

Art. 2. En cas de manque de travail résultant de causes économiques, l'exécution du contrat de travail d'ouvrier peut être totalement suspendue moyennant une notification par affichage dans les locaux de l'entreprise, à un endroit apparent, au moins sept jours à l'avance, le jour de l'affichage non compris.

Lorsque le travailleur est absent le jour de l'affichage, une notification lui est envoyée par lettre recommandée le jour-même.

Art. 3. La durée de la suspension totale de l'exécution du contrat de travail d'ouvrier pour manque de travail résultant de causes économiques ne peut dépasser dix-huit semaines. Lorsque la suspension totale de l'exécution du contrat a atteint la durée maximale prévue, l'employeur doit rétablir le régime de travail à temps plein pendant une semaine complète de travail, avant qu'une nouvelle suspension totale ne puisse prendre cours.

Art. 4. En application de l'article 51, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, la notification visée à l'article 2 mentionne la date à laquelle la suspension totale de l'exécution du contrat prend cours, la date à laquelle cette suspension prend fin, et les dates auxquelles les ouvriers sont mis en chômage.

Art. 5. Le présent arrêté produit ses effets le 8 juin 2009 et cesse d'être en vigueur le 6 décembre 2010.

Art. 6. La Ministre qui a l'Emploi dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 28 juin 2009.

ALBERT

Par le Roi :

La Vice-Première Ministre
et Ministre de l'Emploi et de l'Égalité des Chances,
Mme J. MILQUET

—
Note

(1) Références au *Moniteur belge* :

Loi du 3 juillet 1978, *Moniteur belge* du 22 août 1978.

Loi du 30 décembre 2001, *Moniteur belge* du 31 décembre 2001.

Art. 2. Bij gebrek aan werk wegens economische oorzaken, mag de uitvoering van de arbeidsovereenkomst voor werklieden volledig worden geschorst, mits ervan kennis wordt gegeven door aanplakking op een goed zichtbare plaats in de lokalen van de onderneming, ten minste zeven dagen vooraf, de dag van de aanplakking niet inbegrepen.

Wanneer de werkmán de dag van de aanplakking afwezig is, wordt hem de kennisgeving dezelfde dag bij aangetekende brief gezonden.

Art. 3. De duur van de volledige schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst voor werklieden bij gebrek aan werk wegens economische oorzaken mag achttien weken niet overschrijden. Wanneer de volledige schorsing van de uitvoering van de overeenkomst de voorziene maximumduur heeft bereikt, moet de werkgever gedurende een volledige arbeidsweek de regeling van volledige arbeid opnieuw invoeren, alvorens een nieuwe volledige schorsing kan ingaan.

Art. 4. Met toepassing van artikel 51, § 1, vijfde lid van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, vermeldt de in artikel 2 bedoelde kennisgeving de datum waarop de volledige schorsing van de uitvoering van de overeenkomst ingaat, de datum waarop deze schorsing een einde neemt en de data waarop de werklieden werkloos gesteld worden.

Art. 5. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 8 juni 2009 en treedt buiten werking op 6 december 2010.

Art. 6. De Minister bevoegd voor Werk is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 28 juni 2009.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eerste Minister
en Minister van Werk en Gelijke kansen,
Mevr. J. MILQUET

—
Nota

(1) Verwijzingen naar het *Belgisch Staatsblad* :

Wet van 3 juli 1978, *Belgisch Staatsblad* van 22 augustus 1978.

Wet van 30 december 2001, *Belgisch Staatsblad* van 31 december 2001.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2009 — 2545

[C — 2009/22346]

2 JUILLET 2009. — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté royal qui Vous est présenté vise à fixer les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions avec des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins destinés à des personnes âgées fragiles.

Le point de départ du présent arrêté est la croissance démographique à prévoir du nombre de personnes âgées dans les années à venir et le risque de voir le système actuel des soins aux personnes âgées être mis fortement sous pression.

Il est donc extrêmement important de chercher des alternatives qui permettent d'éviter que les personnes âgées doivent quitter trop tôt leur domicile en raison d'une lourde dépendance en soins et/ou d'une perte d'autonomie évitable.

La finalité du présent arrêté est de développer de nouvelles stratégies émanant du terrain qui soutiennent au maximum l'autonomie de la personne âgée à domicile et qui permettent ainsi d'éviter une admission prématurée dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins.

Toutes les parties concernées dans le secteur des soins aux personnes âgées sont invitées à introduire leurs propositions de projets.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2009 — 2545

[C — 2009/22346]

2 JULI 2009. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het besluit dat U voorgelegd wordt heeft tot doel de regels te bepalen waaronder het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan afsluiten met projecten voor alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

Het uitgangspunt voor dit besluit is de te verwachten demografische toename van het aantal ouderen in de komende jaren, waardoor het gevaar bestaat dat het bestaande systeem van ouderenzorg onder zware druk zal komen te staan.

Daarom is het van het grootste belang dat er gezocht wordt naar alternatieven die kunnen voorkomen dat ouderen te vroeg hun thuis moeten verlaten omwille van zware zorgafhankelijkheid en/of verminderbaar autonomie verlies.

Het uiteindelijke doel van dit besluit is het van uit het werkveld ontwikkelen van nieuwe strategieën die de autonomie van de oudere thuis maximaal ondersteunen en zo een vroegtijdige opname in een rustoord voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis vermijden.

Alle betrokken partijen in de sector van de ouderenzorg worden uitgenodigd hun projectvoorstellen in te dienen.

Ces projets, qui constituent un ensemble d'interventions de soins, doivent satisfaire aux dispositions du présent arrêté. Cela signifie d'une part que le groupe cible choisi doit satisfaire à la définition de personnes âgées fragiles prévue à l'article 1^{er}, 6°, et d'autre part que les projets doivent s'inscrire dans le cadre d'une des quatre catégories, comme défini à l'article 3.

Les projets de la catégorie 1 visent à étendre l'offre transmurale actuelle qui se limite actuellement au court-séjour et aux centres de soins de jours, afin que les personnes âgées séjournent plus longtemps à leur domicile en leur offrant des soins de répit et en soutenant les aidants proches. Dans ces projets, la coordination entre les soins résidentiels offerts et les soins à domicile organisés est un aspect important.

Des exemples sont :

- le court-séjour de revalidation
- l'accueil de crise (différent d'une place de court-séjour)
- l'accueil de nuit
- l'activité de soins pour personnes atteintes de démence dans un accueil de jour agréé par les Communautés et Régions peu importe la dénomination officielle de ces initiatives dans la Communauté ou Région concernée.

Les projets de la catégorie 2 concernent des activités de soins qui sont dispensées par des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), des maisons de repos et de soins (MRS) et des centres de soins de jour (CSJ) à des patients qui séjournent encore à domicile. Il importe ici que ces soins soient dispensés en complémentarité avec l'offre existante de soins et certainement pas de remplacer les soins déjà administrés.

Des exemples sont :

- l'intervention ergothérapeutique pour soutenir l'autonomie
- le soutien psychologique en cas de problèmes résultant d'une perte d'autonomie de la personne âgée et/ou des aidants proches (à l'exclusion des traitements en soins de santé mentale)
- l'avis infirmier gériatrique (en complémentarité et continuité avec les soins infirmiers à domicile)
- l'*outreaching* (notamment chez les personnes atteintes de démence) par exemple en prévoyant un praticien de l'art infirmier ou un aide-soignant mobile pendant la nuit.

Les projets de la catégorie 3 concernent davantage l'aspect organisationnel de l'offre de soins aux patients à domicile : trajet de soins, coordination, continuité, concertation, évaluation des soins, planification et suivi. Au sein de ces nouvelles collaborations, de nouvelles activités de soins peuvent également être proposées au domicile des personnes âgées (par exemple : la gestion de cas, l'ergothérapie de maintien de l'autonomie, le soutien psychologique).

Les projets de la catégorie 4 garantissent une offre de soins et de soutien aux soins aux utilisateurs de nouvelles formes alternatives d'habitat se situant entre le domicile et la maison de repos. Ce qui importe ici, c'est que ces formes d'habitat n'ont pas leur propre équipe de soins mais font appel à l'équipe de soins de partenaires locaux. En principe, il s'agit du partenaire régulier de la première ligne, mais des accords peuvent également être conclus avec les partenaires des soins résidentiels en ce qui concerne par exemple les soins de nuit ou les soins d'urgence. En outre, ces formes d'habitat doivent comporter un aspect communautaire (par ex. pour les repas et/ou les courses). Il ne peut pas s'agir en l'occurrence de formes déguisées de résidences-services ou de maisons de repos afin de contourner la programmation de ces services.

Les moyens financiers pour le financement de ces projets ont été fixés dans le troisième protocole d'accord concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées, conclu le 13 juin 2005 entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution et qui proviennent en partie du budget prévu pour la reconversion de lits MRPA en lits MRS et en partie des accords sociaux conclus en 2005 entre les partenaires sociaux du secteur non-marchand et de l'Autorité fédérale.

Ces moyens sont exprimés en termes d'« équivalents MRS », un équivalent MRS équivalant au coût pour l'assurance obligatoire d'un patient qui séjourne une journée en MRS. Ce montant s'élève actuellement à 60,80 euros.

Deze projecten, die een geheel van zorginterventies vormen, dienen te voldoen aan de bepalingen van dit besluit. Dit betekent dat enerzijds de gekozen doelgroep moet voldoen aan de definitie van kwetsbare ouderen zoals voorzien in artikel 1, 6° en anderzijds de projecten moeten kaderen binnen een van de vier categorieën, zoals gedefinieerd in artikel 3.

Projecten in categorie 1 beogen het bestaande transmurale aanbod, dat momenteel beperkt blijft tot kortverblijf en centra voor dagverzorging, te verbreden met als doel de oudere langer thuis te laten verblijven door het aanbieden van respijtzorg en door de mantelzorgers te ondersteunen. In deze projecten is de coördinatie tussen de aangeboden residentiële zorg en de georganiseerde thuiszorg een belangrijk aspect.

Voorbeelden kunnen zijn :

- Revaliderend kortverblijf
- Crisisopvang (verschillend van een plaats voor kortverblijf)
- Nachtopvang
- Zorgactiviteit voor personen met demantie in de door de Gemeenschappen en Gewesten erkende dagopvang ongeacht de officiële benaming van deze initiatieven in de betrokken Gemeenschap of Gewest.

Projecten in categorie 2 betreffen zorgactiviteiten die verleend worden door rustoorden voor bejaarden (ROB), rust- en verzorgingstehuizen (RVT) en centra voor dagverzorging (CDV) aan patiënten die nog thuis verblijven. Belangrijk hierin is dat deze zorgen gegeven worden ter ondersteuning van de bestaande zorgverlening en zeker niet de al toegediende verzorging vervangen.

Voorbeelden kunnen zijn :

- Autonomieondersteunende ergotherapeutische interventie
- Psychologische ondersteuning bij problemen ingevolge autonomieverlies van de oudere en/of mantelzorg (exclusief behandelingen in geestelijk gezondheidszorg)
- Geriatisch verpleegkundig advies (in complementariteit en continuïteit met de thuisverpleging)
- Outreachende zorg (o.a. bij personen met demantie) bijvoorbeeld door het inzetten van een mobiele verpleegkundige of zorgkundige tijdens de nacht.

Projecten in categorie 3 richten zich meer op het organisatorische aspect van de zorgverlening voor patiënten in de thuissituatie : zorgtraject, de coördinatie, continuïteit, het overleg, de zorgevaluatie, de planning en de opvolging. Binnen deze nieuwe samenwerkingsverbanden kunnen ook nieuwe zorgen aangeboden worden bij de oudere thuis (voorbeelden hiervan zijn : casemanagement, ergotherapie om de autonomie te behouden en psychologische ondersteuning).

Projecten in categorie 4 garanderen een zorgaanbod en zorgondersteunend aanbod aan gebruikers van nieuwe alternatieve woonvormen die zich situeren tussen de thuissituatie en het residentieel verblijf. Belangrijk hierin is dat deze woonvormen geen eigen zorgelijke hebben maar hiervoor beroep doen op de zorgelijke van plaatselijke partners. In principe gaat het om de reguliere partner van de eerste lijn, maar er kunnen ook afspraken gemaakt worden met de partners uit de residentiële zorg voor wat bijvoorbeeld de nachtzorg of de dringende zorg betreft. Verder dienen deze woonvormen ook een gemeenschapsaspect te omvatten (bijv. voor de maaltijden en/of de boodschappen). Het mag hier niet gaan om verdoken vormen van serviceflats of rustoorden om zo de programmering van deze diensten te omzeilen.

De financiële middelen om deze projecten te financieren werden vastgelegd in het derde protocolakkoord over het te voeren ouderenzorgbeleid, afgesloten op 13 juni 2005 tussen de federale regering en de overheden bedoeld in artikel 128, 130, 135 en 138, van de Grondwet en die deels afkomstig zijn van het budget dat voorzien werd voor de reconversie van ROB-bedden naar RVT-bedden en deels van de sociale akkoorden gesloten in 2005 tussen de sociale partners uit de non-profit sector en de Federale Regering.

Deze middelen worden uitgedrukt in termen van « RVT-equivalenten » waarbij een RVT-equivalent gelijk is aan de kostprijs voor de verplichte verzekering van een patiënt die gedurende een dag in een RVT verblijft. Dit bedraagt momenteel 60,80 euro.

Compte tenu d'un budget de 189 millions d'euros (exprimé selon l'indice actuel), il y a 8.511 équivalents MRS. Ces moyens ont été ventilés entre les différentes Communautés et Régions au pro rata de leur part dans la population totale des plus de 60 ans.

Le nombre d'équivalents MRS octroyés aux Communautés/Régions s'élève à :

- Communauté flamande : 5.123
- Région wallonne : 2.809
- Région de Bruxelles-Capitale : 511
- Communauté germanophone : 68
- Total : 8.511.

Parmi ce total, voici le nombre d'équivalents MRS consacrés aux soins alternatifs et de soutien aux soins aux personnes âgées (également répartis au pro rata de leur part dans la population totale des plus de 60 ans) :

- Communauté flamande : 1.024
- Région wallonne : 561
- Région de Bruxelles-Capitale : 294
- Communauté germanophone : 13
- Total : 1.894.

Ce nombre total d'équivalents correspond à un budget de 42 millions d'euros (exprimé selon l'indice actuel).

Ce budget permet également aux Communautés et Régions de créer des structures transmursales qui ont déjà un cadre réglementaire (à savoir le court-séjour et le centre de soins de jour) et qui donc ne nécessitent pas la conclusion d'une convention avec le Comité de l'assurance telle que visée dans le présent arrêté.

Une partie des moyens financiers est puisée de l'accord social de 2005. En application du point 10, alinéa 4, du protocole du 13 juin 2005, les Communautés et Régions ont l'obligation de prévoir de nouveaux emplois et ce au plus tard à l'échéance du troisième protocole d'accord, c'est-à-dire fin 2010. Au total, au moins 2.613 emplois doivent être créés grâce aux équivalents MRS. Septante au moins doivent être créés dans les services de soins infirmiers à domicile et ce dans le cadre des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins destinés à des personnes âgées fragiles.

Afin que ces 70 équivalents temps plein puissent être créés, les équivalents MRS suivants ont été réservés dans le total de 1.894 équivalents :

- Communauté flamande : 129
- Région wallonne : 73
- Région de Bruxelles-Capitale : 24
- Communauté germanophone : 2
- Total : 228.

Dans son avis n° 46.416/1, le Conseil d'Etat se demande s'il ne s'agit pas d'une violation des principes d'égalité et de non-discrimination étant donné que l'article 4 du présent arrêté impose uniquement à la Région wallonne de prévoir la création d'emplois.

Il est vrai que le présent arrêté mentionne expressément, et uniquement pour la Région wallonne, que les 33 (en 2008) et 40 (en 2009) équivalents MRS doivent être utilisés pour la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile. En outre, cette mention a été insérée à la demande expresse du ministre compétent étant donné qu'il s'agit d'une des priorités de la Région wallonne.

Le présent arrêté royal prévoit l'attribution de moyens qui étaient prévus à partir de 2008 et qui sont prévus à partir du 1^{er} octobre 2009. Cela signifie que, compte tenu du troisième protocole d'accord qui échoit fin 2010, l'obligation de création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile pour les autres Communautés/Régions sera également insérée dans un prochain arrêté royal qui prévoira cette dernière phase d'attribution de moyens aux projets de soins alternatifs et de soutien aux soins.

Il ne s'agit donc pas d'une violation des principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination.

Au niveau du nombre d'équivalents MRS qui leur ont été attribués, les Communautés et Régions ont pu mettre leur accent propre tant sur les équivalents MRS disponibles à partir du 1^{er} avril 2009 que sur ceux disponibles à partir du 1^{er} octobre 2009.

La Région de Bruxelles-Capitale a dans les deux cas prévu des équivalents MRS dans les 4 catégories sans restrictions supplémentaires.

Rekening houdende met een budget van 189 miljoen euro (uitgedrukt volgens de huidige index) zijn er 8.511 RVT-equivalenten. Deze middelen werden verdeeld over de verschillende Gemeenschappen en Gewesten pro rata hun aandeel in de totale bevolking van 60-plussers.

