- algemene administratie in het kader van de regelgeving RIZIV
- informatieverzameling bij derden
- aanbevelingen en opvolging van diverse sociale voorzieningen (bv. verhoogde kinderbijslag, VAPH, RIZIV)
- contacten en overleg met externe hulpverleners en diensten
- coaching van ouders en schoolteam
- oudertraining en psycho-educatie

- sociale vaardigheidstraining
- e.a.

Kinesitherapie

- onderzoek en behandeling van de (grof)motorische ontwikkeling : algemene coördinatie, evenwicht, spierkracht, mobiliteit, fysische conditie
- onderzoek en behandeling van de psychomotorische ontwikkeling
- onderzoek en behandeling van de lateralisatie en het lichaamschema
- praxie
- relaxatie
- onderzoek en behandeling van de schrijfmotoriek
- e.a.

Ergotherapie

- onderzoek en behandeling van de psychomotorische ontwikkeling
- onderzoek en behandeling van de fijne motoriek
- onderzoek en behandeling van de lateralisatie en lichaamschema
- onderzoek en behandeling van de visuele perceptie en vormgeving
- spelstimulatie
- planmatig denken en handelen
- stimuleren van de executieve functies
- onderzoek en behandeling van de rekenvoorwaarden en rekenen
- onderzoek en behandeling van de schrijfmotoriek
- praxie
- e.a.

Logopedie

- onderzoek en behandeling van de taal- en communicatieve ontwikkeling
- onderzoek en behandeling van de non-verbale communicatie, de taalpragmatiek en prosodie
- onderzoek en behandeling van de visuele en auditieve perceptie
- onderzoek en behandeling van de slikfunctie en mondmotorische vaardigheden, spraakmotoriek, van de ademhaling, de bucofaciale en verbale praxie
- onderzoek en behandeling van het lezen en de spelling
- e.a.

Audiologie

- onderzoek en behandeling van het gehoor
- onderzoek en behandeling van de auditieve functies
- adviezen in verband met technische hulpmiddelen
- e.a.

Psychomotoriek

- stimuleren van de executieve functies
- planmatig denken en handelen
- onderzoek en behandeling van de psychomotorische ontwikkeling
- onderzoek en behandeling van de schrijfmotoriek
- praxie
- e.a.

5. Bijlagen

Bijlage 1: schema "Revalidatieaanbod"

Bijlage 2: schema "Biopsychosociaal model" (ICF)

Bijlage 3 : schema "Revalidatiecyclus"

BIJLAGE 2: Synoptische fiche voor de groepen 2, 3, 4, 5 en 12

22

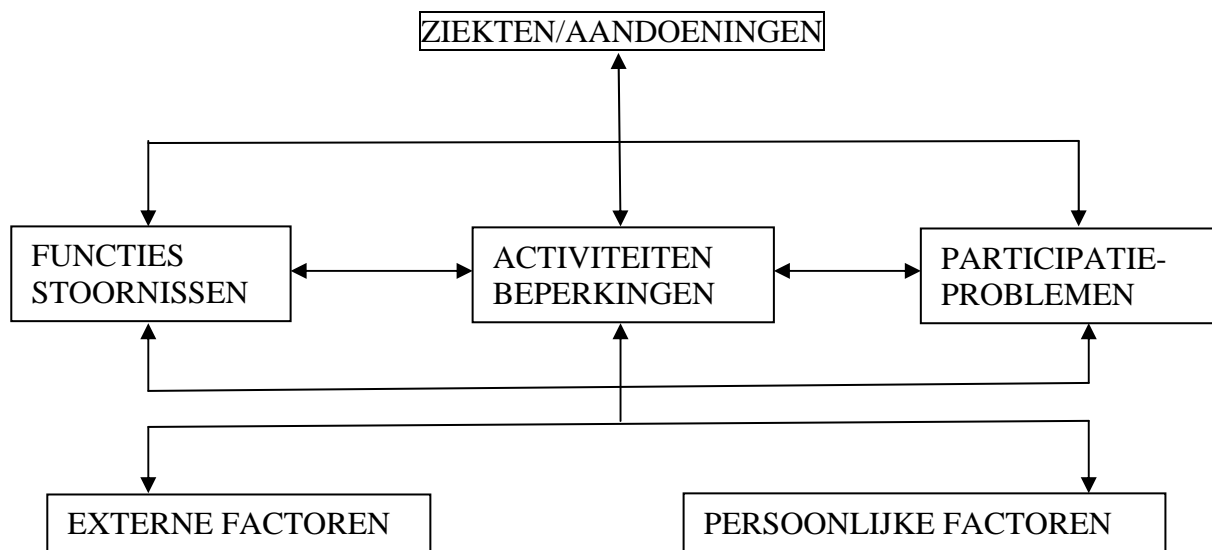
REVALIDATIEAANBOD IN DE CENTRA VOOR AMBULANTE REVALIDATIE (1).

