

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

N. 2004 — 4527

[S - C - 2004/22901]

1 JANUARI 2003. — Interministeriële Conferentie. — Protocol nr. 2 gesloten tussen de Federale Regering en de Overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over het te voeren ouderenzorgbeleid

Gelet op de respectieve bevoegdheden van de Federale Staat en van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, hierna de Gemeenschappen/Gewesten genoemd, wat betreft het te voeren ouderenzorgbeleid;

Gelet op het protocol van 9 juni 1997 gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet over het te voeren ouderenzorgbeleid en de aanhangsels 2, 3 en 4 bij het bovengenoemde protocol;

Overwegende dat op de veroudering van de bevolking en de toename van het aantal zorgbehoevende ouderen enkel in het kader van een beleid van samenwerking tussen de Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten een passend antwoord kan worden gegeven;

Overwegende dat, om een evenwichtige financiering van de sociale zekerheid op lange termijn veilig te stellen, de evolutie van het zorgaanbod in de hand moet worden gehouden, waarbij terzelfdertijd de ouderen een kwalitatief hoogstaande dienstverlening moet worden gewaarborgd alsmede de toegankelijkheid ertoe; dat het ondoelmatig gebruik van de erkende bedden alsook elke onnodige opname van zorgbehoevende ouderen moet worden voorkomen; dat een proactief en preventief beleid minder afhankelijkheid en minder isolement bij de oudere meebrengt, waardoor er middelen voor een betere zorgverlening vrijgemaakt kunnen worden;

Overwegende dat het principe van formele basiszorg er voor alles in bestaat om in elke omstandigheid de nodige zorg aan de oudere te verschaffen zodat hij een maximale zelfredzaamheid en zijn capaciteiten kan herwinnen en dat, ook al is een functieverlies onvermijdelijk, de gevolgen ervan zo sterk mogelijk beperkt worden;

Overwegende dat er hiervoor voldoende en adequaat gefinancierde hulp- en zorgverleners moeten zijn;

Gelet op de verschillende demografische evolutie van de ouderenpopulatie in de Gemeenschappen en Gewesten en de daaruit voortvloeiende behoefte aan bijkomende verpleegeenheden;

Overwegende dat de behoeften, gerelateerd aan deze demografische evolutie, kunnen worden ingevuld door een verhoging van de opvangcapaciteit.

Overwegende dat men op termijn moet komen tot een integratie van de financiering van de rust- en verzorgingstehuizen, zodat elke bewoner met een profiel van ernstige zorg een identieke financiering voor adequate zorg gewaarborgd kan worden; dat het derhalve van belang is om de uitbreiding van voor zorg bestemde opvangcapaciteit te begunstigen;

Overwegende dat het noodzakelijk is om de spreiding van het aanbod van rusthuisbedden voor ouderen alsook de vraag naar dagverzorgingscentra te optimaliseren;

Overwegende dat er een bijzondere aandacht geschonken moet worden aan de door de mantelzorgers en de professionele thuisverzorgers verleende zorg, en dat er derhalve alternatieve opvangmogelijkheden opgezet moeten worden ter ondersteuning van de thuiszorg, met name door een beroep te doen op de "kortverblijf" en andere alternatieve formules van zorg in samenwerking tussen de thuissector en de instellingen;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

F. 2004 — 4527

[S - C - 2004/22901]

1^{er} JANVIER 2003. — Conférence interministérielle. — Protocole n° 2 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés/Régions, sur le plan de la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées;

Vu le protocole conclu le 9 juin 1997, entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées et les avenants 2, 3 et 4 au protocole susmentionné,

Considérant que les défis consécutifs au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des soins ne peuvent trouver de réponse que dans le cadre d'une politique de collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés et les Régions;

Considérant que pour assurer, à long terme, un financement équilibré de la sécurité sociale, il convient de maîtriser l'évolution de l'offre de soins tout en garantissant aux personnes âgées des services de qualité, de garantir leur accessibilité, et qu'il convient d'éviter tout usage inefficace des lits agréés ainsi que toute institutionnalisation inutile des personnes âgées nécessitant des soins; qu'une politique pro-active et préventive entraîne une moindre dépendance et un moindre isolement de la personne âgée, ce qui libère des moyens pour des soins meilleurs;

Considérant que le principe de base des soins formels est avant tout de prodiguer en toute circonstance les soins nécessaires à la personne âgée pour lui permettre de retrouver un maximum d'autonomie et de restituer ses capacités et que si une perte de fonction est inévitable, les conséquences doivent être limitées au maximum;

Considérant que pour ce faire, il faut suffisamment de prestataires d'aides et de soins, financés de manière adéquate;

Considérant l'évolution démographique différente de la population âgée dans les Communautés et Régions et le besoin d'unités de soins supplémentaires qui en résulte;

Considérant de manière objective que les besoins liés à cette évolution démographique peuvent, notamment, être rencontrés par une augmentation des capacités d'accueil.