Het aantal RVT-equivalenten dat aan de Gemeenschappen/Gewesten werd toegekend bedraagt :

- Vlaamse Gemeenschap : 5.123
- Waals Gewest : 2.809
- Brussels Hoofdstedelijk Gewest : 511
- Duitstalige Gemeenschap : 68
- Totaal : 8.511.

Van dit aantal worden het volgende aantal RVT-equivalenten ingezet in het kader van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen (eveneens verdeeld pro rata van het aandeel in de totale bevolking van de 60-plussers) :

- Vlaamse Gemeenschap : 1.024
- Waals Gewest : 561
- Brussels Hoofdstedelijk Gewest : 294
- Duitstalige Gemeenschap : 13
- Totaal : 1.894.

Dit totaal aantal equivalenten komt overeen met een budget van 42 miljoen euro (uitgedrukt volgens de huidige index).

Deze middelen kunnen eveneens gebruikt worden door de Gemeenschappen en de Gewesten om transmursale structuren op te richten waarvoor er al een wettelijk kader bestaat (kort-verblijf en centra voor dagverzorging) en waarvoor er bijgevolg geen overeenkomst met het Verzekeringscomité zoals bedoeld in dit besluit dient afgesloten te worden.

Een deel van de financiële middelen wordt geput uit het sociaal akkoord van 2005. In toepassing van punt 10, vierde alinea, van het protocol van 13 juni 2005 hebben de Gemeenschappen en Gewesten de verplichting aangegaan om te voorzien in nieuwe arbeidsplaatsen en dit ten laatste op het moment dat het derde protocolakkoord afloopt, t.z. tegen eind 2010. In totaal dienen tenminste 2.613 arbeidsplaatsen gecreëerd worden door de inzet van de RVT-equivalenten. Daarvan dienen er tenminste 70 gecreëerd te worden in de diensten voor thuisverpleging en dit in het kader van de projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

Opdat deze 70 voltijds equivalenten kunnen worden gecreëerd werden binnen het totaal aantal van 1.894 equivalenten de volgende RVT-equivalenten gereserveerd :

- Vlaamse Gemeenschap : 129
- Waals Gewest : 73
- Brussels Hoofdstedelijk Gewest : 24
- Duitstalige Gemeenschap : 2
- Totaal : 228.

In zijn advies nr. 46.416/1 vraagt de Raad van State zich af of er geen sprake is van de schending van de beginselen van gelijkheid en niet-discriminatie aangezien in artikel 4 van dit besluit enkel aan het Waalse Gewest de verplichting wordt opgelegd om te voorzien in het scheppen van arbeidsplaatsen.

Het is inderdaad zo dat in dit besluit enkel voor het Waalse Gewest uitdrukkelijk vermeld wordt dat de 33 (in 2008) en 40 (in 2009) RVT-equivalenten moeten gebruikt worden voor de creatie van arbeidsplaatsen in de diensten voor thuisverpleging. Bovendien werd deze vermelding ingevoegd op uitdrukkelijk verzoek van de bevoegde Minister aangezien dit een van de prioriteiten van het Waalse Gewest is.

Dit koninklijk besluit voorziet in de toewijzing van middelen die voorzien waren vanaf 2008 en die voorzien zijn vanaf 1 oktober 2009. Dit betekent dat, gelet op het derde protocolakkoord dat afloopt eind 2010, in een volgende koninklijk besluit waarin deze laatste fase van de toewijzing van middelen aan projecten voor alternatieve en ondersteunende zorgen zal worden voorzien, eveneens de verplichting zal worden opgenomen voor de andere Gemeenschappen/Gewesten voor de creatie van arbeidsplaatsen in de diensten voor thuisverpleging.

Hieruit volgt dat er geen sprake kan zijn van de schending van de grondwettelijke beginselen van gelijkheid en niet-discriminatie.

Binnen het aan hen toegewezen aantal RVT-equivalenten hebben de Gemeenschappen en Gewesten hun eigen accenten kunnen leggen zowel voor de RVT-equivalenten beschikbaar vanaf 1 april 2009 als voor deze beschikbaar vanaf 1 oktober 2009.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest heeft in beide gevallen RVT-equivalenten voorzien in alle 4 de categorieën zonder bijkomende beperkingen.

La Communauté germanophone consacre les équivalents MRS disponibles d'avril 2009 à des projets des catégories 2 et 3. Parmi les équivalents MRS disponibles à partir du 1^{er} octobre 2009, il faut en réserver deux pour les centres d'accueil de jour (Tagesbetreuungsstätten).

La Communauté flamande prévoit des équivalents MRS pour les quatre catégories et impose les restrictions suivantes :

— maximum la moitié des équivalents MRS disponibles peut être attribuée à une catégorie;

— maximum 35 équivalents MRS (ou 71 pour les équivalents disponibles à partir du 1^{er} octobre 2009) peuvent être utilisés pour des projets consacrés à l'accueil de bénéficiaires dans la catégorie de dépendance A qui sont admis dans des centres d'accueil de jour.

La Région wallonne souhaite consacrer les équivalents MRS qui lui sont octroyés uniquement aux projets des catégories 2 et 3 et qui sont liés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile. 30 équivalents MRS parmi ceux disponibles à partir du 1^{er} octobre 2009 sont réservés pour les centres d'accueil de jour.

Au terme de la procédure de sélection, les projets seront retenus en fonction des priorités telles qu'elles ont été fixées par les différentes Communautés et Régions.

Cette procédure de sélection commence le jour de la publication du présent arrêté au *Moniteur belge*. A partir de ce moment, les initiateurs de projets disposent de 90 jours pour introduire leur demande auprès de l'INAMI.

Ce délai de 90 jours déroge pour des raisons pratiques au délai de 60 jours prévu dans l'arrêté tel qu'il a été soumis pour avis au Comité de l'assurance.

En effet, compte tenu de la date de publication prévue du présent arrêté, le délai initial de 60 jours expirera pendant les vacances d'été entraînant le risque que certains projets ne puissent pas être introduits dans les délais. Cette situation sera probablement plus fréquente pour les établissements ou services qui disposent d'un nombre limité de membres du personnel.

Les demandes introduites sont ensuite présentées au Comité de l'assurance qui décide si les demandes satisfont ou non aux critères de forme mentionnés à l'article 16 après que l'avis des Communautés et Régions ait été demandé à ce sujet.

Les demandes qui satisfont à ces critères de forme sont ensuite présentées au jury créé pour la Communauté ou Région à laquelle est attribué le projet. Cette attribution se fait selon les dispositions de l'article 14.

Chaque demande est évaluée par le jury sur la base des critères mentionnés aux articles 17 et 18. Pour cette évaluation le jury utilise une « note conceptuelle » qui clarifie les dispositions du présent arrêté. Les initiateurs de projets disposent également de cette note conceptuelle afin qu'ils aient un aperçu clair de ces dispositions.

Après cette évaluation, le jury donne des points pour chaque critère mentionné aux articles 17 et 18. Seuls les projets qui obtiennent au moins 60 sur 100 pour l'ensemble des critères mentionnés à l'article 17 et qui obtiennent en plus 50 % des points pour chacun de ces critères séparément sont retenus pour la suite de la procédure.

Le groupe de travail du Comité de l'assurance établit ensuite un classement de toutes les demandes sur la base de leur score total. Il s'agit de la somme des points obtenus pour les critères mentionnés à l'article 17 et des points bonus mentionnés à l'article 18.

Après que le classement ait été établi, les équivalents MRS sont attribués par Communauté et par catégorie aux projets en fonction de leur place dans le classement. Il est tenu compte à cet effet des dispositions de l'article 4 du présent arrêté.

De Duitstalige Gemeenschap wijst de beschikbare RVT-equivalenten van april 2009 toe voor projecten uit de categorieën 2 en 3. Van de RVT-equivalenten beschikbaar vanaf 1 oktober 2009 moeten er twee voorbehouden worden voor dagverzorgingscentra (Tagesbetreuungsstätten).

De Vlaamse Gemeenschap voorziet RVT-equivalenten voor de vier categorieën en legt volgende beperkingen op :

— aan een categorie mag maximum de helft van het aantal beschikbare RVT-equivalenten toegekend worden;

— maximum 35 RVT-equivalenten (of 71 voor de equivalenten beschikbaar vanaf 1 oktober 2009) mogen gebruikt worden voor projecten die zich richten naar de opvang van rechthebbenden in afhankelijkheidscategorie A die opgenomen worden in dagverzorgingscentra.

Het Waalse Gewest wenst de aan haar toegekende RVT-equivalenten enkel te gebruiken voor projecten uit de categorieën 2 en 3 en die gepaard moeten gaan met de creatie van tewerkstelling in de diensten voor thuisverpleging. Van de RVT-equivalenten beschikbaar vanaf 1 oktober 2009 worden er 30 voorbehouden voor dagverzorgingscentra.

Aan het einde van de selectieprocedure zullen de weerhouden projecten bepaald worden aan de hand van de prioriteiten zoals deze door de verschillende Gemeenschappen en Gewesten werden vastgelegd.

Deze selectieprocedure vangt aan op de dag dat dit besluit bekendgemaakt wordt in het *Belgisch Staatsblad*. Vanaf dat moment beschikken de projectindieners over 90 dagen om hun aanvraag in te dienen bij het RIZIV.

Deze termijn van 90 dagen wijkt om praktische redenen af van de termijn van 60 dagen die was voorzien in het besluit zoals dit ter advies werd voorgelegd aan het Verzekeringscomité.

Immers gelet op de verwachte publicatiedatum van dit besluit zou het einde van de oorspronkelijke termijn van 60 dagen midden in de zomervakantie vallen, waardoor het gevaar bestaat dat bepaalde indieners de voorziene termijn niet kunnen halen. Deze situatie zal waarschijnlijk meer voorkomen bij instellingen of diensten die beschikken over een beperkt aantal personeelsleden.

De ingediende aanvragen worden vervolgens voorgelegd aan het Verzekeringscomité dat beslist of de aanvragen al dan niet voldoen aan de formele criteria vermeld in artikel 16 nadat hierover het advies van de Gemeenschappen en de Gewesten werd gevraagd.

De aanvragen die voldoen aan deze formele criteria worden vervolgens voorgelegd aan de jury opgericht voor de Gemeenschap of Gewest waaraan het project wordt toegekend. Deze toekenning gebeurt volgens de bepalingen van artikel 14.

Elke aanvraag wordt door de jury geëvalueerd op basis van de criteria vermeld in de artikelen 17 en 18. Voor deze evaluatie maakt de jury gebruik van een zogenaamde 'conceptuele nota' die de bepalingen van dit besluit verduidelijkt. De indieners van een aanvraag beschikken eveneens over deze conceptuele nota zodat ook zij een duidelijk inzicht krijgen in deze bepalingen.

Na deze evaluatie geeft de jury punten voor elk van de criteria vermeld in de artikelen 17 en 18. Enkel projecten die minstens 60 op 100 behalen voor het geheel van de criteria vermeld in artikel 17 en die bovendien minstens 50% van de punten behalen voor elk afzonderlijk criterium worden weerhouden in de verdere procedure.

Nadien maakt de werkgroep van het Verzekeringscomité een rangschikking op van alle aanvragen op basis van hun totaalscore. Dit is de som van de punten behaald op de criteria vermeld in artikel 17 en van de bonuspunten vermeld in artikel 18.

Nadat de rangschikking is opgemaakt worden de RVT-equivalenten per Gemeenschap en per categorie toegewezen aan de projecten in functie van hun plaats in de rangschikking. Hierbij wordt rekening met de bepalingen van artikel 4 van dit besluit.

Afin de procéder à cette attribution, il est évidemment indispensable de calculer le nombre d'équivalents MRS pour chaque demande en utilisant la formule suivante :

$$\frac{E.1}{(E.7.2) * (E.7.4)}$$

où :

E.1 est la somme du coût prévu de tout ce pour quoi l'intervention spécifique peut être octroyée;

E.7.2 est l'estimation du nombre de personnes âgées qui sont intégrées dans le projet sur une base annuelle;

E.7.4 est l'estimation du nombre de jours qu'une personne âgée peut séjourner à domicile grâce au projet, en d'autres termes le nombre de jours qu'une admission dans une MRS est reportée grâce au projet.

Ce montant peut s'élever à 35,80 euros maximum par jour et par patient. Le fait que ce montant soit inférieur au montant de 60,80 euros pour un équivalent MRS est lié au fait que le coût total pour l'assurance obligatoire se compose de deux parties, à savoir :

une partie forfaitaire fixée à 25 euros pour les prestations de praticiens de l'art infirmier, kinésithérapeutes et/ou logopèdes qui sont attestées via la nomenclature et la partie précitée de maximum 35,80 euros pour l'intervention spécifique.

Le fait qu'une partie de l'intervention totale soit réservée aux prestations de la nomenclature est lié au fait que les patients qui feront partie du projet bénéficiaient déjà de ces prestations et qu'ils continueront à en bénéficier en intégrant le projet.

La seule exception est le court-séjour de revalidation, en sus de la programmation existante, où aucune intervention n'est prévue pour les prestations de la nomenclature et où l'intervention spécifique peut donc s'élever à 60,80 euros maximum.

Après que les différentes demandes aient été attribuées à leur Communauté/Région respective et à une catégorie spécifique, le Comité de l'assurance prend une décision définitive sur les projets avec lesquels il conclura une convention.

Cette convention prévoira notamment la façon dont les projets devront faire rapport au Comité de l'assurance. Le contenu exact de ces rapports doit encore être fixé par le Comité de l'assurance.

Les projets introduisent un premier rapport après six mois et un rapport intermédiaire après seize mois. Sur la base du rapport après seize mois, l'intervention spécifique peut être recalculée après dix-huit mois, toujours avec un maximum de 35,80 euros (ou 60,80 euros pour le court-séjour de revalidation en sus de la programmation existante).

Les projets doivent ensuite présenter un deuxième rapport intermédiaire au Comité de l'assurance après vingt-sept mois. Sur la base des données de ce rapport, une nouvelle intervention sera calculée par patient après trente mois. A partir de ce moment, les projets ne seront plus directement rémunérés par l'INAMI mais par les organismes assureurs au moyen d'une intervention à fixer par bénéficiaire.

Chaque projet introduira un rapport final après une période de 4 ans. Les données de ce rapport et les résultats de l'évaluation scientifique seront indispensables pour désigner les projets qui ont atteint l'objectif visé.

L'objectif final, à partir des résultats et rapports, est de se prononcer sur l'ancrage structurel de ces projets dans la réglementation (par exemple normes, programmation et financement).

Nous avons l'honneur d'être,
de Votre Majesté,
les très respectueux
et très fidèles serviteurs,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

Om deze toewijzing te kunnen doen is het uiteraard noodzakelijk dat voor elke aanvraag het aantal RVT-equivalenten berekend wordt. Om dit te doen wordt de volgende formule gebruikt :

$$\frac{E.1}{(E.7.2) * (E.7.4)}$$

waarbij :

E.1 De som is van de voorziene kosten van alle zaken waarvoor de specifieke tegemoetkoming kan toegekend worden;

E.7.2 De raming van het aantal ouderen die op jaarbasis opgenomen worden in het project;

E.7.4 De raming van het aantal dagen dat een oudere langer kan thuis blijven om wille van het project, m.a.w. het aantal dagen dat een opname in een RVT wordt uitgesteld dankzij het project.

Dit bedrag mag per dag en per patiënt maximum 35,80 euro bedragen. Dat dit bedrag lager is dan het bedrag van 60,80 euro voor een RVT-equivalent, is een gevolg van het feit dat de totale kost voor de verplichte verzekering uit twee delen bestaat, namelijk :

een deel dat forfaitair is vastgelegd op 25 euro voor de verstrekkingen van verpleegkundigen, kinesitherapeuten en/of logopedisten die worden aangerekend via de nomenclatuur en het voorvermelde deel van maximum 35,80 euro voor de specifieke tegemoetkoming.

De reden dat een deel van de totale tegemoetkoming voorbehouden wordt voor verstrekkingen van de nomenclatuur vloeit voort uit het feit dat de patiënten die opgenomen zullen worden in het project deze verstrekkingen al toegediend kregen en dat deze uiteraard niet stoppen als ze in het project stappen.

De enige uitzondering hierop is het revaliderend kortverblijf, bovenop de bestaande programmering, waar er geen tegemoetkoming voorzien wordt voor de verstrekkingen van de nomenclatuur en waar de specifieke tegemoetkoming bijgevolg maximum 60,80 euro mag bedragen.

Nadat de verschillende aanvragen zijn toegewezen aan hun respectievelijke Gemeenschap/Gewest en aan een specifieke categorie, neemt het Verzekeringscomité een definitieve beslissing over de projecten waarmee het een overeenkomst zal afsluiten.

In deze overeenkomst zal onder andere de wijze vastgelegd worden waarop de projecten aan het Verzekeringscomité dienen te rapporteren. De exacte inhoud van deze rapporten moet nog vastgelegd worden door het Verzekeringscomité.