Basisvoorwaarden	Ambulant (intra –en extra muros) Op maat van de revalidant evidence based Multi- en transdisciplinair Met participatie van de revalidant en zijn gezin/omgeving —————> Ingebed in een regionaal netwerk
Funcities ▼	Revalidatie-aanbod in functie van leeftijdsgebonden ontwikkelingstaken en vaardigheden tot 3 jaar 3-6 jaar 6-12 jaar 12-18 jaar
Klachtenanalyse en probleemstelling	Eerste contact Anamnese Intakegesprek Informatie en advies Verwijzing
Onderzoek	Multidisciplinair onderzoek Categorieale en handelingsgerichte diagnostiek Indicatiestelling
Therapie	Multi -en transdisciplinaire behandeling gericht op de revalidant en omgeving : medische , paramedische (2), psychologische, pedagogische en sociale interventies
Psycho-educatie en Begeleiding	Informatie en voorlichting Opvoedingshulp Leer-of trainingsprogramma's voor ouders , kinderen en jongeren Psychosociale begeleiding Handelingsadvies (aan kinderverzorgsters in kinderdagverblijf , leerkrachten, teams,...)
Hulp bij activiteiten	Inrichten van eigen leven (organisatie en planning van taken) van de revalidant Structureren en aanpassen van de omgeving thuis , op school, stageplaats,... Technische aanpassingen en hulpmiddelen
Hulp bij participatie	Inschakeling in peer – groep en leren organiseren van de vrije tijd Maatschappelijke integratie