Considérant qu'il importe d'aboutir à terme à une intégration du financement des maisons de repos et maisons de repos et de soins, de manière à assurer pour chaque résident avec un profil de soins lourd un financement identique permettant d'assurer les soins adéquats; et qu'il importe donc de favoriser l'extension de capacités d'accueil destinées aux soins;

Considérant qu'il est nécessaire d'optimiser la répartition de l'offre de lits de maisons de repos pour personnes âgées ainsi que le recours aux centres de soins de jour;

Considérant qu'une attention particulière doit être consacrée aux soins prodigués par les proches et les dispensateurs professionnels de soins à domicile et qu'il convient, dès lors, de développer des alternatives d'accueil, en support aux soins à domicile, notamment, par le recours au « court-séjour » et des autres formules alternatives de soins, offertes en collaboration entre le secteur à domicile et les institutions;

Gelet op het tekort of de afwezigheid in sommige Gemeenschappen en Gewesten, na de eerste en tweede reconversiefase, aan residentiële structuren, aangepast aan de behoeften van ouderen met gestabiliseerde chronische psychische stoornissen en waarvoor in die richtingen derhalve initiatieven moeten worden ontwikkeld;

Overwegende dat de Gemeenschappen en Gewesten in het kader van hun bevoegdheden een specifieke wetgeving hebben ontwikkeld betreffende de procedures voor het verlenen van de erkenningen;

Overwegende dat er overeengekomen is dat er in de nog op te richten specifieke Interministeriële Conferentie voor ouderen een werkgroep zich zou moeten buigen over de problematiek van het vervoer en over een betere afstemming van de verschillende normen die zowel op Federaal niveau als in de Gemeenschappen en Gewesten van toepassing zijn;

Wordt overeengekomen wat volgt :

Hoofdstuk 1. — Over het te voeren beleid :

1. De Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten komen overeen om in de Interministeriële Conferentie voorstellen uit te werken met het oog op een coherent ouderenzorgbeleid, om aldus te voorzien in de behoeften aan opvang, begeleiding en verzorging van zorgbehoevende ouderen.

2. Een grondig overleg met de Gemeenschappen en Gewesten is absoluut noodzakelijk om een consensus te bereiken over de gemeenschappelijke doelstellingen voor ouderenzorg. Het resultaat kan de vorm aannemen van een samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten, dat de algemene doelstellingen vastlegt voor het te voeren ouderenbeleid.

Elke overheid stelt autonoom actieplannen op die deze doelstellingen helpen realiseren. Het akkoord moet een procedure omvatten waarbij de gemaakte vorderingen worden opgevolgd aan de hand van jaarlijkse rapporten op basis van gemeenschappelijke indicatoren.

Een bij akkoord vastgelegde coördinatiemethode geeft de beste waarborg op doeltreffendheid en biedt tegelijk aan elke overheid de mogelijkheid om haar specifiek beleid te ontwikkelen. Dit sluit bovendien perfect aan bij de internationale samenwerking rond het Internationaal Plan inzake bejaardenbeleid, in het kader van de Verenigde Naties.

3. De Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten komen overeen om in een werkgroep ad hoc voorstellen uit te werken betreffende een gezamenlijk te overleggen gezondheidsbeleid om aldus tegemoet te komen aan de behoeften van ouderen met gestabiliseerde chronische psychiatrische stoornissen, welke opvang, begeleiding en zorg nodig hebben, en dat met het oog op een samenhang tussen de gevoerde beleidsvormen.