De projecten dienen een eerste rapport in na zes maanden en een tussentijdsrapport na zestien maanden. Op basis van het rapport na zestien maanden kan na achttien maanden de specifieke tegemoetkoming herberekend worden, nog steeds met een maximum van 35,80 euro (of 60,80 euro voor revaliderend kortverblijf bovenop de bestaande programmering).

Vervolgens moeten de projecten na zevenentwintig maanden een tweede tussentijdsrapport voorleggen aan het Verzekeringscomité. Op basis van de gegevens van dit rapport zal er na dertig maanden een nieuwe tegemoetkoming per patiënt berekend worden. Vanaf dit moment zullen de projecten ook niet langer rechtstreeks uitbetaald worden door het RIZIV maar door de verzekeringsinstellingen via een nader te bepalen vergoeding per rechthebbende.

Tenslotte zal elk project na een periode van 4 jaar een eindrapport indienen. De gegevens van dit eindrapport zullen samen met de resultaten van de wetenschappelijke evaluatie noodzakelijk zijn om de projecten die het beoogde doel gerealiseerd hebben aan te duiden.

Het einddoel bestaat er in om aan de hand hiervan een beslissing te nemen over het structureel verankeren van deze projecten in de reglementering (bijvoorbeeld normen, programmering en financiering).

Wij hebben de eer te zijn,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedwaardige
en zeer getrouwe dienaars,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Avis 45.554/1
du 16 décembre 2008
de la section de législation du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat, section de législation, première chambre, saisi par la Ministre des Affaires sociales, le 27 novembre 2008, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal « fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de formes alternatives de soins et de soutien aux soins en matière de soins aux personnes âgées », a donné l'avis suivant :

1. Le projet d'arrêté soumis pour avis a pour objet la création d'un cadre réglementaire permettant au Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et aux partenaires d'un projet de formes alternatives de soins et de soutien aux soins en matière de soins aux personnes âgées, de conclure des conventions afin de donner aux personnes âgées la possibilité de maintenir au maximum leur autonomie et de vivre indépendantes chez elles. Selon l'article 2, alinéa 2, du projet, cet objectif sera rencontré « par des prestations spécifiques de soins et de soutien aux soins fournies de manière coordonnée, intégrée et concertée ».

Les projets visés sont décrits comme suit à l'article 1^{er}, 5^o, du projet :

« une proposition de forme alternative de soins et de soutien aux soins pour des personnes âgées fragiles présentant un risque de complexité des soins, introduite par un certain nombre de partenaires. Cela concerne soit une forme nouvelle de soins résidentiels non définitifs et programmables, soit, une forme nouvelle de soins et de soutien aux soins non résidentiels et programmables comme les soins de soutien aux auto-soins et les soins de soutien aux soins informels qui ne figurent pas dans la nomenclature des prestations de santé et qui sont dispensés par des services de soins infirmiers à domicile, des services intégrés de soins à domicile ou des associations entre une ou plusieurs de ces structures avec des structures résidentielles ou des services d'aide à domicile. Ces projets font référence à l'avenant 3 du protocole n° 3 du 13 juin 2005 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 ».

2. Il résulte du premier alinéa du préambule du projet que le fondement juridique du régime en projet est recherché dans l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cependant, il se conçoit difficilement que cette disposition, qui traite des conventions que peut conclure le Comité de l'assurance et qui ont pour but d'accorder une intervention aux dispensateurs de soins qui développent des projets en matière de coordination des soins dispensés en vue de détecter de manière précoce, d'éviter ou de retarder toute complication et de traiter les affections chroniques qui requièrent une approche pluridisciplinaire, procure un fondement juridique à un régime qui concerne essentiellement les soins résidentiels et non résidentiels aux personnes âgées au sens de l'avenant 3 précité du protocole n° 3 du 13 juin 2005, à l'exécution duquel le projet entend pourvoir (1).

En outre, compte tenu de la référence générale que la description des projets visés dans le régime en projet fait à l'avenant 3 précité et eu égard au contenu de certaines dispositions du projet, il convient de ne pas exclure d'emblée que le régime en projet empiète sur une matière ressortissant à la compétence des communautés, comme plus particulièrement la politique du troisième âge (2), la politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins (3) et l'aide aux personnes ayant une capacité réduite d'autonomie (4).

3. Il résulte de ce qui précède, d'une part, qu'on n'aperçoit pas comment le régime en projet pourrait s'inscrire dans le fondement juridique invoqué et, d'autre part, que le régime en projet doit évidemment se conformer en outre aux règles répartitrices de compétence. En tout état de cause, le Conseil d'Etat, section de législation, se voit contraint, en l'état actuel de la législation, de renoncer à poursuivre l'examen du projet.

Advies 45.554/1
van 16 december 2008
van de afdeling wetgeving van de Raad van State

De Raad van State, afdeling wetgeving, eerste kamer, op 27 november 2008 door de Minister van Sociale Zaken verzocht haar, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit « tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorgvormen inzake ouderenzorg », heeft het volgende advies gegeven :

1. Het om advies voorgelegde ontwerpbesluit strekt tot het creëren van een reglementair kader waarbinnen zullen het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de partners van een project van alternatieve en ondersteunende zorgvorm in de ouderenzorg, overeenkomsten kunnen worden gesloten teneinde de ouderen de maximale mogelijkheid te bieden hun zelfredzaamheid en het zelfstandig thuis wonen te behouden. Die doelstelling zal, luidens artikel 2, tweede lid, van het ontwerp, worden bereikt « door specifieke zorgverstrekkingen en zorgondersteunende verstrekkingen die gecoördineerd, geïntegreerd en in overleg tot stand komen ».

De beoogde projecten worden in artikel 1, 5^o, van het ontwerp omschreven als volgt :

« een voorstel van alternatieve en ondersteunende zorgvorm voor kwetsbare ouderen met een risico op complex karakter van zorg, ingediend door een aantal partners. Het gaat om : ofwel een nieuwe vorm van programmeerbare, niet definitieve residentiële zorg ofwel om een programmeerbare niet residentiële thuiszorgondersteunende zorg zoals zelfzorg en de mantelzorgondersteunende zorg die niet is opgenomen in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen en die wordt verstrekt door diensten voor thuisverpleging, geïntegreerde diensten voor thuisverzorging of samenwerkingsverbanden tussen één of meer van deze voorzieningen met residentiële voorzieningen of met diensten voor gezins- of thuiszorg. Deze projecten verwijzen naar het aanhangsel 3 bij protocol nr. 3 van 13 juni 2005, 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 ».

2. Het eerste lid van de aanhef van het ontwerp doet ervan blijken dat voor de ontworpen regeling rechtsgrond wordt gezocht in artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Die bepaling, die betrekking heeft op de overeenkomsten die het Verzekeringscomité kan sluiten met betrekking tot een tegemoetkoming aan zorgverleners die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen met het oog op de vroegtijdige opsporing, het vermijden of vertragen van complicaties en het behandelen van chronische aandoeningen die een multidisciplinaire aanpak vergen, kan evenwel moeilijk worden geacht rechtsgrond te bieden voor een regeling die in essentie een zaak is van residentiële en niet-residentiële ouderenzorg in de zin van het reeds vermelde aanhangsel 3 bij protocol nr. 3 van 13 juni 2005, waaraan het ontwerp nadere uitvoering beoogt te geven (1).

Daarenboven valt, gelet op de algemene verwijzing naar het meermaals genoemde aanhangsel 3 in de omschrijving van de in het ontwerp bedoelde projecten en op de inhoud van sommige bepalingen van het ontwerp, niet bij voorbaat uit te sluiten dat de ontworpen regeling een aangelegenheid betreft die tot de bevoegdheid van de gemeenschappen moet worden gerekend, zoals in het bijzonder die van het bejaardenbeleid (2), de algemene bevoegdheid inzake het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen (3), en de hulp aan personen met een verminderd vermogen tot zelfzorg (4).

3. Uit wat voorafgaat volgt dat, enerzijds, niet valt in te zien op welke wijze de ontworpen regeling inpasbaar is in de ingeroepen rechtsgrond en dat, anderzijds, de regeling uiteraard ook in overeenstemming dient te blijven met de bevoegdheidsverdelende regels. Hoe dan ook ziet de Raad van State, afdeling wetgeving, zich genoopt om zich in de huidige stand van de wetgeving van een verder onderzoek van het ontwerp te onthouden.

La chambre était composée de :

MM. :

M. Van Damme, président de chambre.

J. Baert et W. Van Vaerenbergh, conseillers d'Etat.

Mme A. Beckers, greffier.

Le rapport a été présenté par M. D. Van Eeckhoutte, auditeur adjoint.

Notes

(1) Tant le protocole n° 3 que l'avenant 3 doivent être considérés comme un accord de coopération au sens de l'article 92bis de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. Dès lors, ils ne peuvent avoir d'effet s'ils n'ont pas reçu l'assentiment de tous les législateurs concernés (voir avis 42.377/AG du Conseil d'Etat, section de législation, du 20 mars 2007, Doc., Parl. wallon 2006-07, n° 607/1, 39). Jusqu'à présent, seul le Parlement de la Région wallonne a donné son assentiment aux textes concernés (décret du 12 juillet 2007 « portant approbation du protocole n° 3 et de ses avenants, 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 »). Les considérations qui précèdent n'empêchent pas les auteurs du projet de tenir compte du contenu de ce protocole et de son avenant, à condition naturellement qu'il y ait un fondement juridique soit suffisant pour adopter le régime en projet.

(2) Voir article 5, § 1^{er}, II, 5°, de la loi spéciale du 8 août 1980.

(3) Voir article 5, § 1^{er}, I, 1°, de la loi spéciale précitée.

(4) Voir Cour constitutionnelle, n° 33/2001 du 13 mars 2001, B.3.3.

Avis 46.416/1 du 30 avril 2009

de la section de législation du Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat, section de législation, première chambre, saisi par la Ministre des Affaires sociales, le 8 avril 2009, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal « fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles », a donné l'avis suivant :

PORTEE ET FONDEMENT DU PROJET

1. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis a pour objet d'établir un cadre réglementaire pour la conclusion de conventions entre le Comité de l'Assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurances maladie-invalidité et les partenaires d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées vulnérables. On entend ainsi optimiser les soins dispensés à ces personnes âgées.

2. Le premier alinéa du préambule du projet indique que le fondement juridique des mesures en projet est recherché à l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui dispose :

« Dans les conditions à fixer par le Roi et par dérogation aux dispositions générales de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont pour but :

(...);

3° d'accorder une intervention aux dispensateurs de soins qui développent des projets en matière de coordination des soins dispensés en vue de détecter de manière précoce, d'éviter ou de retarder toute complication et de traiter les affections chroniques qui requièrent une approche pluridisciplinaire;

(...) ».

3. Pour pouvoir considérer que le fondement juridique des mesures en projet se trouve à l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi coordonnée, il faut que le Roi fixe les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure les conventions concernées. Pour ce faire, il faut toutefois se conformer aux principes qui gouvernent le droit public belge et qui reposent sur l'unité du pouvoir réglementaire réservé au

De kamer was samengesteld uit :

de heren :

M. Van Damme, kamervoorzitter.

J. Baert, W. Van Vaerenbergh, staatsraden.

Mevr. A. Beckers, griffier.

Het verslag werd uitgebracht door de h. D. Van Eeckhoutte, adjunct-auditeur.

Nota's

(1) Zowel het protocol nr. 3, als het aanhangsel nr. 3, vallen te beschouwen als een samenwerkingsakkoord in de zin van artikel 92bis van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en vereisen derhalve dat alle betrokken parlementaire vergaderingen ermee instemmen opdat de betrokken akkoorden gevolgd zouden kunnen hebben (zie advies 42.377/AG van de Raad van State, afdeling wetgeving, van 20 maart 2007, Parl. St. Parl. wallon, 2006-2007, nr. 607/1, 39). Tot op heden heeft enkel het parlement van het Waalse Gewest met de betrokken teksten ingestemd (decreet van 12 juli 2007 « portant approbation du protocole n° 3 et de ses avenants, 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 »). Een en ander belet niet dat de stellers van het ontwerp kunnen rekening houden met hetgeen is overeengekomen in het betrokken protocol en bijhorend aanhangsel, mits uiteraard voldoende rechtsgrond voorhanden is voor de ontworpen regeling.

(2) Zie artikel 5, § 1, II, 5°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

(3) Zie artikel 5, § 1, I, 1°, van de voornoemde bijzondere wet.

(4) Zie Grondwettelijk Hof, nr. 33/2001 van 13 maart 2001, B.3.3.

Advies 46.416/1 van 30 april 2009

van de afdeling Wetgeving van de Raad van State

De Raad van State, afdeling Wetgeving, eerste kamer, op 8 april 2009 door de Minister van Sociale Zaken verzocht haar, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit « tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen », heeft het volgende advies gegeven :

STREKKING EN RECHTSGROND VAN HET ONTWERP

1. Het om advies voorgelegde ontwerp van koninklijk besluit strekt ertoe een reglementair kader tot stand te brengen voor het sluiten van overeenkomsten tussen het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de partners van een project van alternatieve en ondersteunende zorg ten behoeve van kwetsbare ouderen. Op die wijze wordt beoogd de aan die ouderen verleende zorg te optimaliseren.

2. Zoals blijkt uit het eerste lid van de aanhef van het ontwerp wordt voor de ontworpen regeling rechtsgrond gezocht in artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, dat luidt :

« Onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden en in afwijking van de algemene bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten kan het Verzekeringscomité overeenkomsten afsluiten die in tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn en welke tot doel hebben :

(...);

3° een tegemoetkoming te verlenen aan zorgverleners die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen met het oog op de vroegtijdige opsporing, het vermijden of vertragen van complicaties en het behandelen van chronische aandoeningen die een multidisciplinaire aanpak vergen;

(...) ».

3. Opdat de ontworpen regeling zou kunnen worden geacht rechtsgrond te vinden in artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de gecoördineerde wet, dient de Koning de voorwaarden te bepalen waaronder de betrokken overeenkomsten door het Verzekeringscomité kunnen worden gesloten. Die voorwaarden moeten evenwel worden vastgesteld met inachtneming van de beginselen die het Belgisch publiek recht

Roi et que celui-ci ne peut déléguer que moyennant le respect de certaines conditions et dans des limites bien définies. Il appartient notamment au Roi de fixer lui-même les éléments essentiels du régime en projet

Force est d'observer que le Roi laisse au Comité de l'assurance le soin de régler diverses matières sans en avoir préalablement lui-même fixé les éléments essentiels. Une telle délégation de pouvoirs réglementaires (1) au Comité de l'assurance n'est pas conforme à la prescription de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi coordonnée, qui réserve au Roi le pouvoir de fixer les conditions de conclusion des conventions concernées.

Le Comité de l'assurance est ainsi chargé de fixer les missions du groupe de travail, visé à l'article 1^{er}, 8^o, du projet (article 1^{er}, 8^o, alinéa 2) ainsi que les données et le mode de calcul de l'intervention totale des projets (article 8, alinéa 2). La convention « précisera » les règles applicables en matière d'échange des données (2) (article 10, *j*), tandis que le Comité de l'assurance fixe la composition et les règles de fonctionnement des jurys, dont, pour le reste, le projet ne précise pas la mission (article 19).

En outre, les parties contractantes sont chargées de déterminer certains éléments du projet que celui-ci ne définit pas d'une manière suffisamment circonscrite ou précise. C'est le cas, à l'article 10, *h*, de la définition des conditions de conclusion d'un accord de coopération et, à l'article 10, *l*, des modalités de réévaluation intermédiaire de l'intervention spécifique. La définition trop générale de ces éléments ne se concilie pas davantage avec la prescription de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi coordonnée.

OBSERVATIONS GENERALES

1. Le projet d'arrêté royal fait suite à l'avis 45.554/1 que le Conseil d'Etat, section de législation, a rendu le 16 décembre 2008 sur un projet similaire (3) et a été adapté pour tenir compte des observations qui y étaient formulées. Le présent avis doit être lu en combinaison avec l'avis 45.554/1 précité. Le préambule du présent projet doit par conséquent faire référence aux deux avis.

2. Le texte du projet ainsi que les précisions apportées par le délégué concernant certaines de ses branches témoignent de la haute technicité des mesures en projet, qui sont parfois difficiles à appréhender (4). Pour que les destinataires perçoivent mieux la portée de l'arrêté en projet, il est dès lors suggéré de le faire précéder d'un rapport au Roi (5).

EXAMEN DU TEXTE

Préambule

1. Conformément aux nouvelles directives en matière de législative (6), on omettra le mot « notamment » du premier alinéa du préambule.

2. Eu égard à la connexité déjà évoquée de l'avis 45.554/1 du 16 décembre 2008 et du présent avis du Conseil d'Etat, le sixième alinéa du préambule du projet sera rédigé comme suit :

« Vu les avis 45.554/1 et 46.416/1 du Conseil d'Etat, donnés respectivement le 16 décembre 2008 et le 30 avril 2009, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973; ».