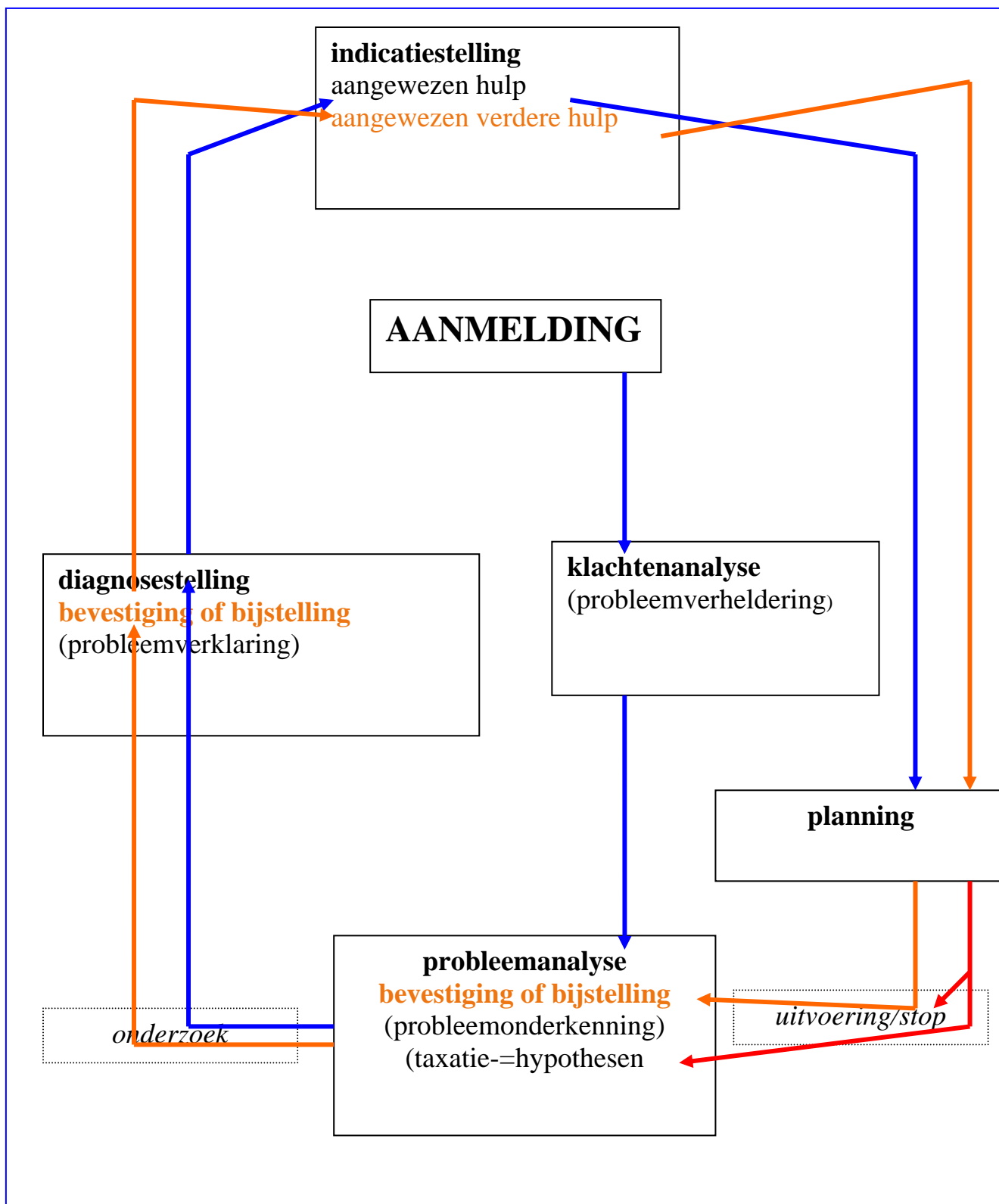
(1) schema gebaseerd op de tekst “Centra voor ambulante revalidatie in Vlaanderen: een profilering” onder redactie van prof. dr. B. Maes (1999).

(2) beschikbare paramedische disciplines: logopedisten, audiologen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, psychomotorisch therapeuten,

BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL (ICF)



Revalidatiecyclus



Ambulante revalidatie bij hersenletsel

Doelstellingen van de ambulante revalidatie

Alle interventies, uitgevoerd in het kader van de ambulante revalidatie, dienen een dubbel doel:

- Het reduceren van de discrepantie tussen het premorbide niveau van activiteiten en participatie en het huidige niveau
- Het maximaliseren van de subjectieve levenskwaliteit van de betrokkene en de relevante omgeving

Domeinen van de revalidatie:

Het concept voor de ambulante revalidatie van hersenletselpatiënten is o.a. gestoeld op de holistische visie van Prigatano. Om dit te realiseren hanteren wij het ICF van de WHO: Dit model onderscheidt vijf belangrijke domeinen om revalidatie te beoefenen:

1. Stimuleren van functies:

Voor elk van deze functies wordt via functietraining getracht nog herstel te bekomen en tegelijkertijd reeds gezocht naar alternatieve strategieën.

De functies die dienen behandeld te worden zijn:

- Aandacht
- Geheugen
- Psychomotore functies als somatognosie en visueel ruimtelijke integratie
- Stemming
- Perceptie en sensoriek
- Denken: denktempo, wijze van denken, inhoud denkproces, ...
- Mentale functies gerelateerd aan taal
- Mentale functies gerelateerd aan rekenen
- Hogere cognitieve functies als abstraheren, organisatie en planning, tijdmanagement, ...
- Bepalen van sequentie bij complexe bewegingen of praxie
- Ervaring van zelf en tijd: besef van tijd, besef van eigen kunnen en niet kunnen

2. Trainen van concrete activiteiten:

Herwonnen functies of alternatieve oplossingsstrategieën dienen aangewend te worden in concrete activiteiten en deze transfer moet geoefend worden in de volgende activiteiten:

- Algemene taken en eisen: routinehandelingen, enkelvoudige taken of meervoudige taken.
- Communicatie: taal en spraak trainingen toegepast op alledaagse communicatie: een boodschap doorgeven, een gesprek voeren, een boodschappenlijstje maken, telefoneren, een brief schrijven, ...
- Mobiliteit: motoriek toegepast op het zich leren verplaatsen in huis, buitenhuis, met fiets, auto, openbaar vervoer, ...
- Persoonlijke verzorging: inzicht in lichaamsschema en praxie oefenen in ADL-activiteiten.
- Huishouden: vaardigheden toegepast in huishoudelijk werk of klussen.
- Tussenmenselijke interacties en relaties: emotionele en gedragsmatige vaardigheden toegepast op de omgangsvaardigheden met gezinsleden, familie en vrienden en vreemden.

3. Daarnaast dient de participatie aan het maatschappelijk leven uitgelokt en gestimuleerd en begeleid te worden:
 - Belangrijke levensgebieden: begeleiden naar werk, opleidingen en economische onafhankelijkheid.
 - Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven: inschakelen thuis, in verenigingen, vriendenkringen en andere integratiemogelijkheden.
4. Persoonlijke factoren: persoonlijkheid, opleiding, ervaring, temperament, stressbestandheid, leeftijd, achtergrond van de patiënten bepalen mee de wijze van hulpverlening of training.
5. Externe factoren:
 - Producten en technologie: welke hulpmiddelen kunnen aangewend worden om de patiënt te helpen bij het verwezenlijken van doelen.
 - Natuurlijke omgeving: wat zijn de obstakels in zijn omgeving die zowel voordelen kunnen bieden als hinder bij het integratieproces.
 - Ondersteunende relaties: welke personen en groepen kunnen ingezet worden of met welke personen of groepen dienen wij rekening te houden bij het integratieproces
 - Attitudes in de omgeving: welke personen uit de omgeving dienen goed geïnformeerd te zijn en ook opgeleid te worden om goed te kunnen omgaan met de patiënt.
 - Diensten en systemen: welke professionele organisaties kunnen ingezet worden bij de ondersteuning van het integratieproces

Revalidatiemiddelen:

Principes:

1. Barbara Wilson stelt: "stoornissen in het **executief (frontaal)** functioneren, opgelopen door een hersenletsel, veroorzaken een ernstige handicap bij NAH patiënten en betekenen een grote uitdaging voor de revalidatie. Onder executieve functies verstaan we vaardigheden als probleemoplossend gedrag, plannen en organiseren, zelfevaluatie, initiëren, fouten corrigeren en gedragsregulatie."

We geven enkele voorbeelden van executieve stoornissen:

 - Concentratiedeficiet en verhoogde afleidbaarheid
 - Complexe situaties zijn snel onoverzichtelijk.
 - Het generalisatievermogen is vaak afgenomen.
 - Het abstractievermogen laat vaak niet toe aangeleerde zaken begrijpen in een artificieel milieu.
 - Het uitvoeren van twee taken tegelijk vermindert vaak drastisch de efficiëntie.
 - 'Frontale' patiënten zijn ook min of meer contextafhankelijk.
 - De interactie met personen is vaak gestoord: relaties worden gekleurd door prikkelbaarheid, gebrekkige inzet, verwijten, ...
 - Het gebrek aan ziektebesef, inschatten van gevaar, het verlies van empathisch vermogen, uitgesproken vermoeidheid en grote passiviteit, het ontbreken van initiatief,...

De groep hersenletselpatiënten, die **coma** hebben doorgemaakt, is een zeer heterogene groep wat betreft stoornissen, beperkingen en handicap. Hiervoor dient de revalidatie over een arsenaal aan onderzoek en behandeling van functies, activiteiten en participatie te beschikken. Ook de aanpak van de omgeving dient divers te zijn aangezien elke situatie anders is net als de draagkracht en de draaglast van diezelfde omgeving.
2. Ambulante revalidatie houdt, naast de executieve functies, ook alle andere domeinen van motorische revalidatie in.