Hoofdstuk 2. — Over de programmatie van de opvangstructuren :

Om tegemoet te komen aan de beheersing van de uitgaven in het kader van het budget van de ziekteverzekering dat door de federale overheid voor de sector van de rusthuizen wordt vastgesteld, verbinden de Gemeenschappen en de Gewesten zich ertoe om :

1. het moratorium betreffende de volgende geprogrammeerde structuren in acht te nemen, wat betekent dat

er geen nieuwe princiepsakkoorden of nieuwe voorafgaande vergunningen meer toegekend worden, behalve bij een gelijkwaardige vermindering of overdracht van princiepsakkoorden die door de bevoegde communautaire of regionale overheid m.b.t. de volgende situatie omstandig dient te worden gemotiveerd en geattesteerd :

Considérant le manque ou l'absence dans certaines Communautés et Régions, après les première et deuxième phases de reconversion, de structures résidentielles qui soient adaptées aux besoins des personnes âgées ayant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés et qu'il est dès lors, nécessaire de développer des initiatives allant en ce sens;

Considérant que, dans le cadre de leurs compétences, les Communautés/Régions ont développé une législation spécifique relative aux procédures d'octroi des agréments;

Considérant qu'il a été convenu que dans la Conférence interministerielle spécifique aux personnes âgées, qui doit encore être organisée, un groupe de travail devrait se pencher sur la problématique des transports et sur une meilleure harmonisation des différentes normes qui s'appliquent, tant au niveau fédéral que dans les Communautés et les Régions;

Il est convenu ce qui suit :

Chapitre 1^{er}. — De la politique à mener :

1. L'Etat fédéral et les Communautés et Régions conviennent de mettre au point, au sein de la Conférence interministerielle des personnes âgées, des propositions visant à une politique de santé concertée afin de faire face aux besoins des personnes âgées nécessitant des soins de prise en charge, d'accompagnement et de soins

2. Une concertation approfondie avec les Communautés et les Régions est absolument nécessaire pour arriver à un consensus sur les objectifs communs en matière de soins pour les personnes âgées. Le résultat peut prendre la forme d'un accord de collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés et Régions fixant les objectifs globaux pour la politique à suivre en matière de personnes âgées.

Chaque autorité établit d'une manière autonome des plans d'action aidant à réaliser ces objectifs. L'accord doit inclure une procédure où les progrès réalisés sont suivis sur la base de rapports annuels en fonction d'indicateurs communs.

Une méthode de coordination fixée par un accord offre la meilleure garantie en matière d'efficacité tout en permettant à chaque autorité de mettre au point sa gestion spécifique. Ce qui, en outre, s'harmonise parfaitement avec la coopération internationale relative au Plan international en matière de politique des personnes âgées dans le cadre des Nations Unies.

3. L'Etat fédéral et les Communautés et Régions conviennent de mettre au point, au sein d'un groupe de travail ad-hoc, des propositions visant à une politique de santé concertée afin de faire face aux besoins des personnes âgées ayant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés, nécessitant une prise en charge, un accompagnement et des soins, et ceci dans un souci de cohérence entre les politiques menées.

Chapitre 2. — de la programmation des structures d'accueil :

Afin de maîtriser l'évolution des dépenses dans le cadre du budget de l'assurance maladie, fixé par le gouvernement fédéral pour le secteur des maisons de repos, les Communautés et Régions s'engagent :

1. à respecter le moratoire sur les structures programmées suivantes, ce qui signifie :

à ne plus octroyer de nouveaux accords de principe ou de nouvelles autorisations préalables, sauf en cas de réduction équivalente ou de transfert d'accords de principe dûment motivés et attestés par l'autorité communautaire ou régionale compétente par rapport à la situation suivante :

A. Voor de rusthuizen :

Op 31 december 2002 wordt de opvangcapaciteit van de rusthuizen als volgt vastgesteld :

Bestaand
 programmatie
 Verschil
 Vlaamse Gem.
 36.908
 46.075
 9.167
 Waals Gewest
 33.300
 35.645
 2.345
 Tweektalig
 gebied Brussel
 CCC
 COCOF
 11.282
 12.981
 1.699
 Duitstalige Gem.
 323
 414
 91
 België
 81.813
 95.115
 13.302

Overwegende dat de programmatie voor de Duitstalige Gemeenschap aanvankelijk was ondergeprogrammeerd, is er een correctie wenselijk. Voorzover de programmatie van 5,37 plaatsen, rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen samen, per 100 60 plussers niet wordt bereikt in de Duitstalige gemeenschap, wordt de programmatie van de opvangcapaciteit voor rusthuizen verhoogd met 130 rusthuisbedden.