3. La disposition légale qui procure un fondement juridique au projet ne prescrit pas qu'il doit être formellement motivé. En outre, le rapport au Roi dont le présent avis suggère la rédaction, peut préciser l'objectif et le contexte de l'arrêté en projet. Il n'y a dès lors pas lieu de maintenir dans le préambule le considérant qui figure dans son septième alinéa (7).

kenmerken en waarbij wordt uitgegaan van de eenheid van de verordenende macht die bij de Koning berust en die slechts onder bepaalde voorwaarden en binnen welomschreven grenzen door deze laatste kan worden gedelegeerd. Meer in het bijzonder dient de Koning zelf de essentiële elementen van de betrokken regeling vast te stellen.

Er moet worden opgemerkt dat de Koning de regeling van diverse aangelegenheden overlaat aan het Verzekeringscomité, zonder daarbij zelf vooraf de essentiële elementen van de desbetreffende aangelegenheden te hebben vastgesteld. Dergelijke delegatie van verordenende bevoegdheden (1) aan het Verzekeringscomité is niet in overeenstemming met het voorschrift van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de gecoördineerde wet, volgens hetwelk het de Koning is die de voorwaarden dient te bepalen waaronder de desbetreffende overeenkomsten kunnen worden gesloten.

Zo wordt het aan het Verzekeringscomité overgelaten om de opdrachten van de in artikel 1, 8^o, van het ontwerp bedoelde werkgroep vast te leggen (artikel 1, 8^o, tweede lid) en om de gegevens te bepalen alsmede de wijze van berekening van de totale tegemoetkoming van de projecten (artikel 8, tweede lid). De regels met betrekking tot gegevensuitwisseling zullen in de overeenkomst worden « gepreciseerd » (2) (artikel 10, *j*), terwijl de samenstelling en de werkingsregels van de jury's door het Verzekeringscomité worden vastgesteld en voor het overige niet in het ontwerp wordt bepaald waaruit de opdracht van de betrokken jury's precies bestaat (artikel 19).

Daarenboven wordt de nadere regeling van sommige elementen van het ontwerp overgelaten aan de overeenkomstsluitende partijen zonder dat die elementen in het ontwerp op een voldoende afgebakende of nauwkeurige wijze worden omschreven. Dat is het geval voor de omschrijving van de voorwaarde tot het sluiten van een samenwerkingsovereenkomst, in artikel 10, *h*, en van de « modaliteiten » (lees : nadere regelen) voor de tussentijdse herziening van de specifieke tegemoetkoming in artikel 10, *l*. De te algemene omschrijving van de betrokken elementen staat evenzeer op gespannen voet met het bepaalde in artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de gecoördineerde wet.

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. Het ontwerp van koninklijk besluit volgt op het advies 45.554/1 dat de Raad van State, afdeling Wetgeving, op 16 december 2008 uitbracht over een gelijkaardig ontwerp (3) en werd aangepast, rekening houdend met de opmerkingen die in het voornoemde advies werden geformuleerd. Het heden uitgebrachte advies en het advies 45.554/1 moeten in onderlinge samenhang worden gelezen. Aan beide adviezen dient bijgevolg te worden gerefereerd in de aanhef van het voorliggende ontwerp.

2. De tekst van het ontwerp en de door de gemachtigde gegeven verduidelijking met betrekking tot sommige van de onderdelen van het ontwerp, doen ervan blijken dat de ontworpen regeling wordt gekenmerkt door een hoge techniciteit en op sommige punten niet makkelijk te begrijpen valt (4). Ter wille van de toegankelijkheid van het ontworpen besluit voor de bestemmingen wordt daarom ter overweging gegeven om dit te laten voorafgaan door een verslag aan de Koning (5).

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

1. Rekening houdende met de nieuwe richtlijnen op het vlak van de wetgevingstechniek (6), schrappen men in het eerste lid van de aanhef van het ontwerp de woorden « inzonderheid op ».

2. Gelet op de reeds aangehaalde samenhang die bestaat tussen het advies 45.554/1 van 16 december 2008 en het voorliggende advies van de Raad van State, schrijf men in het zesde lid van de aanhef van het ontwerp :

« Gelet op adviezen 45.554/1 en 46.416/1 van de Raad van State, gegeven op respectievelijk 16 december 2008 en 30 april 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973; ».

3. De wetsbepaling die het ontworpen besluit tot rechtsgrond strekt, schrijft niet voor dat dit formeel dient te zijn gemotiveerd. Daarenboven kunnen doelstelling en situering van het ontworpen besluit worden geïntegreerd in het verslag aan de Koning waarvan in dit advies de opmaak is gesuggereerd. De considerans (7) die is vervat in het zevende lid van de aanhef, hoeft derhalve niet in de aanhef te worden behouden.

Article 1^{er}

1. A la fin du texte français de l'article 1^{er}, 2^o, du projet, il suffit d'écrire « ... visé à l'article 2, e), de la loi; ».

2. L'article 1^{er}, 3^o, du projet définit la notion de « Communauté/Région » comme étant « les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution ». L'article 4 du projet répartit cependant les équivalents MRS en partie entre d'autres autorités. Abstraction faite de la question de savoir quel critère de répartition est utilisé à l'article 4, on n'aperçoit, ni pourquoi cet article ne vise que certaines des autorités mentionnées à l'article 1^{er}, 3^o, ni pourquoi il mentionne également des autorités qui n'entrent pas dans la définition de l'article 1^{er}, 3^o.

A cet égard, le délégué a donné l'explication suivante :

« Wellicht gaat het hier om een begripsverwarring. Zoals reeds vermeld [...] komt het erop neer dat de RVT-equivalenten (lees : budget) territoriaal worden verdeeld. Deze verdeling is gebeurd op basis van de populatie van de 60+. Indien de gebruikte terminologie niet overeenkomt met dit territoriaal principe, moet op zoek gegaan worden naar een andere terminologie : vb. indeling volgens provincies, arrondissementen ».

En toute hypothèse, les articles 1^{er}, 3^o, et 4, étant connexes, le critère de répartition territoriale à appliquer doit être défini avec plus de précision et de cohérence. Il sera évidemment fixé en tenant compte des principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination.

3. Dans un souci de correction de la langue, à la fin du texte néerlandais de l'article 1^{er}, 4^o, a), le mot « afsluiten » sera remplacé par le mot « sluiten ».

4. A l'article 1^{er}, 5^o, du projet, il vaudrait mieux supprimer la référence au protocole n° 3 du 13 juin 2005 figurant dans la définition de la notion de « projet ». Le délégué a confirmé que telle était l'intention.

5. Les mots « de rust- en verzorgingstehuizen » qui figurent dans le texte néerlandais de l'article 1^{er}, 8^o, alinéa 1^{er}, b), du projet n'ont pas d'équivalent dans le texte français. Cette discordance doit être éliminée.

6. L'article 1^{er}, 8^o, alinéa 1^{er}, e), du projet dispose que le groupe de travail est notamment composé de « représentants des administrations des Communautés/Régions ». L'autonomie des entités fédérées fait obstacle à ce qu'on puisse leur imposer d'organiser une telle représentation, qui ne peut dès lors être que facultative.

Article 2

L'article 2 du projet dispose que les conventions concernées sont conclues « entre le Comité de l'assurance et les partenaires d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins pour des personnes âgées ». La cohérence voudrait que d'autres dispositions du projet utilisent la même terminologie. Ce n'est pas toujours le cas actuellement. Ainsi, la phrase introductive de l'article 7 fait mention d'une convention conclue « entre un projet et le Comité de l'assurance », tandis que les articles 20, alinéa 1^{er}, 22, 25 et 26 traitent de « projets » avec lesquels une convention peut être conclue.

Article 3

Dans le texte néerlandais de la phrase introductive de l'article 3 du projet, il y a lieu de remplacer le mot « tegemoetkoming » par le mot « tegemoetkomingen ». Par ailleurs, aux 1^o, 2^o et 4^o, il faut chaque fois faire référence à « l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o et 12^o » de la loi.

Article 4

Sans préjudice de l'observation 2 relative à l'article 1^{er}, on peut constater que l'article 4 du projet impose certaines obligations spécifiques à la Région wallonne relativement à la destination des équivalents MRS (notamment en matière de création d'emplois). On n'aperçoit pas pourquoi ces obligations ne visent que la Région wallonne et ne s'appliquent par conséquent pas aux autres entités territoriales visées à l'article 4. Les principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination imposent qu'il existe une justification raisonnable et objective à l'existence de cette distinction.

Artikel 1

1. Aan het einde van de Franse tekst van artikel 1, 2^o, van het ontwerp volstaat het te schrijven « ... visé à l'article 2, e), de la loi; ».

2. In artikel 1, 3^o, van het ontwerp wordt het begrip « Gemeenschap/Gewest » omschreven als « de overheden bedoeld in artikel[en] 128, 130 en 135 en 138 van de Grondwet ». In artikel 4 van het ontwerp worden de RVT-equivalenten evenwel onder gedeeltelijk andere overheden verdeeld. Afgezien van de vraag op basis van welk criterium de in artikel 4 gehanteerde verdeelsleutel wordt toegepast, is niet duidelijk waarom in artikel 4 slechts sommige van de in artikel 1, 3^o, vermelde overheden worden beoogd en waarom erin tevens overheden worden vermeld die niet vallen onder de begripsomschrijving van artikel 1, 3^o.

De gemachtigde verstrekke in dat verband de volgende uitleg :

« Wellicht gaat het hier om een begripsverwarring. Zoals reeds vermeld [...] komt het erop neer dat de RVT-equivalenten (lees : budget) territoriaal worden verdeeld. Deze verdeling is gebeurd op basis van de populatie van de 60+. Indien de gebruikte terminologie niet overeenkomt met dit territoriaal principe, moet op zoek gegaan worden naar een andere terminologie : vb. indeling volgens provincies, arrondissementen ».

In ieder geval dient, gelet op de samenhang tussen de artikelen 1, 3^o, en 4, het toe te passen territoriaal verdelingscriterium op een meer duidelijke en coherente wijze te worden omschreven. Het betrokken criterium moet uiteraard worden vastgesteld met inachtneming van de grondwettelijke beginselen van de gelijkheid en de niet-discriminatie.

3. Om taalkundige redenen vervange men aan het einde van de Nederlandse tekst van artikel 1, 4^o, a), het woord « afsluiten » door het woord « sluiten ».

4. In de omschrijving van het begrip « project », in artikel 1, 5^o, van het ontwerp, wordt de verwijzing naar het protocol nr. 3 van 13 juni 2005 beter geschrapt. De gemachtigde bevestigde dat dit de bedoeling is.

5. In de Franse tekst van artikel 1, 8^o, eerste lid, b), van het ontwerp zijn de woorden « de rust- en verzorgingstehuizen » die in de Nederlandse tekst voorkomen, niet weergegeven. Deze discordantie moet worden weggewerkt.

6. In artikel 1, 8^o, eerste lid, e), van het ontwerp wordt bepaald dat de werkgroep onder meer is samengesteld uit « vertegenwoordigers van administraties van de gemeenschappen/gewesten ». Omwille van de autonomie van de deelgebieden kunnen deze niet worden verplicht om in dergelijke vertegenwoordiging te voorzien en kan deze laatste derhalve enkel facultatief zijn.

Artikel 2

In artikel 2 van het ontwerp wordt vermeld dat de betrokken overeenkomsten worden gesloten « tussen het Verzekeringscomité en de partners van een project van alternatieve en ondersteunende zorg in de ouderenzorg ». In andere bepalingen van het ontwerp zou consequent dezelfde terminologie moeten worden gebruikt. Dat is nu niet steeds het geval. Zo wordt in de inleidende zin van artikel 7 melding gemaakt van een overeenkomst die wordt gesloten « tussen een project en het Verzekeringscomité », en hebben de artikelen 20, eerste lid, 22, 25 en 26 het over « projecten » waarmee een overeenkomst kan worden gesloten.

Artikel 3

In de Nederlandse tekst van de inleidende zin van artikel 3, van het ontwerp moet het woord « tegemoetkoming » worden vervangen door het woord « tegemoetkomingen ». Voorts dient in 1^o, 2^o en 4^o telkens te worden verwezen naar « artikel 34, eerste lid, 11^o en 12^o » van de wet.

Artikel 4

Afgezien van de opmerking die onder 2 bij artikel 1 is gemaakt, kan worden vastgesteld dat in artikel 4 van het ontwerp bepaalde specifieke verplichtingen worden opgelegd, wat de bestemming van RVT-equivalenten door het Waalse Gewest betreft (onder meer op het vlak van de creatie van arbeidsplaatsen). Het valt niet in te zien waarom de betrokken verplichtingen uitsluitend gelden ten aanzien van het Waalse Gewest en derhalve niet ten aanzien van de andere territoriale entiteiten, bedoeld in artikel 4. In het licht van de grondwettelijke beginselen van gelijkheid en niet-discriminatie zal voor dergelijk onderscheid een redelijke en objectieve verantwoording dienen te bestaan.

Article 6

L'usage en matière de légistique requiert de diviser un article en « 1° », « 2° », « 3° », etc., dispositions qui elles-mêmes se divisent en « a) », « b) », « c) », etc. La division de l'article 6, mais aussi celle des articles 10 et 11 du projet sera adaptée en conséquence.

Article 9

La rédaction de la première phrase de l'article 9, alinéa 1^{er}, du projet sera adaptée comme suit en néerlandais :

« In de categorieën 1 en 2, bedoeld in artikel 3, kan het aantal partners beperkt worden ».

Article 10

Le membre de phrase « en de kostprijs ervan », qui figure dans le texte néerlandais de l'article 10, e (lire : article 10, 5°), du projet n'a pas d'équivalent dans le texte français. Il y a lieu de remédier à cette discordance.

Article 12

Les textes français et néerlandais de l'article 12 du projet doivent naturellement donner la même définition de l'organe ou de l'organisme auprès duquel le projet est introduit. Ce n'est actuellement pas le cas. Le texte du projet doit par conséquent également être adapté sur ce point.

Article 14

La fin de l'article 14 du projet dispose ce qui suit :

« Cet établissement ou service sera déterminant pour l'attribution d'un projet à une Communauté/Région, soit sur base de son agrément, soit sur base de son adresse ».

A cet égard, le délégué a précisé ce qui suit :

« Een project kan enkel worden ingediend door een ROB/RVT of GDT of Dienst Thuisverpleging. Als project is ingediend door een instelling (rob, rvt of GDT) die is erkend door duitstalige gemeenschap, vlaamse gemeenschap, Brussel (cocof of cocom) of région wallonne, dan behoort het tot één van deze vier. Als project is ingediend door een dienst thuisverpleging die niet is erkend, dan is de gemeente van deze dienst bepalend voor de gemeenschap/gewest; als dit project wordt ingediend in Brussel, dan moet het project zelf kiezen of het behoort tot Vlaanderen of tot Brussel (Cocof en Cocom) ».

Dans un souci de clarté de la réglementation, l'intention ainsi exposée au Conseil d'Etat devrait être formulée plus explicitement dans le texte du projet ou, comme il a déjà été suggéré dans le présent avis, être mentionnée dans le rapport au Roi.

Article 15

L'article 15 du projet dispose que les projets introduits seront évalués sur la base de critères sur la forme et sur le fond. Si on entend énumérer les critères formels à l'article 16 et les critères substantiels à l'article 17, il faudrait le formuler plus précisément et d'une manière plus uniforme dans les textes français et néerlandais. Ainsi, en effet, le texte français mentionne « les critères » au sens général, alors que le texte néerlandais explicite qu'on vise des critères « formels » (8). Ni le texte français, ni le texte néerlandais de l'article 17 du projet ne mentionne qu'il vise les critères substantiels. La réglementation en projet gagnerait en précision si on distinguait plus explicitement les critères formels et les critères substantiels.

Article 16

L'article 16 du projet charge la « Communauté/Région » d'« informer » (9) le Comité de l'assurance sur la mesure dans laquelle les critères sont respectés. Pour éviter de porter atteinte à l'autonomie des entités fédérées, il serait préférable d'établir cette obligation à l'égard du Comité de l'assurance en imposant à ce dernier de demander l'avis de la Communauté/Région en ce qui concerne le respect des critères, les entités fédérées étant alors naturellement libres de donner suite ou non à la demande d'avis.

Article 19

En ce qui concerne l'article 19 du projet, il faut se reporter à l'observation 3 relative à l'examen de la portée et du fondement juridique du projet. Au demeurant, on n'aperçoit pas quand il y a lieu de constituer un jury plutôt que « plusieurs jurys » et dans quelle mesure les différents jurys garantissent que les projets introduits soient traités d'une manière égale.

Artikel 6

Vanuit wetgevingstechnisch oogpunt is de gebruikelijke onderverdeling van een artikel « 1° », « 2° », « 3° », enzovoort, en kan voor de verdere onderverdeling « a) », « b) », « c) », enzovoort worden gebruikt. De indeling van artikel 6, maar ook van de artikelen 10 en 11 van het ontwerp, dient rekening houdend hiermee te worden aangepast.

Artikel 9

Men passe de redactie van de eerste zin van artikel 9, eerste lid, van het ontwerp aan als volgt :

« In de categorieën 1 en 2, bedoeld in artikel 3, kan het aantal partners beperkt worden ».

Artikel 10

In de Franse tekst van artikel 10, e (lees : artikel 10, 5°), van het ontwerp is de zinsnede « en de kostprijs ervan », die in de Nederlandse tekst voorkomt, niet weergegeven. Deze discordantie moet worden verholpen.