3. Ambulante revalidatie is zeer divers en kan zeer verschillend ingevuld moeten worden. Een paar principes hiervoor zijn:

- Training bestaat uit individueel uitgewerkte programma's van voornamelijk individuele therapieën om functies te trainen, het geleerde toe te passen in concrete activiteiten en participatie uit te lokken en te begeleiden. Daarnaast is, van bij het begin (meestal progressief toenemend naar het eind van de revalidatie), groepsbehandeling nodig om toepassing in concrete situaties te simuleren (communiceren, zich verplaatsingen te voet of met de fiets ..., huishoudelijke activiteiten, ADL, ...) en patiënten de kans te geven om te leren van lotgenoten (zowel naar aanvaarding van de beperkingen als naar aanleren van nieuwe vaardigheden)
- Er is een belangrijk onderscheid te maken in onderzoek en behandeling van linkshemisferische en rechtshemisferische stoornissen. Niet alleen de aard van de functiestoornissen is anders ook het ziektebesef toont zich gans anders bij beide gestoorde gebieden. Doorgaans hebben patiënten met linkshemisferische stoornissen een goed inzicht in wat ze kunnen en niet kunnen. Dit maakt dat zij vaak depressieve klachten ontwikkelen. Een voordeel is echter dat zij aangeleerde vaardigheden of strategieën gemakkelijker vanzelf gaan toepassen in het dagelijks gebruik. Patiënten met rechterhemisferische stoornissen zijn zich veel minder bewust van wat hen is overkomen. Hierdoor brengen zij zichzelf vaak in gevaar, omdat zij hun beperkingen niet kennen. Zij zijn vaak emotioneel vervlakt en kunnen aangeleerde taken en vaardigheden niet vanzelf transfereren naar het dagelijkse leven.
- NAH patiënten zijn bijna altijd geraakt in fundamentele hersenfuncties : de representatie van hun fysieke toestand, de daarop gebaseerde inschatting van 'het zelf', het zelfbewustzijn en de ervaring van het zelf. De veranderingen in deze ervaring, gebaseerd op de verandering van de basisemoties veiligheid en zelfbewustzijn, zijn moeilijk in te schatten. Ze zijn echter van het grootste belang om de patiënt in zijn coherentie te herstellen en moeten dus behandeld worden.

Het multidisciplinair team en zijn specifieke taken

Medische discipline :

- Onderzoek van de neurologische stoornissen.
- Bewaken van het overzicht over de biomedische toestand,
- Onderzoek van de affectieve component bij patiënt en familie, evenals de sociale consequenties op professioneel en relationeel vlak.
- Het bevragen van de premorbide persoonlijkheid en levensstijl.
- Het analyseren van de gedragsproblematiek.
- Begeleiding van het team om discipline-overschrijdend een meerwaarde te bieden.
- De behandeling van de patiënt en de omgeving coördineren en het team te leiden.
- Het holistisch karakter van deze vorm van hulpverlening bewaken.
- Diagnostiek en behandeling van bewegingsstoornissen (plegie, spasticiteit, schouder, hand,...)

Psychologische discipline :

- Onderzoek van de cognitieve stoornissen.
- Neuropsychologische testing en behandeling.
- Differentiaaldiagnostiek van de affectieve component bij de patiënt.
- Psychotherapeutische behandeling van de patiënt.
- Psychoeducatie aan de patiënt.
- Analyseren van de gedragsproblematiek,
- Begeleiden van rouw en verandering van rolpatronen,
- Begeleiden van het team om discipline-overstijgend een meerwaarde te bieden..

Maatschappelijk werk :

- Aanmelding en administratie opvolgen.
- Informatie verzamelen bij derden (hulpverleners of betrokkenen)
- Aan huis kan gaan voor de inschatting van de sociale moeilijkheden en mogelijkheden.
- De nodige aanbevelingen en opvolging verzekeren in de sociale voorzieningen.
- De contacten met alle instanties buiten het revalidatiecentrum. (de ouders, school, CLB, familie, OCMW, mutualiteit,...).

