

## LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN

### SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2011 — 1710

[C — 2011/22226]

**30 JUIN 2011.** — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 37, § 12, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 24 décembre 1999;

Vu l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 6 octobre 2010;

Vu la proposition du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, faite le 11 octobre 2010;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 18 janvier 2011;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 2 mars 2011;

Vu l'avis 49.380/2 du Conseil d'Etat, donné le 6 avril 2011, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour, modifié par les arrêtés ministériels des 28 mai 2001, 26 novembre 2001, 26 septembre 2002, 22 octobre 2003, 7 février 2006, 1<sup>er</sup> mars 2007 et 25 mars 2008, les mots « et 40,35 euros à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008 » sont remplacés par les mots « 40,35 euros à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008, 40,42 euros à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, et 41,5 euros à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011 ».

**Art. 2.** L'article 2, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, modifié par l'arrêté ministériel du 25 mars 2008, est remplacé comme suit :

« Pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé visée à l'article 1<sup>er</sup>, les centres de soins de jour doivent disposer de leur propre personnel infirmier et soignant, de leurs propres kinésithérapeutes et/ou ergothérapeutes et/ou logopèdes, salariés ou statutaires, et de suffisamment de personnel qualifié supplémentaire dit "de réactivation", accomplissant des tâches de réactivation, de rééducation fonctionnelle et de réintégration sociale. L'effectif de ce personnel, exprimé en équivalent temps plein et par 15 patients est de :

- 0,75 praticien de l'art infirmier;
- 2,03 membres du personnel soignant;
- 0,35 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède;
- 0,60 membre du personnel de réactivation. ».

**Art. 3.** A l'article 2, § 3, dernier alinéa, du même arrêté, les mots « 5 février 1997 » sont remplacés par les mots « 18 juillet 2002 ».

**Art. 4.** Dans l'article 3, § 1<sup>er</sup>, dernier alinéa, du même arrêté, remplacé par l'arrêté ministériel du 25 mars 2008, après les mots « le 30 juin de l'année J » sont insérés les mots « (dite "période de référence") ».

### FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2011 — 1710

[C — 2011/22226]

**30 JUNI 2011.** — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 22 juni 2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de centra voor dagverzorging

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 37, § 12, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en van 24 december 1999;

Gelet op het ministerieel besluit van 22 juni 2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de centra voor dagverzorging;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 6 oktober 2010;

Gelet op het voorstel van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gedaan op 11 oktober 2010;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 18 januari 2011;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 2 maart 2011;

Gelet op het advies 49.380/2 van de Raad van State, gegeven op 6 april 2011, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 1, eerste lid, van het ministerieel besluit van 22 juni 2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de centra voor dagverzorging, gewijzigd bij de ministerieële besluiten van 28 mei 2001, 26 november 2001, 26 september 2002, 22 oktober 2003, 7 februari 2006, 1 maart 2007 en 25 maart 2008, worden de woorden « en 40,35 euro vanaf 1 april 2008 » vervangen door de woorden « 40,35 euro vanaf 1 april 2008, 40,42 euro vanaf 1 januari 2009, en 41,5 euro vanaf 1 juli 2011 ».

**Art. 2.** Artikel 2, § 1, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het ministerieel besluit van 25 maart 2008, wordt vervangen als volgt :

« Om de in artikel 1 bedoelde tegemoetkoming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering te kunnen genieten, moeten de centra voor dagverzorging beschikken over hun eigen loontrekkend of statutair verpleegkundig en verzorgend personeel, over hun eigen loontrekkende of statutaire kinesitherapeuten en/of ergotherapeuten en/of logopedisten en over voldoende aanvullend gekwalificeerd personeel (met name « personeel voor reactivering ») dat taken vervult inzake reactivatie, revalidatie en sociale reïntegratie. Het personeelsbestand, uitgedrukt in voltijds equivalent en voor vijftien patiënten, bedraagt :

- 0,75 verpleegkundige;
- 2,03 leden van het verzorgend personeel;
- 0,35 kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist;
- 0,60 leden van het personeel voor reactivering. ».

**Art. 3.** In artikel 2, § 3, laatste lid, van hetzelfde besluit, worden de woorden « 5 februari 1997 » vervangen door de woorden « 18 juli 2002 ».