Artikel 12

In artikel 12, van het ontwerp moet het orgaan of de instelling waarbij het project wordt ingediend uiteraard op dezelfde wijze worden omschreven in de Nederlandse en in de Franse tekst. Dat is nu niet het geval. De tekst van het ontwerp dient derhalve ook op dat punt te worden aangepast.

Artikel 14

Aan het einde van artikel 14, van het ontwerp wordt bepaald wat volgt :

« Deze instelling of dienst zal bepalend zijn om een project toe te wijzen aan een Gemeenschap/Gewest, ofwel op basis van zijn erkenning, ofwel op basis van zijn adres ».

De gemachtigde verduidelijkt in dat verband het volgende :

« Een project kan enkel worden ingediend door een ROB/RVT of GDT of Dienst Thuisverpleging. Als project is ingediend door een instelling (rob, rvt of GDT) die is erkend door duitstalige gemeenschap, vlaamse gemeenschap, Brussel (cocof of cocom) of région wallonne, dan behoort het tot één van deze vier. Als project is ingediend door een dienst thuisverpleging die niet is erkend, dan is de gemeente van deze dienst bepalend voor de gemeenschap/gewest; als dit project wordt ingediend in Brussel, dan moet het project zelf kiezen of het behoort tot Vlaanderen of tot Brussel (Cocof en Cocom) ».

Ter wille van de duidelijkheid van de regelgeving zou de aldus aan de Raad van State uiteengezette doelstelling op een meer expliciete wijze tot uitdrukking moeten worden gebracht in de tekst van het ontwerp of zou deze doelstelling kunnen worden vermeld in het verslag aan de Koning zoals dat eerder in dit advies is gesuggereerd.

Artikel 15

Artikel 15 van het ontwerp bepaalt dat de ingediende projecten worden beoordeeld op basis van formele en inhoudelijke criteria. Indien het de bedoeling is om de formele criteria op te sommen in artikel 16 en de inhoudelijke criteria in artikel 17, zou zulks duidelijker en op een meer uniforme wijze in de Nederlandse en de Franse tekst moeten worden tot uitdrukking gebracht. Zo wordt immers in de Nederlandse tekst geëxpliciteerd dat « formele » criteria worden beoogd, maar heeft de Franse tekst het in algemene zin over « les critères » (8). In artikel 17, van het ontwerp wordt noch in de Nederlandse, noch in de Franse tekst vermeld dat erin de inhoudelijke criteria worden bedoeld. De ontworpen regeling zou aan duidelijkheid winnen indien het onderscheid tussen formele en inhoudelijke criteria op een meer expliciete wijze zou worden aangegeven.

Artikel 16

Artikel 16 van het ontwerp draagt de « Gemeenschap/Gewest » op om het Verzekeringcomité te « adviseren » (9) over het vervuld zijn van de betrokken criteria. Teneinde te vermijden dat afbreuk zou worden gedaan aan de autonomie van de deelgebieden wordt de betrokken verplichting beter geformuleerd ten aanzien van het Verzekeringcomité door te bepalen dat dit laatste verplicht is om het advies te vragen van de Gemeenschap of het Gewest in verband met het vervuld zijn van de criteria, waarbij de deelgebieden dan uiteraard vrij zijn om al dan niet in te gaan op de vraag om advies.

Artikel 19

In verband met artikel 19 van het ontwerp moet worden verwezen naar opmerking 3 bij de bespreking van de strekking en de rechtsgrond van het ontwerp. Afgezien daarvan is niet duidelijk in welk geval er één, dan wel « meerdere jury's » zullen worden samengesteld en in welke mate de diverse jury's een gelijke behandeling van de ingediende projecten waarborgen.

A cet égard, le délégué a précisé :

« Aangezien de projecten worden gekoppeld aan RVT-equivalenten die beschikbaar zijn per gemeenschap/gewest zal er één jury zijn per gemeenschap/gewest. D.w.z. 4 jury's, aangezien COCOM en COCOF hun middelen samen hebben gebracht en de equivalenten voor projecten die behoren tot de Vlaamse gemeenschapscommissie in Brussel zijn toegewezen aan Vlaanderen. Het doel is om deze 4 jury's te laten voorzitten door telkens dezelfde persoon (leidend ambtenaar RIZIV) ».

Du commentaire du délégué, il se déduit qu'il y aura toujours plusieurs jurys. La rédaction de l'article 19, qui mentionne « un ou plusieurs jurys » n'y est pas conforme.

Article 20

A l'article 20, alinéa 5, du projet, le membre de phrase « en commençant par le plus important » est susceptible d'interprétations divergentes et ne contribue dès lors pas à la sécurité juridique. La formulation du texte du projet relatif au règlement applicable en cas d'*ex aequo* devrait être plus précise.

Article 23

Dans un souci de lisibilité, les mots « zijn bepaald » seront remplacés par les mots « is opgesteld » dans le texte néerlandais de l'article 23 du projet.

Article 28

Sauf si une raison spécifique impose de déroger au délai usuel d'entrée en vigueur des arrêtés, l'article 28 doit être omis du projet. En tout état de cause, le mot « publicatie » figurant dans le texte néerlandais doit être remplacé par le mot « bekendmaking » (10).

Annexe

L'intitulé de l'annexe peut se limiter à « Annexe ». La référence à l'arrêté royal auquel l'annexe est jointe résulte en effet de la formule finale de l'annexe.

La chambre était composée de :

MM. :

M. Van Damme, président de chambre.

J. Baert et W. Van Vaerenbergh, conseillers d'Etat.

M. Rigeaux, M. Tisson, assesseurs de la section de législation.

Mme M. Verschraegen, greffier assumé.

Le rapport a été présenté par M. L. Van Calenbergh, auditeur.

Notes

(1) La problématique concerne la délégation de pouvoirs réglementaires au Comité de l'assurance et non pas celle d'un pouvoir de décision pour des cas individuels.

(2) A cet égard, le délégué a précisé : « Onder « regels » wordt onder meer de problematiek van « privacy » voorzien : via welke kanalen, op welke wijze, het anonymiseren, het opslaan en bewaren van gegevens, het recht op inzage, het akkoord van de patiënt... Dit moet nog worden uitgewerkt en voor akkoord voorgelegd aan alle instanties ».

(3) Avis 45.554/1 du 16 décembre 2008 sur un projet d'arrêté royal « fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de formes alternatives de soins et de soutien aux soins en matière de soins aux personnes âgées ».

(4) Le haut degré de technicité est par exemple corroboré par le commentaire que le délégué fait notamment à propos de la connexité entre les équivalents MRS (article 4) et l'intervention proprement dite (articles 6 et 7) ou de la distinction entre l'attribution d'un projet à une communauté ou région « sur base de (son) [l'] agrément [ou] sur base de (son) [l'] adresse » de l'organisme ou du service concerné (article 14).

(5) Conformément à l'article 3, § 1^{er}, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, l'avis 45.554/1 et le présent avis du Conseil d'Etat seront alors annexés au rapport au Roi. Ces avis doivent être publiés au *Moniteur belge* en même temps que le rapport au Roi et le texte de l'arrêté royal.

De gemachtigde verduidelijkte in dat verband :

« Aangezien de projecten worden gekoppeld aan RVT-equivalenten die beschikbaar zijn per gemeenschap/gewest zal er één jury zijn per gemeenschap/gewest. D.w.z. 4 jury's, aangezien COCOM en COCOF hun middelen tezamen hebben gebracht en de equivalenten voor projecten die behoren tot de Vlaamse gemeenschapscommissie in Brussel zijn toegewezen aan Vlaanderen. Het doel is om deze 4 jury's te laten voorzitten door telkens dezelfde persoon (leidend ambtenaar RIZIV) ».

Uit de door de gemachtigde verstrekte uitleg valt af te leiden dat er steeds verscheidene jury's zullen zijn. De redactie van artikel 19, waarin melding wordt gemaakt van « één of meerdere jury's », is hiermee niet in overeenstemming.

Artikel 20

In artikel 20, vijfde lid, van het ontwerp is de zinsnede « beginnende met het meest belangrijke » voor uiteenlopende uitlegging vatbaar en bijgevolg niet bevorderlijk voor de rechtszekerheid. De betrokken regeling in geval van *ex aequo* zou duidelijker moeten worden verwoord in de tekst van het ontwerp.

Artikel 23

Ter wille van de leesbaarheid moeten in de Nederlandse tekst van artikel 23 van het ontwerp de woorden « zijn bepaald » worden vervangen door de woorden « is opgesteld ».

Artikel 28

Tenzij er een bijzondere reden bestaat waarom wordt afgeweken van de gangbare termijn van inwerkingtreding van besluiten, dient artikel 28 uit het ontwerp te worden weggelaten. In ieder geval dient het woord « publicatie » te worden vervangen door het woord « bekendmaking » (10).

Bijlage

Het opschrift van de bijlage kan beperkt blijven tot het woord « Bijlage ». De verwijzing naar het koninklijk besluit waar de bijlage wordt bijgevoegd, blijkt immers uit de slotformule van de bijlage.

De kamer was samengesteld uit :

de heren :

M. Van Damme, kamervoorzitter.

J. Baert, W. Van Vaerenbergh, staatsraden.

M. Rigeaux, M. Tisson, assessoren van de afdeling Wetgeving.

Mevr. M. Verschraegen, toegevoegd griffier.

Het verslag werd uitgebracht door de H. L. Van Calenbergh, auditeur.

Nota's

(1) De problematiek betreft de delegatie van verordenende bevoegdheid aan het Verzekeringscomité en niet die waarbij dit laatste beslissingsbevoegdheid uitoefent met betrekking tot individuele gevallen.

(2) De gemachtigde verduidelijkte in dat verband : « Onder « regels » wordt onder meer de problematiek van « privacy » voorzien : via welke kanalen, op welke wijze, het anonymiseren, het opslaan en bewaren van gegevens, het recht op inzage, het akkoord van de patiënt.. Dit moet nog worden uitgewerkt en voor akkoord voorgelegd aan alle instanties ».

(3) Advies 45.554/1 van 16 december 2008 over een ontwerp van koninklijk besluit « tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorgvormen inzake ouderenzorg ».

(4) De hoge techniciteit vindt bijvoorbeeld bevestiging in de uitleg die de gemachtigde onder meer verstrekte omtrent de samenhang tussen de RVT-equivalenten (artikel 4) en de eigenlijke tegemoetkoming (artikelen 6 en 7), of omtrent het onderscheid tussen de toewijzing van een project aan een gemeenschap of gewest « op basis van (de) erkenning (of) op basis van (het) advies » van de desbetreffende instelling of dienst (artikel 14).

(5) Aan het verslag aan de Koning dienen dan overeenkomstig artikel 3, § 1, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, het advies 45.554/1 en het voorliggende advies van de Raad van State te worden gehecht. De betrokken adviezen moeten samen met het verslag aan de Koning en de tekst van het koninklijk besluit worden bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

(6) *Principes de technique législative. Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, Conseil d'Etat, 2008, n° 27, formule 3-2-2, à consulter sur le site internet du Conseil d'Etat (www.raadvst-consetat.be).

(7) Un considérant commence par les mots « Considérant que » et non pas par les mots « Vu », comme c'est le cas dans le septième alinéa du préambule du projet.

(8) Il y a une même discordance entre les textes français et néerlandais de la phrase introductive de l'article 17, alinéa 1^{er}, qui fait référence aux « conditions prévues à l'article 16 » (formele voorwaarden zoals bedoeld in artikel 16).

(9) Le texte néerlandais utilise le terme « adviseren ».

(10) Cette dernière observation s'applique également à l'article 12 du projet.

2 JUILLET 2009. — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3°;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 25 juillet 2008 et le 28 janvier 2009;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 28 juillet 2008, le 2 février 2009 et le 2 mars 2009;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 2 septembre 2008 et le 18 mars 2009;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 12 novembre 2008 et le 26 mars 2009;

Vu les avis n° 45.554/1 et 46.416/1 du Conseil d'Etat, donnés respectivement le 16 décembre 2008 et le 30 avril 2009, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1° des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973;

Vu l'évolution démographique escomptée, l'offre de soins actuelle doit être étendue afin de rencontrer les besoins à venir. Le présent arrêté a pour but d'anticiper, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, de manière proactive, des propositions de soins alternatifs et de soutien aux soins pour des personnes âgées fragiles. Dans l'avenir, ces soins pourront être intégrés dans le paquet des prestations pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est déjà prévue;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1^{er}. — *Dispositions générales*

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté on entend par :

1° « La loi » : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° « Le Comité de l'assurance » : le Comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 2, e), de la loi;

3° « Communauté / Région » : les autorités, visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, qui sont compétentes en matière de politique de soins à mener à l'égard des personnes âgées;

4° « Participants » :

a) « Partenaire » : service, groupement ou institution de soins, d'aide ou de services, y compris les services intégrés de soins à domicile (SISD), concernés par la prise en charge des personnes âgées. En vue de la réalisation d'un projet, plusieurs partenaires peuvent s'associer en concluant entre eux un accord de collaboration. Les partenaires doivent conclure avec le Comité de l'assurance la convention visée à l'article 2;

b) « Autres participants » : autres services, groupements de soignants professionnels et/ou personnes directement impliqués dans la prise en charge de la personne âgée incluse dans le projet;

(6) *Beginselen van de wetgevingstechniek. Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, Raad van State, 2008, nr. 27, formule 3-2-2, te raadplegen op de internetsite van de Raad van State (www.raadvst-consetat.be).

(7) Een considerans vangt aan met de woorden « Overwegende dat » en niet met de woorden « Gelet op », zoals in het zevende lid van de aanhef van het ontwerp het geval is.

(8) Eenzelfde discordantie tussen de Nederlandse en de Franse tekst is er in de inleidende zin van artikel 17, eerste lid, waarin wordt verwezen naar de « formele voorwaarden zoals bedoeld in artikel 16 » (conditions prévues à l'article 16).

(9) In de Franse tekst wordt het woord « informer » gebruikt.

(10) Deze laatste opmerking geldt ook ten aanzien van artikel 12 van het ontwerp.

2 JULI 2009. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 56, § 2, eerste lid, 3°;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 25 juli 2008 en op 28 januari 2009;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 28 juli 2008, op 2 februari 2009 en op 2 maart 2009;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën gegeven op 2 september 2008 en op 18 maart 2009;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 12 november 2008 en van 26 maart 2009;

Gelet op de adviezen 45.554/1 en 46.416/1 van de Raad van State, gegeven op respectievelijk 16 december 2008 en 30 april 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1° van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat omwille van de te verwachten demografische evolutie het huidige zorgaanbod moet worden uitgebreid om tegemoet te komen aan de komende noden. Dit besluit heeft als doel om binnen het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging proactief in te spelen op voorstellen van alternatieve en ondersteunende zorgen aan kwetsbare ouderen. Deze zullen dan op termijn kunnen opgenomen worden in het pakket van verstrekkingen waarvoor een tegemoetkoming voorzien wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK 1. — *Algemene bepalingen*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° « De wet » : de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° « Het Verzekeringscomité » : het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 2, e) van de wet;

3° « Gemeenschap/Gewest » : de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 en 138 van de Grondwet die bevoegd zijn inzake ouderenzorgbeleid;

4° « Deelnemers » :

a) « Partner » : dienst, groepering of instelling voor verzorging, hulp- of dienstverlening, inclusief de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT), die bij de tenlasteneming van de ouderen betrokken is. Met het oog op de verwezenlijking van een project kunnen verschillende partners zich hierbij aansluiten en onderling een samenwerkingsakkoord sluiten. De partners moeten de overeenkomst bedoeld in artikel 2 met het Verzekeringscomité sluiten;

b) « Andere deelnemers » : andere diensten, groepering van professionele hulpverleners en/of personen die rechtstreeks betrokken zijn bij de tenlasteneming van de oudere die in het project is opgenomen;

5° « *Projet* » : une initiative développée par des prestataires de soins avec des prestations pour des personnes âgées rendues fragiles à cause d'affections chroniques qui nécessitent une approche multidisciplinaire, qui peuvent être appliquées partout et pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé n'est prévue, mais qui sont nécessaires pour postposer ou éviter le placement dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins.

6° « *Personne âgée fragile* » : un bénéficiaire est considéré comme fragile s'il remplit une des conditions suivantes :

a) soit, pour les bénéficiaires qui résident à domicile, un score de A, B ou C sur l'échelle de Katz comme définie à l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

b) soit, pour les bénéficiaires qui séjournent dans une institution mentionnée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12 de la loi, un score de B, C ou Cd sur l'échelle de Katz comme définie à l'article 150 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi;

c) soit, souffrir de démence. Le diagnostic de démence doit être posé par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou un médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou un médecin-spécialiste en neurologie ou un médecin-spécialiste avec un titre professionnel particulier de médecin-spécialiste en gériatrie;

d) soit, obtenir un score de 6 ou plus sur l'échelle de fragilité d'Edmonton comme définie à l'annexe du présent arrêté.

7° « *Equivalent MRS* » : la valeur en euro du coût moyen par jour à charge de l'assurance obligatoire soins de santé d'un patient séjournant en MRS. Cette valeur est égale à 60,80 euros et est liée à l'indice 110,51 du 1^{er} septembre 2008 (base 2004 = 100).