Kinesitherapie :

- Onderzoek en behandeling van de neurologische status van de patiënt, met vooral het onderzoek van de spierkracht, de spasticiteit, de coördinatie, het evenwicht, de mobiliteit en de fysieke conditie.
- Onderzoek en behandeling van de concrete beperkingen bij transfers, gangpatroon en zich verplaatsen in de concrete dagelijkse situaties van de patiënt.

Ergotherapie :

- Onderzoek en behandeling van de grijpfunctie en de fijne motoriek.
- Onderzoek en behandeling van neglect.
- Onderzoek en behandeling van beperkingen bij de zelfverzorging, huishoudelijke taken, attitude, professionele vaardigheden, ...
- Nagaan van draagkracht - draaglast balans.
- Onderzoek van de beperkingen en mogelijkheden van de woonsituatie.
- Adviezen geven over aanpassing van de woning.
- Adviezen tot hervatten van de tewerkstelling.
- Adviezen bij het aanpassen van de werkpost.
- Adviezen geven naar hulpmiddelen en ermee leren werken/omgaan.
- Onderzoek en behandeling van het handelen en de fijn motorische vaardigheden.
- Onderzoek en behandeling van de executieve vaardigheden.
- Onderzoek en behandeling van complexe vaardigheden toegepast op de eigen situatie van de patiënt.
- Stimuleren tot en sturen van de integratie.

Logopedie :

- Onderzoek en behandeling van spraakmotoriek, ademhaling, bucofaciale en verbale praxie, dysartrie/afasie, taalbegrip.
- Onderzoek en behandeling van de dagelijkse functionele communicatie.
- Onderzoek en behandeling van auditieve en visuele vaardigheden.
- Onderzoek en behandeling van de non-verbale communicatie, discours, taalpragmatiek en prosodie (paralinguïstische elementen).
- Onderzoek en behandeling van het auditief en visueel geheugen.
- Onderzoek en behandeling van het lezen en schrijven.

Audiometrie en orthopsie :

- Onderzoek en behandeling van gehoorsproblemen en zichtmoeilijkheden.
- Adviezen voor hulpmiddelen.

Methodieken

1. Individuele therapieën :

Uit talrijk onderzoek is gebleken dat de patiënten met NAH, het meest gebaat zijn met oefeningen en training van specifieke vaardigheden.

Waar vroeger altijd gestart werd met het maximaal nastreven van herstel en pas na maanden van stagnatie op een bepaald niveau, geopteerd werd voor

adaptatiestrategieën, heeft men deze houding nu veranderd. Er wordt bijna onmiddellijk in het revalidatieproces met beide concepten gewerkt. Dit vergt een individueel programma en een individuele benadering en timing per patiënt.

Elke therapeut moet bij de revalidatie van de NAH-patiënt het totaalbeeld en de einddoelstellingen in het hoofd hebben.

Door deze bekommernissen, mede met een zeer respectvol omspringen van de teamleden met (het lijden van) de patiënt, de onderlinge steun en bevestiging, het aanreiken van handvaten, hypothesen en inzichten, wordt het mogelijk de revalidatie op een hoog niveau te brengen en te houden.

2. Groepsbehandelingen:

Naast de individuele behandelingen is er een groepsbehandeling noodzakelijk om het zo nuttige lotgenotencontact te realiseren. In groep kunnen patiënten van lotgenoten leren hoe zij problemen oplossen. Zo leren zij omgaan met hun nieuwe beperkingen i.p.v. zich af te sluiten.

Groepsbehandeling is een middel om in de revalidatie individueel in te zetten voor het trainen van werkattitudes, sociale vaardigheden, motivatie, werktempo, zin voor afwerking, ...

Voor elke patiënt dient nagegaan te worden wat hun wensen en mogelijkheden zijn naar activatie. Elkeen dient begeleid te worden op deze zoektocht naar activiteiten om hun leven opnieuw zinvol in te vullen.