Bestaand
 programmatie
 Verschil
 Vlaamse Gem.
 36.908
 46.075
 9.167
 Waals Gewest
 33.300
 35.645
 2.345
 Tweektalig
 gebied Brussel
 GGC
 COCOF
 11.282
 12.981
 1.699
 Duitstalige Gem.
 323
 544
 221
 België
 81.813
 95.245
 13.432

A. Pour les maisons de repos :

Au 31 décembre 2002, la capacité d'accueil des maisons de repos, est établie comme suit :

Existant
 Programmés
 Différence
 Comm. flamande
 36.908
 46.075
 9.167
 Région wallonne
 33.300
 35.645
 2.345
 Région
 bilingue Bruxelles
 CCC
 COCOF
 11.282
 12.981
 1.699
 Comm. germanophone
 323
 414
 91
 Belgique
 81.813
 95.115
 13.302

Considérant que la programmation en Communauté germanophone a été initialement sous-évaluée, il convient de la corriger. Pour autant que la programmation de 5,37 places, maisons de repos et maisons de repos et de soins ensemble, par 100 personnes de 60 ans et plus, n'est pas atteinte en Communauté germanophone, la programmation pour la capacité d'accueil des maisons de repos est augmentée de 130 lits MRPA.

Existant
 Programmés
 Différence
 Comm. flamande
 36.908
 46.075
 9.167
 Région wallonne
 33.300
 35.645
 2.345
 Région
 bilingue Bruxelles
 CCC
 COCOF
 11.282
 12.981
 1.699
 Comm. germanophone
 323
 544
 221
 Belgique
 81.813
 95.245
 13.432

A.bis Voor de rusthuizen in 2003 :

Wat betekent dat de Gemeenschappen en Gewesten zich ertoe verbinden om tegen 31 december 2003 maximaal de volgende rusthuisbedden te openen :

Max. totaal

Op 31 december 2003

Vlaamse Gem.

37.908

Waals Gewest

35.645

Tweetalig gebied Brussel

GGC

COCOF

12.981

Duitst. Gem.

353

B. Voor de rust- en verzorgingstehuizen :

Op 31 december 2002 wordt de opvangcapaciteit van de rust- en verzorgingstehuizen als volgt vastgesteld :

bestaand

Programmatie

Verschil

Vlaamse Gem.

26.124

26.662

538

Waals Gewest

13.129

13.129

0

Tweetalig gebied Brussel

GGC

COCOF

5.045

5.045

0

Duitstalige Gem.

306

306

0

België

44.604

45.142

538

C. Voor de dagverzorgingscentra :

Op 31 december 2002 wordt de opvangcapaciteit van de dagverzorgingscentra als volgt vastgesteld :

Bestaand

Programmatie

Verschil

Vlaamse Gem.

818

1.675

857

Waals Gewest

230

870

640

A.bis Pour les maisons de repos en 2003 :

Ce qui signifie que les Communautés et Régions s'engagent à ouvrir au maximum pour le 31 décembre 2003, les lits de maisons de repos :

Total max.

Au 31 décembre 2003

Comm. flamande

37.908

Région wallonne

35.645

Région bilingue Bruxelles

CCC

COCOF

12.981

Comm. germanophone

353

B. Pour les maisons de repos et de soins :

Au 31 décembre 2002, la capacité d'accueil des maisons de repos et de soins, est établie comme suit :

Existant

Programmés

Différence

Comm. flamande

26.124

26.662

538

Région wallonne

13.129

13.129

0

Région bilingue Bruxelles

CCC

COCOF

5.045

5.045

0

Comm. germanophone

306

306

0

Belgique

44.604

45.142

538

C. Pour les centres de soins de jour :

Au 31 décembre 2002, la capacité d'accueil des centres de soins de jours, est établie comme suit :

existant

Programmés

Différence

Comm. flamande

818

1.675

857

Région wallonne

230

870

640

Tweetalig gebied Brussel
GGC
COCOF
96
248
152
Duitstalige Gem.
5
19
14
België
1.149
2.812
1.663
De eerste alinea van het punt 7 van het aanhangsel nr. 2 bij het protocol van 9 juni 1997 die vermeldt dat :
« De opening van een plaats in een centrum voor dagverzorging is ondergeschikt aan de gelijkwaardige sluiting van een rusthuisbed of de niet-opening van een voor het lopende jaar geprogrammeerde rusthuisbed. Het bewijs van de gelijkwaardige sluiting of de niet-opening van een geprogrammeerd bed moet door de Gemeenschappen/Gewesten geleverd worden. » wordt met ingang vanaf 1 januari 2003 geschrapt.
<i>C.bis.</i> Voor de dagverzorgingscentra in 2003 :
Wat betekent dat de Gemeenschappen en Gewesten zich ertoe verbinden om tegen 31 december 2003 maximaal de volgende plaatsen in dagverzorgingscentra te openen :
Bestaand op 31 december 2002
Max. voorzien 2003
Geprogrammeerd 2003
Verschil
Vlaamse Gem.
818
200
1.988
970
Waals Gewest
230
0
1.045
815
Tweetal. Gebied Brussel
Brussel CCC
COCOF
96
120
294
78
Duitstalige Gem.
5
6
24
13
België
1.149
326
3.351
1.876