8° « *Groupe de travail* » : groupe de travail du Comité de l'assurance, composé de :

a) Membres du Comité de l'assurance : médecins, kinésithérapeutes, logopèdes, pharmaciens, hôpitaux, organismes assureurs;

b) Membres de la commission de conventions pour les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins et de membres de la commission de conventions pour les praticiens de l'art infirmier;

c) Représentants des SISD;

d) Membres du groupe de travail de la conférence interministérielle Santé publique - soins aux personnes âgées;

e) Représentants des administrations de l'INAMI, des Services Publics Fédéraux Santé publique et Sécurité sociale et facultativement des Communautés/Régions.

Art. 1^{er}bis. Le Groupe de travail visé à l'article 1^{er}, 8°, a les missions suivantes :

1° Etablir un projet de la convention visée à l'article 2;

2° Etablir un projet de l'accord de collaboration visé à l'article 11;

3° Etablir un projet du schéma standard visé à l'article 13;

4° Etablir une proposition de description détaillée des critères de fond visés à l'article 17;

5° Transmettre au Comité de l'Assurance une proposition pour la composition des jurys visés à l'article 19;

6° Etablir un classement des projets introduits sur base des procédures décrites à l'article 20;

7° Elaborer un projet pour les rapports visés à l'article 22;

8° Outre les missions visées par les points 1° à 7°, conseiller et assister le Comité de l'Assurance dans ses missions telles que décrites dans le présent arrêté.

Art. 2. Dans les conditions prévues par le présent arrêté, des conventions peuvent être conclues entre le Comité de l'assurance et les partenaires d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins pour des personnes âgées afin d'optimiser les soins donnés aux personnes âgées fragiles.

Cet objectif sera rencontré par des prestations spécifiques de soins et de soutien aux soins fournies de manière coordonnée, intégrée et concertée.

5° « *Project* » : een door zorgverleners ontwikkeld initiatief met verstrekkingen voor ouderen die omwille van chronische aandoeningen kwetsbaar zijn en een multidisciplinaire aanpak vergen, die overal toegepast kunnen worden en waarvoor geen tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is voorzien, maar die noodzakelijk zijn om een opname in een rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis uit te stellen of te vermijden.

6° « *Kwetsbare oudere* » : een rechthebbende wordt aanzien als een kwetsbare indien hij voldoet aan een van de volgende voorwaarden :

a) ofwel voor rechthebbenden die thuis verblijven : een score van A, B of C op de Katz-schaal zoals gedefinieerd in artikel 8 van de bijlage gevoegd 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;

b) ofwel voor rechthebbenden die verblijven in een instelling vermeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12 van de wet : een score van B, C of Cd op de Katz-schaal zoals gedefinieerd in artikel 150 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet;

c) ofwel lijden aan dementie. De diagnose van dementie dient gesteld te worden door ofwel een geneesheer-specialist in de psychiatrie, ofwel een geneesheer-specialist in de neuropsychiatrie ofwel een geneesheer-specialist in de neurologie ofwel een geneesheer-specialist met een bijzondere beroepstitel van geneesheerspecialist in de geriatrie;

d) ofwel een score halen van 6 of meer op de Edmonton-schaal voor kwetsbaarheid zoals vastgelegd in de bijlage bij dit besluit.

7° « *RVT-equivalent* » : dit is de waarde in euro van de gemiddelde kost per dag ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van een patiënt in een RVT. Deze waarde is gelijk aan 60,80 euro gekoppeld aan de index 110,51 van 1 september 2008 (basis 2004 = 100).

8° « *Werkgroep* » : werkgroep van het Verzekeringscomité die is samengesteld uit :

a) Leden Verzekeringscomité : geneesheren, kinesitherapeuten, logopedisten, apothekers, ziekenhuizen, verzekeringsinstellingen;

b) Leden van de overeenkomstencommissie met de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen en leden van de overeenkomstencommissie met de verpleegkundigen;

c) Vertegenwoordigers van de GDT;

d) Leden van de werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid - ouderenzorg;

e) Vertegenwoordigers van administraties van het RIZIV, de Federale overheidsdiensten Volksgezondheid en Sociale zekerheid en facultatief van de Gemeenschappen/Gewesten.

Art. 1bis. De Werkgroep bedoeld in artikel 1, 8°, heeft volgende opdrachten :

1° Een ontwerp opmaken van de overeenkomst bedoeld in artikel 2;

2° Een ontwerp opmaken van het samenwerkingsakkoord bedoeld in artikel 11;

3° Een ontwerp opmaken van het standaardschema bedoeld in artikel 13;

4° Een voorstel opmaken van een uitgebreide beschrijving van de inhoudelijke criteria bedoeld in artikel 17;

5° Aan het Verzekeringscomité een voorstel overmaken van de samenstelling van de jury's bedoeld in artikel 19;

6° Het opmaken van een rangschikking van de ingediende projecten op basis van de procedures beschreven in artikel 20;

7° Een ontwerp opmaken van de rapporten bedoeld in artikel 22;

8° Naast de opdrachten bedoeld in de punten 1° tot en met 7° het Verzekeringscomité adviseren en bijstaan in zijn opdrachten zoals beschreven in dit besluit.

Art. 2. Onder de voorwaarden die in dit besluit zijn vastgesteld, kunnen overeenkomsten worden gesloten tussen het Verzekeringscomité en de partners van een project van alternatieve en ondersteunende zorg in de ouderenzorg teneinde de geleverde zorg aan kwetsbare ouderen te optimaliseren.

Die doelstelling zal worden bereikt door specifieke zorgverstrekkingen en zorgondersteunende verstrekkingen die gecoördineerd, geïntegreerd en in overleg tot stand komen.

CHAPITRE 2. — *Caractéristiques des soins alternatifs et de soutien aux soins*

Art. 3. L'intervention visée à l'article 7 est accordée pour des prestations fournies à des personnes âgées rendues fragiles à cause d'affections chroniques qui nécessitent une approche multidisciplinaire, pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé n'est prévue, mais qui sont nécessaires pour postposer ou éviter le placement dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins, et qui appartiennent à une des 4 catégories suivantes :

1° Catégorie 1. — Des activités de soins dans des services et institutions visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12° de la loi et dans des centres d'accueil de jour reconnus par les Communautés/Régions afin de permettre aux personnes âgées fragiles de continuer à vivre chez elles ou d'y retourner rapidement;

2° Catégorie 2. — Des activités de soins fournies par des services et institutions visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12° de la loi à des personnes âgées fragiles à domicile en complément et en soutien aux soins déjà présents;

3° Catégorie 3. — Des soins intégrés délivrés par plusieurs prestataires de soins afin de garantir la continuité des soins et du soutien aux soins de personnes âgées fragiles qui font appel à différents fournisseurs de soins;

4° Catégorie 4. — Soutien aux soins pour des personnes âgées fragiles qui séjournent dans des formes d'habitat autres que ceux visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12° de la loi.

CHAPITRE 3. — *Nombre d'équivalents MRS et budget - priorités par Communauté/Région selon le choix de la catégorie*

Art. 4. Le nombre maximum d'équivalents MRS qui entrent considération pour l'application du présent arrêté est fixé par Communauté/Région à :

	Equivalents à partir du 1 ^{er} octobre 2008	Equivalents supplémentaires à partir d'octobre 2009
Région Wallonne	33	70
Communauté Flamande	142	335
Région de Bruxelles-Capitale	Minimum 19 et maximum 45	Minimum 85 et maximum 111
Communauté Germanophone	13,16	15

	Equivalenten vanaf oktober 2008	Bijkomende equivalenten vanaf oktober 2009
Waals Gewest	33	70
Vlaamse Gemeenschap	142	335
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Minstens 19 en maximum 45	Minstens 85 en maximum 111
Duitstalige Gemeenschap	13,16	15

Pour les projets qui démarreront à partir de 2009, le nombre d'équivalents MRS par Communauté/Région est réparti comme suit entre les catégories :

Nombre d'équivalents MRS par catégorie par Communauté/Région à partir du 1 ^{er} avril 2009				
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
Région wallonne	33			
Communauté flamande	maximum 71, dont maximum 35 pour des patients A en centre d'accueil de jour	maximum 71	maximum 71	maximum 71
Région Bruxelles - Capitale	Minimum 19 et maximum 45			
Communauté germanophone	13,16			

HOOFDSTUK 2. — *Kenmerken van de alternatieve en ondersteunende zorg*

Art. 3. De in artikel 7 bedoelde tegemoetkoming wordt verleend voor geneeskundige verstrekkingen aan ouderen die omwille van chronische aandoeningen kwetsbaar zijn en een multidisciplinaire aanpak vergen, waarvoor geen tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is voorzien, maar die noodzakelijk zijn om een opname in een rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis uit te stellen of te vermijden en die behoren tot een van de 4 volgende categorieën :

1° Categorie 1. — Zorgactiviteiten binnen de diensten en inrichtingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12° van de wet en in door de Gemeenschappen/Gewesten erkende dagverzorgingscentra ten einde kwetsbare ouderen in staat te stellen verder thuis te verblijven of spoedig naar de thuisomgeving terug te keren;

2° Categorie 2. — Zorgactiviteiten verleend door de diensten en inrichtingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12° van de wet aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie ter aanvulling en ondersteuning van de al bestaande zorgverlening;

3° Categorie 3. — Geïntegreerde zorgverlening door meerdere zorgverleners ten einde de continuïteit van de verzorging en zorgondersteuning voor kwetsbare ouderen die op verschillende zorgaanbieders beroep doen, te verzekeren;

4° Categorie 4. — Zorgondersteuning voor kwetsbare ouderen die in woonvormen verblijven, andere dan deze bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12° van de wet.

HOOFDSTUK 3. — *Aantal RVT-equivalenten en budget - prioriteiten per Gemeenschap/Gewest naar de keuze van categorie*

Art. 4. Het maximum aantal RVT-equivalenten dat in aanmerking wordt genomen voor toepassing van dit besluit wordt per Gemeenschap/Gewest vastgelegd op :

Het aantal RVT-equivalenten wordt per Gemeenschap/Gewest voor de projecten die vanaf 2009 zullen opstarten als volgt verdeeld over de categorieën :

Aantal RVT equivalenten per categorie per Gemeenschap/Gewest vanaf 1 april 2009				
	Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3	Categorie 4
Waals Gewest		33		
Vlaamse Gemeenschap	maximum 71, waarvan maximum 35 voor A-patiënten in dagverzorgingscentra	maximum 71	maximum 71	maximum 71
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Minstens 19 en maximum 45			
Duitstalige Gemeenschap		13,16		

Les 33 équivalents MRS de la Région Wallonne sont destinés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social du secteur non-marchand.

Pour les projets qui démarreront au plus tard à partir du 1^{er} octobre 2009, le nombre d'équivalents MRS supplémentaires par Communauté/Région est réparti comme suit entre les catégories :

De 33 RVT-equivalenten van het Waalse Gewest zijn bestemd voor de creatie van arbeidsplaatsen in de diensten voor thuisverpleging, in het kader van het sociaal akkoord van de non-profitsector.

Het aantal bijkomende RVT-equivalenten wordt per Gemeenschap/Gewest voor de projecten die ten laatste vanaf 1 oktober 2009 zullen opstarten als volgt verdeeld over de categorieën :

Nombre d'équivalents MRS supplémentaires par catégorie par Communauté/Région au plus tard à partir du 1 ^{er} octobre 2009				
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
Région wallonne	30 pour les centres d'accueil de jour	40		
Communauté flamande	maximum 167, dont maximum 84 pour des patients A en centre d'accueil de jour	maximum 167	maximum 167	maximum 167
Région de Bruxelles-Capitale	Minimum 85 et maximum 111			
Communauté germanophone	Maximum 15 dont maximum 2 pour des centres d'accueil de jour			

Aantal bijkomende RVT equivalenten per categorie per Gemeenschap/Gewest ten laatste vanaf 1 oktober 2009				
	Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3	Categorie 4
Waals Gewest	30 voor dagverzorgingscentra	40		
Vlaamse Gemeenschap	maximum 167, waarvan maximum 84 voor A-patiënten in dagverzorgingscentra	maximum 167	maximum 167	maximum 167
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Minstens 85 en maximum 111			
Duitstalige Gemeenschap	Maximum 15 waarvan maximum 2 voor dagverzorgingscentra			

La Région Wallonne destine 30 équivalents MRS dans le cadre de la catégorie 1 aux soins pour personnes âgées en centres d'accueil de jour agréés.

Les 40 équivalents MRS de la Région Wallonne pour les catégories 2 et 3 sont destinés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social du secteur non-marchand.

CHAPITRE 4. — Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé

Art. 5. L'intervention de l'assurance obligatoire est accordée seulement aux projets dans lesquels les bénéficiaires inclus dans le projet sont âgés d'au moins 60 ans et qui répondent à la définition de personne âgée fragile visée à l'article 1^{er}, 6^o.

En dérogation aux dispositions du premier alinéa, une intervention peut être accordée à des projets qui ont comme groupe cible des bénéficiaires de moins de 60 ans ayant, suite à une maladie chronique, un même besoin en soins que les personnes âgées fragiles, à condition que le Comité de l'assurance marque son accord.

Het Waalse Gewest bestemt 30 RVT-equivalenten in het kader van categorie 1 voor de verzorging van ouderen in erkende dagverzorgingscentra.

De 40 RVT-equivalenten van het Waalse Gewest voor de categorieën 2 en 3 zijn bestemd voor de creatie van arbeidsplaatsen in de diensten voor thuisverpleging, in het kader van het sociaal akkoord van de non-profitsector.

HOOFDSTUK 4. — Tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Art. 5. De tegemoetkoming van de verplichte verzekering wordt slechts toegekend aan projecten waarvan de rechthebbenden opgenomen in het project minstens 60 jaar oud zijn en die voldoen aan de definitie van kwetsbare oudere zoals bedoeld artikel 1, 6^o.

Indien een project als doelgroep rechthebbenden heeft die jonger zijn dan 60 jaar en die omwille van een chronische aandoening een zelfde zorgbehoefte hebben als kwetsbare ouderen, kan in afwijking van de bepalingen van het eerste lid ook aan deze projecten een tegemoetkoming worden toegekend op voorwaarde dat het Verzekeringscomité hiermee instemt.

En dérogation à la définition de personne âgée fragile visée à l'article 1^{er}, 6°, le Comité de l'assurance peut permettre que l'évaluation se fasse par le biais du Resident Assessment Instrument (RAI) au lieu de l'échelle de Katz mentionnée à l'article 1^{er}, 6°, a) et b).

Art. 6. L'intervention totale à charge de l'assurance obligatoire soins de santé pour les patients inclus dans les projets, couvre par jour, le cas échéant :

1° les prestations des infirmières, kinésithérapeutes et/ou logopèdes via la nomenclature et

2° l'intervention spécifique telle que fixée dans la convention visée à l'article 2.

Art. 7. L'intervention spécifique telle que fixée dans la convention visée à l'article 2 couvre, le cas échéant :

1° Les prestations suivantes dispensées par des praticiens qualifiés à cet effet, salariés ou statutaires :

a) les soins dispensés par des praticiens de l'art infirmier, en ce compris les activités infirmières effectuées par des aides-soignants selon les modalités prévues dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes; mais à l'exclusion des prestations portées en compte via la nomenclature;

b) les prestations de kinésithérapie dispensées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet, à l'exclusion des prestations portées en compte via la nomenclature;

c) les prestations de logopédie dispensées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet, à l'exclusion des prestations portées en compte via la nomenclature;

d) les tâches de réactivation et de réintégration sociale dispensées par des membres du personnel de réactivation au sens de l'Arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, y compris l'ergothérapie;

2° les soins pharmaceutiques à l'exclusion de la fourniture de médicaments, de l'oxygène, des moyens diagnostiques, de l'alimentation médicale, des dispositifs médicaux autres que ceux destinés spécifiquement au maintien de la personne âgée dans son milieu de vie;

3° le coût de la concertation et de la coordination entre les partenaires du projet, y compris le case-management, à l'exclusion de toute forme de concertation déjà financée par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (exemple : concertation dans le cadre des SISD, projets thérapeutiques en santé mentale);

4° les désinfectants (à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique) qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre 1^{er} à IV, de l'arrêté royal du 17 mars 1997 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés, les pansements non imprégnés, les compresses stériles qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre V, de l'arrêté royal du 17 mars 1997 précité, le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline);

5° des aides techniques spécifiquement destinées au maintien de la personne âgée à domicile;

In afwijking van de definitie van kwetsbare oudere zoals bedoeld in artikel 1, 6°, kan het Verzekeringscomité toestaan dat de evaluatie gebeurt op basis van het Resident Assessment Instrument (RAI) in plaats van op basis van de Katz-schaal zoals beschreven in artikel 1, 6°, a) en b).

Art. 6. De totale tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging per dag en per patiënt die ten laste is genomen door een project, dekt in voorkomend geval :

1° de verstrekkingen van verpleegkundigen, kinesitherapeuten en/of logopedisten via de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging en

2° de specifieke tegemoetkoming zoals vastgelegd in de overeenkomst bedoeld in artikel 2.