3. Interventies in de leefomgeving:

Het is niet vanzelfsprekend dat de omgeving van de patiënt alle gevolgen van de stoornis van de patiënt begrijpt en deze kan plaatsen of ermee omgaan. Het is evenmin vanzelfsprekend dat de omgeving overtuigd raakt van het belang om de patiënt met een hersenletsel zijn plan te laten trekken ook bij activiteiten die slechts moeizaam kunnen uitgevoerd worden. Hierbij is informatie, raad en oefening nodig. Ook de omgeving lijdt mee, wordt emotioneel belast en gedwongen tot het opnemen andere taken. Hiervoor zijn de volgende interventies nuttig:

- Begeleiden van het rouwproces van de omgeving
- Psychoeducatie van de omgeving
- Gezinsbegeleiding
- Het verwerven van nieuwe vaardigheden die enkel in situ kunnen verworven worden,
- Het leren gebruiken van aanpassingen en hulpmiddelen.

Het is belangrijk dat patiënt én omgeving betrokken worden bij het opstellen van revalidatiedoelen, zodat de vooropgestelde doelen realistisch zijn en aansluiten op de leefwerelden van de patiënt en zijn omgeving.

Meerwaarde van de ambulante revalidatie :

Een correcte inschatting van de problemen na hersenletsel, evenals de begeleiding en de behandeling ervan, kan slechts gebeuren wanneer patiënten zich terug in het vertrouwde milieu met de vertrouwde mensen rond zich begeven.

Er zijn verschillende redenen om van zodra mogelijk naar een thuissituatie te oriënteren en ambulante revalidatie op te starten. De functionele revalidatie komt pas goed op gang, de motivatie van de patiënten verhoogt pas en de uitbreiding van de analyse van de problemen kan enkel in het thuismilieu. Dan pas ziet men wat er allemaal mis is en wat er specifiek kan gebeuren. Voor de lange termijn van zeer groot belang.

In het thuismilieu gaat de klemtoon gemakkelijker en sneller liggen op de 'normalisatie' van het functioneren dan op de pathologie. Sociale en culturele waarden worden terug geïncorporeerd. Ook de omgeving merkt pas hoe veranderd het leven is nadat de patiënt naar huis is ontslagen. Enkel thuis wordt er opnieuw een beroep gedaan op de persoonlijkheid van de patiënt en zijn sociale rol. Mede hierdoor wordt het ultieme doel van de revalidatie beter bereikt, namelijk de integratie in het eigen milieu en het herstellen van het zelfbeeld.

Hierdoor krijgt het revalidatieproces een totaal ander karakter dat zich manifesteert in een totaal verschillende attitude van hulpverlener en patiënt. Er wordt niet vanuit een dominante hulpverlenerspositie gewerkt, maar meer in een partnerschap. De precieze noden worden scherper aanvoeld en vastgesteld.

Deze redenen zijn moeilijk om te zetten in meetbare gegevens. Toch is iedere onderzoeker in het werkveld overtuigd van het belang van deze omkadering (zie bv. Prigatano).

Fasen in het revalidatieproces:

Patiënten met een NAH vormen een uitermate heterogene groep. Dit maakt een individueel behandelplan met permanente evaluatie en bijsturing absoluut noodzakelijk. We stellen hier een model voor naar analogie van het model dat voorgesteld werd door De Raedt en Schacht (2003). Zij integreren hierin de onderzoeksvragen van Vertommen (1996) en de diagnostische cyclus volgens De Bruyn e.a. (2000):

- Verhelderingsvraag: klachtenanalyse
- Onderkenningsvraag: probleemanalyse
- Verklaringsvraag: diagnosestelling
- Indicatiestellingsvraag: indicatiestelling

1. Verhelderingsvraag:

Bij de *aanmelding* probeert men in de eerste plaats te weten te komen wie de patiënt is, wat er de medische achtergrond is en wat de aanmeldingsklachten zijn. Het verder verloop volgt twee sporen:

- Functies: Het *eerstelijns onderzoek* bestaat uit een breedspectrum onderzoek van de neurologische, neuropsychologische en psychologische functies. Dit onderzoek moet voldoende breed zijn om niet eerder gemelde functietekorten aan het licht te brengen.
- Activiteiten en participatie: De *klachtenanalyse* heeft als doel om het geheel van beperkingen in kaart te brengen. Dit kan door een systematische bevraging van de activiteiten en de participatie en via het gebruik van vragenlijsten.

2. Probleemanalyse:

De probleemanalyse en de diagnosestelling vormen de kern van de empirische cyclus. Opnieuw verloopt dit over twee sporen:

- Beperkingen: Een eerste vraag is hier of de gemelde beperkingen er ook werkelijk zijn. Via (zelf)observatie en/of vragenlijsten, kan men de aard en de ernst van de klachten nagaan.
- Functies: De veronderstelde functietekorten, zoals waargenomen binnen het breed spectrum eerstelijns onderzoek, kunnen hier op hun aanwezigheid getoetst worden door meer diepgaand onderzoek met specifiek testmateriaal.

3. Diagnosestelling:

Hier wordt het mogelijke causale verband tussen de stoornissen in het neuropsychologisch functioneren en de beperkingen onderzocht. Dit kan opnieuw in beide richtingen.

- Functie – Beperking: De resultaten van het eerstelijns onderzoek kunnen niet eerder gemelde beperkingen impliceren, die nagegaan kunnen worden bij de patiënt.

- Beperking – Functie: De aanwezige beperkingen kunnen functietekorten suggereren, die met specifiek testmateriaal onderzocht kunnen worden.

4. *Indicatiestelling*

Uit de diagnosestelling volgen de indicaties voor het opstellen van een revalidatieprogramma.

Door een permanent diagnostisch proces wordt de revalidatie voortdurend bijgestuurd en door telkens weer een verband te leggen tussen beperkingen en functies wordt de behandeling afgestemd op het functioneren in het dagelijkse leven.

5. *Training*

6. *Permanente evaluatie met bijsturing*

7. *Beëindigen van de revalidatie*

8. *Follow up (indien nodig)*

Kinderen

Voor kinderen gelden in grote lijnen de zelfde principes en dezelfde behandeling. Maar het brein in ontwikkeling vergt een dynamischer diagnostiek en behandeling. D.w.z. een zeer regelmatige aanpassing en afstemming op het ontwikkelingsniveau van het kind. Verstoringen van systemen die pas later ten volle ontplooiën zijn op dat moment niet te herkennen maar kunnen later erg belangrijk worden. Neurologische of neuropsychologische tekens kunnen pas vele jaren later duidelijk worden omdat gekwetste systemen dan pas ten volle functioneel worden.

De termijn tussen de beschadiging en de noodzaak van revalidatie evenals de duur van de revalidatie zijn daardoor vaak langer dan bij volwassenen.

De kennis van de ontwikkelingspsychologie dringt zich hier sterk op en biedt extra behandelmogelijkheden door de aanwezige expertise.

Literatuur

DAMASIO, A.R., (1995), *De vergissing van Descartes. Gevoel, verstand en het menselijk brein.*, Amsterdam: Wereldbibliotheek.

DAMASIO, A.R., (2002), *Ik voel, dus ik ben.*, Amsterdam: Wereldbibliotheek.

PIERCE, C.A. & HANKS, R.A., (2006), Life satisfaction after traumatic brain injury and the World Health Organization model of disability. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85, 889-898

PRIGATANO, G., (1999), *Principles of Neuropsychological Rehabilitation.*, New York/Oxford, Oxford university Press

VAN BOST, G., CORNELIS, A., VAN WEYENBERGH, J., Diagnostiek bij niet-aangeboren hersenletsel in de Centra voor Ambulante Revalidatie., In: *Signaal.*, 2006 (15), p.22-42

VAN HOVE, H., Personen met een niet-aangeboren hersenletsel. Pleidooi voor een ambulante revalidatie van functionaliteitsdefecten. In : *SIGnaal*, 1999 (8) Nr. 27, p. 29-44.

WILSON, B.A., (2003), *Neuropsychological Rehabilitation. Theory and Practice.*, Lisse/Abingdon : Swets & Zeitlinger.

WILSON, B.A., Gracey, F., EVANS, J.J. & BATEMAN, A., (2009), *Neuropsychological Rehabilitation. Theory, Models, Therapy and Outcome.*, Cambridge: Cambridge University Press.

Dr. Kristine Oostra
Dr. Dirk Liessens
Gunther Van Bost
Herman Van Hove
Jan Van Weyenbergh

Januari 2012