Région bilingue Bruxelles
CCC
COCOF
96
248
152
Comm. germanophone
5
19
14
Belgique
1.149
2.812
1.663
Le premier alinéa du point 7 de l'avenant n° 2 au protocole du 9 juin 1997 énonçant que :
« L'ouverture d'une place en centre de soins de jour est subordonnée à la fermeture équivalente d'un lit de maison de repos ou à la non-ouverture d'un lit de maison de repos programmé pour l'année en cours. La preuve de la fermeture équivalente ou de la non-ouverture d'un lit programmé sera apportée par les Communautés/Régions. » est supprimé à partir du 1 ^{er} janvier 2003.
<i>C.bis.</i> Pour les centres de soins de jours en 2003 :
Ce qui signifie que les Communautés et Régions s'engagent à ouvrir, au maximum pour le 31 décembre 2003, les places de centres de soins de jour :
Existant au 31 décembre 2002
Max. prévus 2003
Programmés 2003
Diff.
Comm. flamande
818
200
1.988
970
Région wallonne
230
0
1.045
815
Région bilingue Bruxelles
CCC
COCOF
96
120
294
78
Comm. germanophone
5
6
24
13
Belgique
1.149
326
3.351
1.876

2. Mogelijkheden van uitbreiding van de capaciteit :

A. Principes :

De programmatie van de Gemeenschappen/Gewesten inzake rusthuizen en/of de federale programmatie inzake rust- en verzorgingshuizen wordt verruimd en omgevormd tot een programmatie van zorgstructuren waarbij er rekening gehouden wordt met het aantal zorgbehoeftige ouderen en de demografische evolutie van de verschillende leeftijdsklassen boven 60 jaar.

B. over de uitbreiding :

De Gemeenschappen en Gewesten verbinden zich ertoe om de nieuwe principesakkoorden of nieuwe voorafgaande vergunningen voor het verlenen van de erkenning van nieuwe zorgenheden te beperken tot het onderstaande gepreciseerde aantal.

De verleende zorg wordt gefinancierd door de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dat betekent dat de federale overheid in de nodige financiële middelen voor een zo groot mogelijke financiering van de opvangstructuren voorziet, overeenkomstig de in "RVT-equivalenten" uitgedrukte programmatie voor 2003.

Deze capaciteit komt overeen met de capaciteit zoals beschreven in punt 1, eventueel te verhogen met de bijkomende capaciteit zoals voorzien in de in punt 2 bedoelde uitbreiding en volgens de in punt 4 toegepaste equivalentieregels.

C. Voor het jaar 2003 (op 31 december 2003) :

Voor het jaar 2003 is het totale aantal "RVT-equivalenten", eventueel toe te voegen aan de in punt 1 bedoelde capaciteit, voor het hele Rijk gelijk aan :

2.067/1.69

Dat wordt verdeeld als volgt :

Vlaamse Gemeenschap : 1.352/1.69

Waalse Gewest : 645/1.69

Tweetalig gebied Brussel Hoofdstad 41/1.69

Duitstalige Gemeenschap : 29/1.69

3. De in punt 2 C omschreven bijkomende capaciteit, uitgedrukt in "RVT-equivalenten", kan worden aangewend voor de fysieke uitbreiding van het aantal plaatsen, voor een reconversie volgens de in punt 4 bepaalde equivalentieregels of een combinatie van beide, met dien verstande dat de prioriteit gegeven moet worden aan een betere opvang van de sterk afhankelijke patiënten in rust- en verzorgingshuizen.

4. Equivalentieregels :

Voor elke uitbreiding van één "RVT-equivalent", voorzien in de erkende capaciteit, overeenkomstig punt 2 C, kunnen de volgende equivalentieregels toegepast worden :

- 1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 1 nieuw rust- en verzorgingstehuisbed;

- 1 RVT-equivalent geeft recht op de omschakeling van 2,61 bestaande rusthuisbedden, begrepen in de in punt 1, A, bedoelde capaciteit, naar rust- en verzorgingstehuisbedden;

- 1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 3,21 plaatsen voor kortverblijf (*) in bestaande en erkende rusthuizen of rust- en verzorgingstehuisbedden (RVT);

- 1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 0,89 plaats in psychiatrische verzorgingstehuizen;

- 1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 2,06 plaatsen in dagverzorgingscentra.

(*) m.b.t. het kortverblijf verbinden de Gemeenschappen en Gewesten en de Federale Staat zich ertoe om op korte termijn de relevantie van de equivalentieregel te evalueren en een gemeenschappelijke basisdefinitie uit te werken.

Voorzover de programmatie van 5,37 plaatsen, rusthuizen en RVT samen, per 100 60-plussers niet wordt bereikt, kan de volgende equivalentieregel worden toegepast :

1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 3,21 rusthuisbedden.

2. Des possibilités d'extension des capacités :

A. Principes :

La programmation des Communautés/Régions en matière de maisons de repos et/ou la programmation fédérale en matière de maisons de repos et de soins est élargie et transformée en programmation de structures de soins, en tenant compte du nombre de personnes ayant besoin de soins et de l'évolution démographique des différentes classes d'âge au-dessus de 60 ans.

B. de l'extension :

Les Communautés et les Régions s'engagent à limiter les nouveaux accords de principe ou nouvelles autorisations préalables pour l'agrément de nouvelles unités de soins dont le nombre est repris ci-dessous.

Les soins dispensés sont financés par l'assurance soins de santé. Cela signifie que l'autorité fédérale prévoira les moyens financiers nécessaires pour couvrir au maximum le financement des capacités d'accueil de soins comme prévu dans la programmation pour 2003, exprimés en « équivalents MRS ».

Cette capacité correspond à la capacité reprise au point 1, à laquelle peut être ajoutée la capacité supplémentaire prévue par l'élargissement visé au point 2 et selon les règles d'équivalence prévues au point 4.

C. Pour l'année 2003 (au 31 décembre 2003) :

Pour l'année 2003, le nombre « d'équivalent MRS » qui peut venir s'ajouter à la capacité reprise au point 1 est pour l'ensemble du Royaume de :

2.067/1.69

Et se répartit comme suit :

Communauté flamande : 1.352/1.69

Région wallonne : 645/1.69

Région bilingue de Bruxelles-Capitale 41/1.69

Communauté germanophone : 29/1.69

3. La capacité supplémentaire définie dans le point 2 C, et exprimée en « équivalents MRS », peut être utilisée soit pour l'élargissement physique du nombre de places, soit pour une reconversion suivant des règles d'équivalence précisées au point 4, soit pour une combinaison des deux, étant entendu que priorité doit être donnée à une amélioration de la prise en charge pour les patients fortement dépendants en maison de repos et de soins.

4. Règles d'équivalence :

Pour chaque extension d'une unité « d'équivalents MRS » prévue dans la capacité autorisée, comme repris au point 2 C, les règles d'équivalence suivantes peuvent être appliquées

- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 1 nouveau lit de maison de repos et de soins (MRS)

- 1 équivalent MRS donne droit à la reconversion de 2,61 lits de maison de repos existants et compris dans la capacité définie au point 1, A, en lits de maison de repos et de soins;

- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 3,21 places de court-séjour (*) en maison de repos ou en lits de maisons de repos et de soins existants et agréés;

- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 0,89 place de maison de soins psychiatriques;

- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 2,06 places de centre de soins de jour.

(*) en ce qui concerne le court-séjour, les Communautés et Régions et l'Etat fédéral s'engagent à évaluer à court terme la pertinence de la règle d'équivalence et à développer une définition commune de base.

Pour autant que la programmation de 5,37 places, maisons de repos et maisons de repos et de soins ensemble, par 100 personnes de 60 ans et plus, n'est pas atteinte, la règle d'équivalence suivante peut-être appliquée :

1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 3,21 lits de maisons de repos.

5. Zonder voorbehoud van de maatregelen hernomen in punt 6, de Gemeenschappen en de Gewesten moeten een jarenplan opstellen; ze verbinden er zich toe prioriteit te verlenen aan de omschakeling van bestaande rusthuisbedden, waarin voor het ogenblik patiënten opgevangen worden met een zwaar profiel (B en C) teneinde het aantal van die patiënten in rusthuizen geleidelijk aan te verminderen.

De Federale Staat verbindt er zich toe dat het RIZIV de nodige en relevante gegevens verstrekt.

In voorkomend geval kunnen er prioriteitsregels in functie van het profieltype (B, C, C+, Cd) in een aanhangsel bij dit protocol vastgesteld worden.

De Gemeenschappen en de Gewesten verbinden er zich eveneens toe om in het kader van het jarenplan een beleid betreffende alternatieve zorgstructuren op te zetten.

6. De financiële middelen die overeenstemmen met de in punt 2C bedoelde "RVT-equivalenten", kunnen eveneens geheel of gedeeltelijk aangewend worden voor de financiering van nieuwe alternatieven met het oog op een betere opvang van de patiënten, waarbij het zo lang mogelijk thuis blijven wonen de prioriteit moet krijgen.

De financiering is ondergeschikt aan het afsluiten van contracten tussen de bevoegde overheden.

Voor elk project van dit type wordt er een financiële en functionele band met de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging vereist zoals deze gedefinieerd zijn in het kader van het protocol van 25 juni 2001, gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg.

In voorkomend geval kan er eveneens in een band met een structuur van het type rusthuis en/of rust- en verzorgingstehuis worden voorzien.

Een evaluatie van de projecten wordt uitgevoerd door een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende ondertekenende partijen van dit protocol.

Het doel van deze evaluatie is tweevoudig :

Met name de uitwisseling van "goede praktijkvoeringen" onder de verschillende partijen mogelijk maken en voorts om te evalueren of het project op het gehele grondgebied kan of moet veralgemeend worden dan wel of er aan het lopende experiment een einde gemaakt moet worden.

7. De bijkomende in punt 2C bedoelde capaciteit, die in 2003 eventueel niet volledig gebruikt wordt en waarvoor de overeenstemmende financiële middelen niet gebruikt mochten worden in het kader van projecten zoals bedoeld in het vorige lid, mag in « portefeuille » gehouden worden gedurende een periode van 2 jaar na het referentiejaar voor toekenning van de overeenstemmende RVT-equivalenten, wanneer het gaat om bestaande structuren, en van 5 jaar, wanneer het om nieuwbouw gaat.

De Gemeenschappen en de Gewesten verbinden zich ertoe om bij de evaluatie, 2003, waarin punt 8 voorziet, of bij de latere jaarlijkse evaluaties de nodige bewijstukken m.b.t. de capaciteit in portefeuille voor te leggen

8. Eind 2003 wordt er een kwalitatieve en kwantitatieve analyse uitgevoerd, met name op basis van door de Gemeenschappen en de Gewesten doorgestuurde meerjarenplannen.

Op basis van deze evaluatie kan er beslist worden om de programmatie, bedoeld in punt 3 en in de bijlage, voor de komende jaren, voort te zetten en dat in functie van de geactualiseerde demografische gegevens alsook van het voortzetten van het systeem van "RVT-equivalenten".

In geval van voortzetting van het systeem vindt de evaluatie van het plan jaarlijks plaats.

De reeds geprogrammeerde en in punt 1 A, B en C bedoelde capaciteit kan vanaf 2004 volgens het principe van RVT-equivalenten gebruikt worden, en dat overeenkomstig later nog te bepalen omschakelingsregels.

5. Sans préjudice des dispositions reprises au point 6, les Communautés et Régions rédigeront un plan annuel et s'engagent à donner priorité à la reconversion de lits de maisons de repos existants qui accueillent actuellement des patients de profil lourd (B et C), en vue de diminuer graduellement le nombre de ces patients en maisons de repos.

L'Etat fédéral s'engage à ce que l'INAMI fournisse les informations nécessaires et pertinentes.

Le cas échéant, des règles de priorités en fonction du type de profil (B, C, C+, Cd) pourraient être définies dans un avenant au présent protocole.

Les Communautés et Régions s'engagent également à développer dans le cadre du plan annuel une politique relative aux structures alternatives de soins.

6. Les moyens financiers correspondants aux « équivalents MRS » repris au point 2C peuvent également être utilisés en tout ou en partie pour financer de nouvelles alternatives ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients et tenant compte de la priorité qui doit être donnée au maintien à domicile.

Le financement sera lié à la conclusion de contrats entre les autorités compétentes concernées.