Art. 7. De specifieke tegemoetkoming zoals vastgelegd in de overeenkomst, bedoeld in artikel 2 dekt, in voorkomend geval :

1° De volgende verstrekkingen verleend door loontrekkende of statutaire zorgverleners die daartoe bevoegd zijn :

a) de verzorging verleend door verpleegkundigen, inclusief de verpleegkundige activiteiten uitgevoerd door zorgkundigen volgens de voorwaarden vastgelegd in het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen; maar met uitsluiting van de verstrekkingen die worden aangerekend via de nomenclatuur;

b) de kinesitherapieverstrekkingen verleend door de daartoe bevoegde zorgverleners, met uitsluiting van de verstrekkingen die worden aangerekend via de nomenclatuur;

c) de logopedieverstrekkingen verleend door de daartoe bevoegde zorgverleners, met uitsluiting van de verstrekkingen die worden aangerekend via de nomenclatuur;

d) elke handeling tot reactivering en sociale re-integratie, verleend door leden van het personeel voor reactivering in de betekenis van het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, inclusief de ergotherapie;

2° de farmaceutische zorg met uitsluiting van de aflevering van geneesmiddelen, zuurstof, diagnostische middelen, medische voeding, medische hulpmiddelen andere dan deze specifiek bestemd voor het behoud van de oudere in zijn thuisomgeving;

3° de kosten van het overleg en de coördinatie tussen de partners van het project, inclusief casemanagement en exclusief elke vorm van overleg die al door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt gefinancierd (bijvoorbeeld : overleg in het kader van de GDT, therapeutische projecten op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg);

4° de ontmettingsmiddelen (uitgezonderd de ontmettingsmiddelen voor gynaecologie, voor mond- en oogverzorging) die niet terugbetaalbaar zijn ter uitvoering van Bijlage I, hoofdstuk I tot en met IV, van het koninklijk besluit van 17 maart 1997 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoet komt in de kosten van magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten, de niet-geïmpregneerde verbanden, de steriele kompressen die niet terugbetaalbaar zijn ter uitvoering van Bijlage I, hoofdstuk V, van het voornoemde koninklijk besluit van 17 maart 1997, het onderhuids en/of intramusculair injectiemateriaal (uitgezonderd insuline-sputen);

5° technische hulpmiddelen die specifiek bedoeld zijn om de oudere in zijn thuissituatie te houden;

6° la formation et la sensibilisation du personnel visé au point 1°, nécessaires à l'exécution des tâches constitutives du projet;

7° la formation et la sensibilisation de la personne âgée incluse dans le projet et de l'aidant proche en sa qualité de partenaire indispensable au maintien à domicile;

8° une intervention dans le coût de l'enregistrement, de la gestion et de la transmission des données;

9° une intervention dans les frais administratifs et de facturation;

10° une intervention dans les frais de déplacement du personnel dans l'exécution des tâches visées au point 1°;

11° les frais de fonctionnement liés aux soins, comme par exemple le coût lié aux interventions des participants au projet qui ne sont pas couverts par la nomenclature ou une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Art. 8. § 1. La moyenne de l'intervention totale visée à l'article 6, calculée par projet sur une base annuelle s'élevé par patient et par jour à maximum 60,80 euros (indice = 110,51 du 1^{er} septembre 2008 - base 2004 = 100).

Cette intervention est composée :

1° du coût moyen des prestations visées à l'article 6, 1°, s'élevant forfaitairement à 25 euros par jour et par patient;

2° de l'intervention spécifique visée à l'article 6, 2°, calculée au moyen de la formule suivante et avec un maximum de 35,80 euros :

$$\frac{E.1}{(E.7.2) * (E.7.4)}$$

Dans laquelle :

E.1 = la somme des coûts prévus pour les éléments visés à l'article 7;

E.7.2 = l'estimation du nombre de personnes âgées qui seront incluses dans le projet sur base annuelle;

E.7.4 = l'estimation du nombre moyen de jours supplémentaires qu'une personne âgée peut rester à domicile grâce au projet.

§ 2. En dérogation des dispositions du paragraphe 1^{er}, le montant de l'intervention spécifique peut s'élever à 60,80 euros maximum par jour et par patient, s'il s'agit d'un projet de court-séjour de revalidation disposant d'une déclaration de la Communauté / Région compétente attestant qu'il s'agit d'un court-séjour organisé au-delà de la programmation existante.

CHAPITRE 5. — *Partenaires des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins*

Art. 9. Dans les catégories 1 et 2, visées à l'article 3, le nombre de partenaires peut être limité. Dans ce cas, le trajet de soins est défini avec les autres participants potentiels, même s'ils ne sont pas impliqués concrètement dans le projet. Une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins est un partenaire obligatoire;

Dans les catégories 3 et 4, un service de soins infirmiers à domicile, ou un service intégré de soins à domicile (SISD) est un partenaire obligatoire. Une MRPA ou MRS doit être impliquée dans le projet et en être tenue informée si elle n'est pas partenaire du projet;

Dans toutes les catégories (1 à 4), doit au moins être partenaire du projet, une maison de repos pour personnes âgées, une maison de repos et de soins, un centre de soins de jour, un service de soins infirmiers à domicile ou un service intégré de soins à domicile;

Dans les catégories 2, 3 et 4, le SISD doit être impliqué dans le projet et en être tenu informé s'il n'est pas partenaire du projet.

CHAPITRE 6. — *Convention entre le projet et le Comité de l'assurance*

Art. 10. La convention visée à l'article 2 fixera les éléments suivants :

1° L'identité des partenaires du projet;

2° L'identité du coordinateur administratif chargé des relations administratives et financières avec l'INAMI et le nom de la personne de contact visés à l'article 14;

3° Les objectifs à atteindre par le projet;

4° La description de l'organisation pour atteindre ces objectifs;

5° L'engagement de moyens en vue d'atteindre ces objectifs et leurs coûts;

6° de opleiding en sensibilisering van het personeel bedoeld in punt 1°, die nodig zijn voor de uitvoering van de taken die deel uitmaken van het project;

7° de opleiding en de sensibilisering van de oudere die in het project is opgenomen en van de mantelzorger die onontbeerlijk is om de patiënt in de thuissituatie te houden;

8° een tegemoetkoming in de kosten voor de registratie, het beheer en de overdracht van de gegevens;

9° een tegemoetkoming in de administratiekosten en de kosten voor facturering;

10° een tegemoetkoming in de verplaatsingskosten van het personeel bij de uitvoering van de taken opgesomd in punt 1°;

11° de verzorgingsgebonden werkingskosten zoals de kosten verbonden aan specifieke interventies van de deelnemers aan het project die niet gedekt zijn door de nomenclatuur of een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Art. 8. § 1. Het gemiddelde van de totale tegemoetkoming bedoeld in artikel 6 en berekend per project op jaarbasis bedraagt per patiënt en per dag maximum 60,80 euro (index = 110,51 van 1 september 2008 - basis 2004 = 100).

Deze tegemoetkoming bestaat uit :

1° De gemiddelde kost van de verstrekingen bedoeld in artikel 6, 1° die forfaitair 25 euro bedraagt per dag en per patiënt.

2° De specifieke tegemoetkoming bedoeld in artikel 6, 2° die wordt berekend door gebruik te maken van de volgende formule, met een maximum van 35,80 euro :

$$\frac{E.1}{(E.7.2) * (E.7.4)}$$

Waarbij :

E.1 = de som is van de voorziene kosten voor de elementen bedoeld in artikel 7;

E.7.2 = de raming van het aantal ouderen die op jaarbasis opgenomen worden in het project;

E.7.4 = de raming van het gemiddelde aantal dagen dat een oudere langer in de thuissituatie kan verblijven ten gevolge van een project.

§ 2. In afwijking van de bepalingen van paragraaf 1 bedraagt de specifieke tegemoetkoming voor een project voor revaliderend kortverblijf waarvoor het project beschikt over een verklaring van de bevoegde Gemeenschap/Gewest waaruit blijkt dat dit kortverblijf wordt ingericht bovenop de bestaande programmering, maximum 60,80 euro per dag en per patiënt.

HOOFDSTUK 5. — *Partners in de projecten voor alternatieve en ondersteunende zorgen*

Art. 9. In de categorieën 1 en 2, bedoeld in artikel 3, kunnen de partners beperkt zijn. In dat geval wordt het zorgtraject beschreven met mogelijke andere deelnemers, ook al zijn ze niet concreet in het project betrokken. Een rustoord voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis is verplichte partner;

In de categorieën 3 en 4 is een dienst voor thuisverpleging of een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) een verplichte partner. Een ROB of een RVT moet worden betrokken bij het project en op de hoogte worden gehouden als deze er geen partner van is;

In alle categorieën (1 tot 4), moet tenminste een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een dienst voor thuisverpleging of een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging partner in het project zijn;

In de categorieën 2, 3 en 4 moet de GDT bij het project betrokken zijn en op de hoogte worden gehouden als deze er geen partner van is.

HOOFDSTUK 6. — *Overeenkomst tussen het project en het Verzekeringscomité*

Art. 10. In de in artikel 2 bedoelde overeenkomst zullen de volgende elementen worden vastgelegd :

1° De identiteit van de partners van het project;

2° De identiteit van de administratief coördinator, belast met administratieve en financiële relaties met het RIZIV, en de naam van de contactpersoon bedoeld in artikel 14;

3° De te bereiken doelstellingen van het project;

4° De beschrijving van de organisatie om deze doelstellingen te bereiken;

5° De inzet van middelen om de doelstellingen te bereiken, en de kostprijs ervan;

6° Une déclaration attestant que les membres du personnel affectés au projet entrent en ligne de compte uniquement pour la partie dont le coût salarial est pris en charge exclusivement par le projet ou les partenaires;

7° La détermination de l'intervention spécifique;

8° L'obligation de conclure l'accord de collaboration visé à l'article 11;

9° Les règles en matière de facturation et de paiement;

10° Les règles en matière d'échange de données;

11° La durée de validité de la convention, les modalités de résiliation de la convention;

12° Les règles pour la révision intermédiaire de l'intervention spécifique.

CHAPITRE 7. — *Accord de collaboration entre partenaires*

Art. 11. Les projets réalisés par plus d'un partenaire doivent définir leur lien de collaboration. Celui-ci doit être formalisé dans un accord de collaboration selon le modèle fixé par le Comité de l'Assurance sur proposition du Groupe de travail et reprenant au moins les points suivants :

1° L'énumération des partenaires;

2° L'apport des différents partenaires au projet;

3° Coordination, concertation, liaison et organisation;

4° Le déroulement de la communication entre les différents partenaires;

5° L'instrument d'évaluation utilisé;

6° La collecte et le flux de données;

7° La tenue des dossiers patients;

8° L'organisation d'un secrétariat;

9° L'affectation de l'intervention;

10° La désignation d'un coordinateur administratif chargé des relations administratives et financières avec l'INAMI.

CHAPITRE 8. — *Procédure de sélection*

Art. 12. Les partenaires d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins, candidats à la signature d'une convention avec le Comité de l'assurance dans les conditions prévues par le présent arrêté doivent introduire leur projet auprès de l'INAMI, Av de Tervuren 211, 1150 Bruxelles dans les 90 jours qui suivent la publication du présent arrêté royal au Moniteur Belge, sous forme papier et sous forme électronique à l'adresse e-mail protocol3@inami.fgov.be.

Art. 13. Le Comité de l'assurance fixe un schéma standard à introduire par les promoteurs des projets lors de l'introduction de leur candidature. A cet effet, il appliquera les définitions concernant notamment la désignation du groupe cible, les critères d'inclusion pour les personnes âgées, les instruments à utiliser, les partenaires, la concertation et la coordination, la zone d'activité.

Art. 14. Lorsqu'on pose sa candidature, on doit désigner comme coordinateur administratif un établissement ou service qui dispose d'un numéro d'identification INAMI. Au sein de cet établissement ou service, une personne sera désignée qui fera office de personne de contact avec l'INAMI. L'intervention spécifique sera versée sur le numéro de compte de cet établissement ou service.

Lorsque le coordinateur administratif est une MRPA, une MRS ou un SISD, le projet est attribué à la Communauté/Région qui a agréé cette institution ou ce service.

Lorsque le coordinateur administratif est un service de soins infirmiers à domicile, la Communauté/Région à laquelle le projet est attribué est déterminée sur base de l'adresse de ce service. S'il s'agit d'un service de soins infirmiers dont l'adresse est dans la Région de Bruxelles-Capitale, c'est le projet lui-même qui, sur base de la langue dans laquelle le projet est introduit, détermine s'il est attribué à la Communauté Flamande ou à la Région de Bruxelles-Capitale.

Art. 15. Les projets introduits seront évalués sur la base de critères de forme et de critères de fond.

6° Een verklaring die aantoonst dat de personeelsleden die in het project aangesteld zijn, enkel in aanmerking komen voor het gedeelte waarvan de loonkost uitsluitend door het project of de partners ten laste wordt genomen;

7° De bepaling van de specifieke tegemoetkoming;

8° De verplichting tot het sluiten van het samenwerkingsakkoord bedoeld in artikel 11;

9° De regels m.b.t. facturering en de betaling;

10° De regels m.b.t. gegevensuitwisseling;

11° De geldigheidsduur, de opzeggingsmodaliteiten van de overeenkomst;

12° De regels voor de tussentijdse herziening van de specifieke tegemoetkoming.

HOOFDSTUK 7. — *Samenwerkingsakkoord onder partners*

Art. 11. De projecten met meer dan één partner moeten hun samenwerkingsverband beschrijven. Dat samenwerkingsverband dient geformaliseerd te worden in een samenwerkingsakkoord volgens het model dat door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld op voorstel van de Werkgroep, waarin minstens de volgende punten zijn opgenomen :

1° De opsomming van de partners;

2° De inbreng van de verschillende partners in het project;

3° Coördinatie, overleg, liaison en organisatie;

4° Het verloop van de communicatie tussen de verschillende partners;

5° Het gehanteerde evaluatie-instrument;

6° Gegevensinzameling en -doorstroming;

7° Het bijhouden van patiëntendossiers;

8° De organisatie van een secretariaat;

9° Aanwending van de tegemoetkoming;

10° Aanduiding van een administratief coördinator, belast met administratieve en financiële relaties met het RIZIV.

HOOFDSTUK 8. — *Selectieprocedure*

Art. 12. De partners van een project van alternatieve en ondersteunende zorg die kandidaat zijn voor de ondertekening van een overeenkomst met het Verzekeringscomité onder de voorwaarden die in dit besluit zijn vastgesteld, moeten hun project bij het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel indienen binnen de 90 dagen na de bekendmaking van dit koninklijk besluit in het *Belgisch Staatsblad*, zowel op papier als elektronisch op het e-mailadres protocol3@riziv.fgov.be.

Art. 13. Het Verzekeringscomité legt een standaardschema vast dat door de initiatiefnemers van de projecten moet worden gebruikt bij de indiening van hun kandidatuur. Daarbij zal het omschrijvingen hantieren betreffende ondermeer de aanduiding van de doelgroep, inclusiecriteria voor ouderen, te gebruiken instrumenten, de partners, overleg en coördinatie, het werkingsgebied.

Art. 14. Bij de kandidatuurstelling moet een instelling of dienst worden aangeduid als administratief coördinator die over een RIZIV-identificatienummer beschikt. Binnen deze instelling of dienst zal een persoon worden aangeduid die zal fungeren als contactpersoon naar het RIZIV toe. De specifieke tegemoetkoming zal worden gestort op het rekeningnummer van deze instelling of dienst.

Indien de administratief coördinator een ROB, een RVT of een GDT is wordt het project toegewezen aan de Gemeenschap/Gewest die de erkenning heeft gegeven aan die instelling of dienst.

Indien de administratief coördinator een Dienst voor thuisverpleging is, wordt de Gemeenschap/Gewest waaraan het project wordt toegewezen bepaald op basis van het adres van deze dienst. Indien het gaat om een Dienst voor thuisverpleging met adres in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, dan dient dit project, op basis van de taal waarin het project wordt ingediend zelf te bepalen of het wordt toegewezen aan de Vlaamse Gemeenschap of aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Art. 15. De ingediende projecten zullen worden beoordeeld op basis van formele en inhoudelijke criteria.

Art. 16. Le Comité de l'Assurance décide si les projets introduits satisfont aux critères de forme suivants après que l'avis des Communautés / Régions a été demandé :

- 1° Le projet a été introduit dans le délai prévu;
- 2° Ont été déposées :
 - a) une description du groupe cible;
 - b) une description de l'objectif, des soins à proposer et des résultats escomptés;
 - c) une description des partenaires et des autres participants ainsi que de leurs missions;
 - d) une description de la zone d'activité;
 - e) une analyse financière et une proposition d'intervention spécifique;
- 3° Le projet cadre avec une ou plusieurs des catégories visées à l'article 3 et satisfait aux priorités telles que visées à l'article 4.