**Art. 4.** In artikel 3, § 1, laatste lid, van hetzelfde besluit, vervangen door het ministerieel besluit van 25 maart 2008, worden na de woorden « 30 juni van het jaar J » de woorden « (met name « referentieperiode ») » ingevoegd.

**Art. 5.** L'article 3, §§ 2 et 3, du même arrêté, est remplacé comme suit :

« § 2. Si l'institution, au cours de la période de référence, ne satisfait pas à la norme visée à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, pour une ou plusieurs qualifications de personnel, ce déficit par qualification peut dans certains cas être compensé par un excédent de personnel salarié dans une autre qualification. Toutefois, cette compensation n'est pas possible lorsqu'il s'agit d'un déficit relatif à la norme de 0,35 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède par 15 patients.

La hiérarchie suivante est alors d'application :

a) s'il y a un excédent de praticiens de l'art infirmier A1, il faut d'abord l'affecter au déficit de personnel de réactivation;

b) s'il y a encore un excédent de praticiens de l'art infirmier (y compris le nombre restant de praticiens de l'art infirmier A1), il faut l'affecter au déficit de personnel soignant;

c) s'il y a un excédent de personnel de réactivation, il faut l'affecter au déficit de praticiens de l'art infirmier;

d) s'il y a encore un excédent de personnel de réactivation, il faut l'affecter au déficit restant de personnel soignant.

La compensation est appliquée selon les règles suivantes :

a) le déficit de membres du personnel de réactivation peut être compensé pour 20 % au maximum par un excédent de membres du personnel infirmier A1;

b) le déficit de praticiens de l'art infirmier peut être compensé pour 20 % au maximum par un excédent de membres du personnel de réactivation;

c) le déficit de personnel soignant peut être compensé de façon illimitée par un excédent de praticiens de l'art infirmier et/ou du personnel de réactivation.

§ 3. Si après l'application du § 2, il subsiste encore un déficit dans une certaine qualification, la réduction suivante est déterminée comme suit :

1° si, pour l'une ou l'autre catégorie de personnel, l'institution satisfait en moyenne à une norme inférieure à 100 % mais égale ou supérieure à 90 % des normes fixées à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, l'intervention visée à l'article 1<sup>er</sup> est diminuée de 20 %;

2° si, pour l'une ou l'autre catégorie de personnel, l'institution satisfait en moyenne à une norme inférieure à 90 % mais égale ou supérieure à 75 % des normes fixées à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, l'intervention visée à l'article 1<sup>er</sup> est diminuée de 50 %;

3° si, pour l'une ou l'autre catégorie de personnel, l'institution n'atteint pas 75 % des normes fixées à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, aucune intervention ne peut être accordée. ».

**Art. 6.** Dans l'article 3, § 4, alinéa 2 du même arrêté, les mots « les règles de l'article 3, § 2 » sont remplacés par les mots « les règles des §§ 2 et 3 ».

**Art. 7.** L'article 3, § 5, du même arrêté, remplacé par l'arrêté ministériel du 25 mars 2008, est remplacé comme suit :

« § 5. Si les données visées au § 1<sup>er</sup> ne sont pas transmises dans les 90 jours qui suivent la période de référence, et si l'institution ne répond pas dans les 30 jours au rappel que lui envoie le Service à l'expiration de ce délai, le montant de l'intervention est diminué de 25 %.

L'institution peut obtenir l'intégralité du montant de l'intervention à partir du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel elle aura communiqué les données visées au § 1<sup>er</sup>, et cela au plus tôt à partir du 1<sup>er</sup> avril de la période de facturation.

Des données complémentaires ou des corrections de données communiquées antérieurement comme visé au § 1<sup>er</sup>, relatives à une période pour laquelle l'intervention forfaitaire a déjà été calculée, ne sont plus recevables lorsqu'elles sont transmises au Service par l'institution plus d'un an après que cette institution ait reçu la notification du montant de cette intervention. ».

**Art. 8.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011, à l'exception de l'article 7 qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> septembre 2010.

Bruxelles, le 30 juin 2011.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
chargée de l'Intégration sociale,  
Mme L. ONKELINX

**Art. 5.** Artikel 3, §§ 2 et 3, van hetzelfde besluit, wordt vervangen als volgt :

« § 2. Indien de inrichting tijdens de referentieperiode in één of meerdere personeelskwalificaties niet voldoet aan de norm zoals bedoeld in artikel 2, § 1, kan dit tekort per kwalificatie in een aantal gevallen worden gecompenseerd door een overschot aan loontrekkende personeelsleden in een andere kwalificatie. Deze compensatie is niet mogelijk als het gaat om een tekort in de norm van 0,35 kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist per 15 patiënten.

Daarbij geldt de volgende hiërarchie :

a) indien er een teveel is aan A1 verpleegkundigen, moet men dit eerst toewijzen aan het tekort aan personeelsleden voor reactivering;

b) indien er nog een teveel is aan verpleegkundigen (met inbegrip van het resterend aantal A1 verpleegkundigen), dit toewijzen aan het tekort aan verzorgenden;

c) indien er een teveel is aan personeel voor reactivering, moet men dit toewijzen aan het tekort aan verpleegkundigen;

d) indien er nog een teveel is aan personeel voor reactivering, moet men dit toewijzen aan het resterend tekort aan verzorgenden.

De compensatie wordt toegepast volgens de volgende regels :

a) het tekort aan personeelsleden voor reactivering kan voor maximum 20 % worden gecompenseerd door een teveel aan leden van het verpleegkundig personeel A1;

b) het tekort aan verpleegkundigen kan voor maximum 20 % worden gecompenseerd door een teveel aan personeelsleden voor reactivering;

c) het tekort aan verzorgingspersoneel kan onbeperkt worden gecompenseerd door een teveel aan verpleegkundigen en/of personeelsleden voor reactivering.

§ 3. Indien er na toepassing van § 2 nog steeds een tekort is aan personeel in een bepaalde kwalificatie wordt hiervoor de volgende vermindering bepaald :

1° als voor een bepaalde personeelscategorie de inrichting gemiddeld voldoet aan een norm die lager ligt dan 100 %, maar gelijk is aan of hoger ligt dan 90 % van de normen die in artikel 2, § 1 zijn vastgesteld, wordt de in artikel 1 bedoelde tegemoetkoming met 20 % verminderd;

2° als voor een bepaalde personeelscategorie de inrichting gemiddeld voldoet aan een norm die lager ligt dan 90 %, maar gelijk is aan of hoger ligt dan 75 % van de normen die in artikel 2, § 1 zijn vastgesteld, wordt de in artikel 1 bedoelde tegemoetkoming met 50 % verminderd;

3° als voor een bepaalde personeelscategorie de inrichting niet beantwoordt aan 75 % van de normen die in artikel 2, § 1 zijn vastgesteld, kan geen enkele tegemoetkoming worden toegekend. ».

**Art. 6.** In artikel 3, § 4, tweede lid, van hetzelfde besluit, worden de woorden « de regelen van artikel 3, § 2 » vervangen door de woorden « de regels van §§ 2 en 3 ».

**Art. 7.** Artikel 3, § 5, van hetzelfde besluit, vervangen door het ministerieel besluit van 25 maart 2008, wordt vervangen als volgt :

« § 5. Indien de gegevens zoals bedoeld in § 1 niet worden overgemaakt binnen 90 dagen volgend op de referentieperiode, en de inrichting niet antwoordt binnen de 30 dagen na de herinnering die haar is gestuurd door de Dienst na het verstrijken van deze termijn, wordt het bedrag van de tegemoetkoming verminderd met 25 %.

De inrichting kan het volledige tegemoetkomingsbedrag bekomen vanaf de eerste dag van het trimester volgt op het trimester waarin zij de gegevens bedoeld als in § 1 heeft meegedeeld en dit ten vroegste vanaf 1 april van de factureringsperiode.

Aanvullende gegevens of correcties van vroeger meegedeelde gegevens zoals bedoeld in § 1 betreffende een periode waarvoor de forfaitaire tegemoetkoming reeds werd berekend, zijn niet langer ontvankelijk wanneer ze meer dan een jaar nadat de inrichting is in kennis gesteld van de tegemoetkoming, aan de Dienst worden bezorgd door deze inrichting. ».

**Art. 8.** Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2011, met uitzondering van artikel 7 dat uitwerking heeft op 1 september 2010.

Brussel, 30 juni 2011.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Maatschappelijke Integratie,  
Mevr. L. ONKELINX