Un lien financier et fonctionnel avec les services intégrés de soins à domicile tels que définis dans le cadre du protocole du 25 juillet 2001 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne, sera exigé pour tout projet de ce type.

Le cas échéant un lien avec une structure de type maisons de repos et/ou maisons de repos et de soins pourra également être prévu.

Une évaluation des projets sera réalisée par un groupe de travail composé des représentants des différentes parties co-signataires du présent protocole.

L'objectif de cette évaluation est double :

D'une part, permettre l'échange de « bonnes pratiques » entre les différentes parties; d'autre part, évaluer si le projet soumis peut ou doit être généralisé sur l'ensemble du territoire, ou si une fin doit être mise à l'expérience en cours.

7. La capacité supplémentaire définie dans le point 2C qui ne serait pas utilisée totalement en 2003 et pour laquelle les moyens financiers correspondants n'auraient pas été utilisés dans le cadre de projets, tels que visés à l'alinéa précédent, peut-être gardée en « portefeuille », pendant une période de 2 ans après l'année de référence d'octroi des équivalents MRS correspondants, lorsqu'il s'agit de reconversion de structures existantes et de 5 ans lorsqu'il s'agit de nouvelles constructions.

Les Communautés et Régions s'engagent à transmettre les pièces nécessaires pour justifier la capacité en portefeuille lors de l'évaluation de 2003, prévue au point 8, ou des évaluations annuelles ultérieures.

8. Fin 2003, une analyse qualitative et quantitative sera effectuée, notamment sur base des plans pluriannuels transmis par les Régions et Communautés.

Sur base de cette évaluation, il pourra être décidé, le cas échéant de la poursuite de la programmation prévue au point 3 et reprises en annexe pour des années futures, notamment en fonction des données démographiques actualisées, ainsi que de la poursuite du système « d'équivalents MRS ».

En cas de poursuite de ce système, l'évaluation du plan aura lieu annuellement.

Pour ce qui concerne les capacités déjà programmées reprises au point 1 A, B et C, elles pourraient être utilisées à partir de 2004 selon le principe des « équivalents MRS » et selon des règles de reconversion à définir ultérieurement

9. De overdracht en de uitwisseling van gegevens tussen de diensten van de Federale Overheid, in het bijzonder Sociale Zaken, Volksgezondheid, Economische Zaken en het RIZIV en de diensten van de Gemeenschappen en Gewesten, moet gewaarborgd worden.

De aard van die gegevens en het middel waarop die worden overgedragen moeten in voorkomend geval het voorwerp uitmaken van een aanhangsel bij dit protocol.

10. Dit protocol treedt in werking op de dag van de ondertekening ervan.

Aldus overeengekomen te Brussel op 1 januari 2003.

9. Le transfert et l'échange d'informations entre les services dépendant du Gouvernement Fédéral, à savoir les Affaires Sociales, la Santé Publique les Affaires économiques et l'INAMI et les services dépendant des Communautés et Régions seront garantis.

La nature de ces informations et leur moyen de transmission feront, le cas échéant, l'objet d'un avenant au présent protocole.

10. Le présent protocole entre en vigueur le jour de sa signature

Ainsi conclu à Bruxelles le 1^{er} janvier 2003.

Voor de Federale Regering — Pour le Gouvernement fédéral :

De Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu,
Le Ministre de la Protection de la Consommation,
de la Santé publique et de l'Environnement,
J. TAVERNIER

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

Voor de Vlaamse Regering :

De Minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking,
M. VOGELS

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft:

Der Minister für Jugend und Familie, Denkmalschutz, Gesundheit und Soziales,
H. NIESSEN

Pour le Gouvernement wallon :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé :
T. DETIENNE

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,
Mme N. MARECHAL

Pour le Collège de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

Le Membre du Collège, chargé du Budget, de l'Action sociale et de la Famille,
A. HUTCHINSON

Le Membre du Collège, chargé de la Santé,
D. GOSUIN

Voor het Verenigd College
van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College,
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,

J. CHABERT

Het Lid van het College,
bevoegd voor de Bijstand aan Personen
en het Openbaar Ambt,

G. VANHENGEL

Pour le Collège réuni
de la Commission communautaire commune
de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Membre du Collège réuni,
compétent pour la Politique de la Santé,

D. GOSUIN

Le Membre du Collège réuni,
compétent pour l'Aide aux Personnes
et de la Fonction publique,

E. TOMAS