Art. 17. Pour répondre aux objectifs visés à l'article 2, les projets qui satisfont aux conditions de forme visées à l'article 16 seront évalués par le Comité de l'assurance sur la base des 6 critères de fond suivants, classés selon leur importance :

- 1° Description de l'objectif, des soins à proposer et des résultats escomptés : maximum 50 points;
- 2° Description des partenaires et des autres participants ainsi que de leurs missions : maximum 20 points;
- 3° Description du groupe cible : maximum 10 points;
- 4° Analyse financière et proposition d'intervention spécifique : maximum 10 points;
- 5° Description de la zone d'activité : maximum 5 points;
- 6° Proposition de projet programmable, applicable dans tout le pays et ne réévaluant pas la nomenclature ou les forfaits existants : maximum 5 points.

Le Comité de l'assurance définit, sur proposition du Groupe de travail, ce qu'il convient d'entendre par ces critères.

Art. 18. Dans certains cas des points bonus peuvent être accordés à un projet.

Ces points bonus sont définis comme suit :

- 1° participation au projet à la fois d'une MRPA/MRS, d'un SISD et d'un service de soins infirmiers à domicile : maximum 5 points;
- 2° participation au projet d'une ou de plusieurs associations de représentants des usagers ou d'un Conseil Consultatif des Aînés communal ou d'un organe comparable : maximum 5 points;
- 3° utilisation du RAI comme instrument d'évaluation : 5 points.

Art. 19. Pour évaluer les projets introduits, 4 jurys sont constitués : 1 pour la Région de Bruxelles-Capitale, 1 pour la Communauté Germanophone, 1 pour la Communauté Flamande et 1 pour la Région Wallonne.

Ces jurys sont présidés par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie - invalidité ou par un fonctionnaire désigné par lui.

Les jurys sont composés comme suit :

- 1° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les administrations;
- 2° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les organismes assureurs;
- 3° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les prestataires de soins (SISD, MRPA/MRS et Services de soins infirmiers à domicile).

Les membres effectifs et suppléants visés dans l'alinéa précédent sont désignés par le Comité de l'assurance sur proposition du Groupe de travail.

Art. 19bis. Chaque groupe visé à l'article 19, 3^e alinéa évalue les projets introduits sur les critères visés aux articles 17 et 18 et attribue un score pour chaque critère.

Les scores des trois groupes sont transmis au président du jury qui, par critère visé aux articles 17 et 18, prend la moyenne des trois scores et calcule le score total par projet.

Art. 16. Het Verzekeringscomité beslist of de ingediende projecten voldoen aan de volgende formele criteria nadat het advies van de Gemeenschap/Gewest werd gevraagd :

- 1° Project is ingediend binnen de voorziene termijn;
- 2° Bij de indiening zit :
 - a) een beschrijving van de doelgroep;
 - b) een beschrijving van de doelstelling, van de aan te bieden zorg en van de te verwachten resultaten;
 - c) een beschrijving van de partners en van de andere deelnemers en hun opdrachten;
 - d) een beschrijving van het werkingsgebied;
 - e) een financiële analyse en voorstel van specifieke tegemoetkoming;
- 3° Het project past binnen één of meerdere van de categorieën bedoeld in artikel 3 en voldoet aan de prioriteiten zoals bedoeld in artikel 4.

Art. 17. Om tegemoet te komen aan de doelstellingen bedoeld in artikel 2, zullen de projecten die voldoen aan de formele voorwaarden bedoeld in artikel 16 door het Verzekeringscomité worden geëvalueerd op basis van de volgende 6 inhoudelijke criteria die volgens niveau van belangrijkheid worden gerangschikt :

- 1° Beschrijving van de doelstelling, van de aan te bieden zorg en van de te verwachten resultaten : maximum 50 punten;
- 2° Beschrijving van de partners en van de andere deelnemers en hun opdrachten : maximum 20 punten;
- 3° Beschrijving van de doelgroep : maximum 10 punten;
- 4° Financiële analyse en voorstel van specifieke tegemoetkoming : maximum 10 punten;
- 5° Beschrijving werkingsgebied : maximum 5 punten;
- 6° Voorstel van project is programmeerbaar, kan toepasbaar zijn in het ganse land en leidt niet tot opwaardering van bestaande nomenclatuur of forfaits : maximum 5 punten.

Het Verzekeringscomité omschrijft, op voorstel van de Werkgroep wat onder deze criteria wordt verstaan.

Art. 18. In bepaalde gevallen kunnen aan een project bonuspunten toegekend worden.

Deze bonuspunten worden als volgt bepaald :

- 1° deelname in het project van zowel een ROB/RVT, een GDT als een dienst voor thuisverpleging : maximum 5 punten;
- 2° deelname aan het project van een of meerdere gebruikersverenigingen of van een gemeentelijke Ouderenraad of een vergelijkbaar orgaan : maximum 5 punten;
- 3° gebruik van de RAI als evaluatie-instrument : 5 punten.

Art. 19. Er worden voor de evaluatie van de ingediende projecten 4 jury's opgericht : 1 voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1 voor de Duitstalige Gemeenschap, 1 voor de Vlaamse Gemeenschap en 1 voor het Waalse Gewest.

Deze jury's worden voorgezeten door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of door een door hem aangeduide ambtenaar.

De jury's worden als volgt samengesteld :

- 1° 3 effectieve en 3 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de administraties;
- 2° 3 effectieve en 3 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen;
- 3° 3 effectieve en 3 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de zorgverleners (GDT, ROB/RVT en Diensten voor thuisverpleging).

De effectieve en plaatsvervangende leden bedoeld in het vorige lid worden aangeduid door het Verzekeringscomité, op voorstel van de Werkgroep.

Art. 19bis. Elke groep bedoeld in artikel 19, derde lid, evalueert de ingediende projecten op de criteria bedoeld in de artikelen 17 en 18 en kent per criterium een score toe.

De score van de drie groepen worden overgemaakt aan de voorzitter van de jury, die per criterium bedoeld in de artikelen 17 en 18 het gemiddelde van de drie scores neemt en de totaalscore per project berekent.

Le score total visé dans l'alinéa précédent correspond à la somme des scores obtenus sur les critères de fond visés à l'article 17 et des points bonus visés à l'article 18.

S'il apparaît que, pour un ou plusieurs critères d'un même projet, le pourcentage d'un ou plusieurs groupes diffère de 40 ou plus, le jury doit délibérer à ce sujet et les points peuvent être éventuellement adaptés.

Après calcul du score total, le président communique celui-ci, par projet introduit, au Groupe de travail.

Art. 20. Le Comité de l'assurance détermine, sur proposition du Groupe de travail, les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, peut être conclue.

Pour pouvoir être pris en considération, un projet doit obtenir pour les critères visés à l'article 17, un minimum de 60 points sur 100 et au moins la moitié des points pour chaque critère.

Une sélection des projets pris en considération est faite sur base du score total du projet, du nombre d'équivalents MRS disponibles par Communauté/Région et des priorités fixées par catégorie à l'article 4.

Le score total d'un projet est la somme des points obtenus pour les critères mentionnés à l'article 17 et les points bonus mentionnés à l'article 18.

En cas d'ex aequo, les projets concernés sont classés sur base des points obtenus sur le critère de fond visé à l'article 17, 1°. Lorsque cette comparaison ne permet pas davantage d'établir une différence entre les projets concernés, il sera tenu compte des scores obtenus sur les autres critères mentionnés à l'article 17 dans l'ordre où ils sont repris dans ledit article.

S'il apparaît que les équivalents MRS disponibles d'une Communauté/Région n'ont pas tous été affectés à des projets, un nouvel appel à candidats peut être lancé par cette Communauté/Région. Pour ce faire, les mêmes critères de sélection sont appliqués, à l'exception du délai mentionné à l'article 12. Ces projets doivent être introduits dans les deux mois de l'appel.

CHAPITRE 9. — Détermination de l'intervention spécifique

Art. 21. Le calcul de l'intervention spécifique est effectué par le Service des soins de santé de l'INAMI, notamment sur base des données financières figurant dans les propositions de projets.

CHAPITRE 10. — Rapport au Comité de l'Assurance et échange de données

Art. 22. Les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, sera conclue ont une obligation de transmettre des données et des rapports.

Art. 23. La convention avec le Comité de l'assurance ne produit ses effets qu'au moment où la liste des données à enregistrer et des instruments à utiliser le cas échéant est établie par le Comité de l'assurance, sur proposition du Groupe de travail.

Art. 24. La convention avec le Comité de l'assurance fixe les délais dans lesquels les rapports doivent être transmis. Sur base de ces rapports, le Comité de l'assurance peut décider d'adapter le financement spécifique.

CHAPITRE 11. — Financement des projets

Art. 25. Les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, est conclue reçoivent une intervention spécifique. Cette intervention peut être exprimée en termes de période de soins ou de paquet de soins. Pendant une période de maximum 30 mois, cette intervention spécifique peut être versée directement par l'INAMI au projet. Ensuite, une facture doit être introduite par patient à son organisme assureur.

Art. 26. Les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, est conclue reçoivent dans le mois de la signature de la convention une intervention unique de départ, en plus de l'intervention spécifique. Celle-ci est calculée par projet à raison de 15 % de l'intervention spécifique, exprimée sur une base annuelle.

Art. 27. Ce financement est accordé pour une période de maximum 72 mois à partir de la date de signature des conventions visées à l'article 2.

Art. 28. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

De totaalscore bedoeld in het vorige lid is gelijk aan de som van de score behaald op de inhoudelijke criteria bedoeld in artikel 17 en van de bonuspunten bedoeld in artikel 18.

Indien blijkt dat het percentage van twee of meerdere groepen voor een of meerdere criteria van eenzelfde project 40 of meer verschilt dient de jury hierover te beraadslagen en kunnen de punten eventueel worden aangepast.

Na het berekenen van de totaalscore deelt de voorzitter per ingediend project deze mee aan de Werkgroep.

Art. 20. Het Verzekeringscomité stelt, op voorstel van de Werkgroep, de projecten vast waarmee een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 2 kan worden gesloten.

Om in aanmerking te komen moet een project, voor de criteria bedoeld in artikel 17, minstens 60 punten behalen op 100 en minstens de helft scoren voor elk criterium.

Van de projecten die in aanmerking komen wordt een selectie gemaakt op basis van de totaalscore van het project, van het aantal beschikbare RVT-equivalenten per Gemeenschap/Gewest en van de prioriteiten die per categorie zijn vastgelegd in artikel 4.

De totaalscore van een project is de som van de punten behaald op de criteria bedoeld in artikel 17 en van de bonuspunten bedoeld in artikel 18.

In geval van ex aequo, wordt de betrokken projecten gerangschikt op basis van de punten behaald op het inhoudelijk criterium bedoeld in artikel 17, 1°. Indien deze vergelijking evenmin toelaat een onderscheid te maken tussen de betrokken projecten wordt gekeken naar de behaalde scores op de andere criteria vermeld in artikel 17 in de volgorde dat zij zijn opgenomen in dit artikel.

Indien blijkt dat niet alle beschikbare RVT-equivalenten voor een Gemeenschap/Gewest zijn toegewezen aan projecten, kan een bijkomende oproep tot kandidaten gebeuren door deze Gemeenschap/Gewest. Daarbij gelden, met uitzondering van de termijn bedoeld in artikel 12, dezelfde selectiecriteria. Deze projecten moeten ingediend worden binnen de twee maand na de oproep.

HOOFDSTUK 9. — Bepalen van de specifieke tegemoetkoming

Art. 21. De berekening van de specifieke tegemoetkoming gebeurt door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, ondermeer op basis van de financiële gegevens die zijn opgenomen in de voorstellen van projecten.

HOOFDSTUK 10. — Rapportering aan het Verzekeringscomité en gegevensuitwisseling

Art. 22. De projecten waarmee een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 2, zal worden gesloten hebben een verplichting om gegevens en rapporten over te maken.

Art. 23. De overeenkomst met het Verzekeringscomité kan pas uitwerking hebben op het ogenblik dat de lijst van te registreren gegevens en de eventueel te gebruiken instrumenten door het Verzekeringscomité is opgesteld, op voorstel van de Werkgroep.

Art. 24. In de overeenkomst met het Verzekeringscomité zullen de termijnen worden bepaald waarbinnen rapporten moeten worden overgemaakt. Op basis van deze rapporten kan het Verzekeringscomité beslissen om de specifieke financiering aan te passen.

HOOFDSTUK 11. — Financiering van de projecten

Art. 25. De projecten waarmee een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 2, wordt gesloten ontvangen een specifieke tegemoetkoming. Deze tegemoetkoming kan worden uitgedrukt in termen van een zorgperiode of een zorgpakket. Gedurende een periode van maximum 30 maanden kan deze specifieke tegemoetkoming rechtstreeks door het RIZIV worden gestort aan het project. Nadien moet per patiënt een factuur worden ingediend bij zijn verzekeringsinstelling.

Art. 26. De projecten waarmee een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 2, wordt gesloten ontvangen binnen de maand na ondertekening van de overeenkomst en bovenop de specifieke tegemoetkoming, een éénmalige opstarttegemoetkoming. Deze wordt berekend per project à rato van 15% van de specifieke tegemoetkoming, uitgedrukt op jaarbasis.

Art. 27. Deze financiering wordt toegekend voor een periode van maximum 72 maanden te beginnen vanaf de datum van ondertekening van de in artikel 2 bedoelde overeenkomsten.

Art. 28. Dit besluit treedt in werking de dag van zijn bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 29. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 juillet 2009.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

Art. 29. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 2 juli 2009.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Annexe

L'échelle de fragilité Edmonton

EDMONTONFRAIL SCALE		Entourer l'évaluation faite et additionner les points		
Score : /17		(0-3 : non fragile; 4-5 : légèrement fragile; 6-8 : modérément fragile; 9-17 : sévèrement fragile)		
Domaine	Item	0 point	1 point	2 points
Cognitif	Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10.	Pas d'erreur	Erreurs mineures de positionnement	Autres erreurs
Santé générale	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis(e) à l'hôpital ?	0	1-2	3 ou plus
	En général comment appréciez-vous votre santé	Excellente, très bonne, bonne	Correcte, passable	Mauvaise
Indépendance fonctionnelle	Pour combien des 8 activités suivantes avez-vous besoin de l'aide : déplacements, courses, préparation des repas, faire le ménage, téléphoner, gérer vos médicaments, gérer vos finances, la lessive ?	0-1	2-4	5-8
Support social	Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord de vous aider et en mesure de vous aider ?	Toujours	Parfois	Jamais
Médicaments utilisés	Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus ?	Non	Oui	
	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit ?	Non	Oui	
Nutrition	Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges ?	Non	Oui	
Humeur	Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé ?	Non	Oui	
Continence	Perdez-vous des urines sans le vouloir ?	Non	Oui	
Performance fonctionnelle	Test « Up and go » chronomètre. (Asseyez-vous tranquillement sur cette chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et venez vous rasseoir)	0-10 sec	11-20 sec	> 20 sec, ou Assistance, ou refus

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 2 juillet 2009, fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

Bijlage

De Edmonton-schaal voor kwetsbaarheid

EDMONTON FRAIL SCALE		De gemaakte evaluatie samenvatten en de punten optellen		
Score : /17				
<i>(0-3 : niet kwetsbaar; 4-5 : een beetje kwetsbaar ; 6-8 : matig kwetsbaar; 9-17 : ernstig kwetsbaar)</i>				
Domein	Item	0 punten	1 punt	2 punten
Cognitief functioneren	Stelt u zich voor dat deze cirkel een klok is. Ik vraag u om de cijfers op de juiste plaats te zetten en om vervolgens de wijzers op 11.10 uur te zetten.	Geen fouten	Kleine fouten met betrekking tot de plaatsing	Andere fouten
Algemene gezondheid	Hoeveel maal bent u het afgelopen jaar in het ziekenhuis opgenomen?	0	1-2	3 of meer
	Hoe vindt u uw gezondheid in het algemeen?	Uitstekend, zeer goed, goed	Behoorlijk, redelijk	Slecht
Functionele zelfstandigheid	Voor hoeveel van de volgende 8 activiteiten heeft u hulp nodig : verplaatsingen, boodschappen, bereiding van de maaltijden, het huishouden doen, telefoneren, uw geneesmiddelen beheren, uw financiën beheren, de was doen	0-1	2-4	5-8
Sociale ondersteuning	Indien u hulp nodig heeft, kunt u dan op iemand rekenen die bereid is om u te helpen en die in staat is om u te helpen?	Altijd	Soms	Nooit
Gebruikte geneesmiddelen	Neemt u regelmatig 5 of meer voorgeschreven geneesmiddelen in?	Neen	Ja	
	Vergeet u soms een voorgeschreven geneesmiddel in te nemen?	Neen	Ja	
Voeding	Heeft u onlangs gewicht verloren waardoor uw kleren te groot waren?	Neen	Ja	
Humeur	Voelt u zich vaak droevig of gedeprimeerd?	Neen	Ja	
Continentie	Verliest u ongewild urine?	Neen	Ja	
Functionele prestatie	« Up and go »-test met chronometer. (Neem rustig plaats op deze stoel, sta recht, wandel drie meter tot aan het merkteken en keer terug om weer te gaan zitten)	0-10 sec	11-20 sec	>20 sec, of met hulp, of weigering

Gezien om gevraagd te worden bij Ons besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX