

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

F. 2001 — 2638

[2001/22645]

**25 JUILLET 2001. — Protocole entre le Gouvernement fédéral et les autorités visé aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne**

Vu les compétences respectives de l'Etat fédéral et des autorités visées par les articles 128, 130 et 135 de la Constitution ci-après dénommées Communautés/Régions pour la structuration des soins de la santé de la première ligne;

Considérant que les compétences relatives aux différents secteurs de la première ligne sont réparties entre les différents niveaux de pouvoir;

Considérant qu'il y a lieu de développer une approche plus globale de la santé;

Considérant qu'il existe de nombreux points de chevauchement entre la prévention, la promotion de la santé, les soins à domicile et d'autres aspects liés à l'action sociales;

Considérant que la nécessité pour le patient de développer des soins de première ligne de qualité et accessibles à tous, est la préoccupation centrale;

Considérant qu'il est nécessaire de mieux organiser les soins en vue de garantir à l'échelon le plus approprié des soins de qualité et ce, de manière à utiliser de façon plus rationnelle les moyens disponibles, et à mieux définir la place des acteurs de première ligne;

Considérant qu'une collaboration multidisciplinaire offre une plus-value importante qui doit être soutenue de manière structurelle;

Considérant que dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, aucune intervention n'est prévue pour les prestations aux bénéficiaires qui restent à domicile en ce qui concerne des activités réalisées de manière multidisciplinaire dans les domaines de concertation, d'évaluation et de planification des besoins de soins;

Considérant qu'une telle intervention doit être rendue possible vu le besoin croissant de soins à domicile;

Il a été convenu ce qui suit :

L'Etat fédéral et les Communautés/Régions décident, dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique, de prendre les initiatives suivantes dans le domaine des soins de santé de première ligne et des soins à domicile :

**1. Définition :**

On entend par « soins de santé de première ligne », le niveau de soins de santé où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé, que le patient n'est pas à même de résoudre lui-même.

**2. Objectifs poursuivis :**

L'objectif général de ce protocole est de proposer au patient l'offre de soins la plus cohérente et la plus accessible possible à l'échelon le plus approprié.

Pour atteindre cet objectif, il y a lieu de :

1° Mieux informer le patient, le conseiller, l'accompagner dans tout le processus de soins.

2° Optimaliser la collaboration entre les différents acteurs de la première ligne afin d'apporter une offre de soins cohérente.

3° Renforcer de diverses manières la permanence et la continuité des soins tant dans la première ligne qu'entre les différents échelons tout en veillant à ce que la mise au point et le suivi du plan de soins se réalise dans le respect du libre choix du patient à l'égard des divers prestataires. L'aspect médical reste sous la responsabilité exclusive du médecin généraliste.

4° Stimuler la qualité des soins grâce à diverses mesures telles que :

- Collecte de données avec feed-back rapide aux prestataires;
- Concertation multidisciplinaire;
- Mise au point des programmes de soins.

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU**

N. 2001 — 2638

[2001/22645]

**25 JULI 2001. — Protocol gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg**

Gelet op de respectieve bevoegdheden van de federale Staat en van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, hierna de Gemeenschappen/Gewesten genoemd, wat betreft de structureren van de eerstelijnsgezondheidszorg;

Overwegende dat de bevoegdheden ten aanzien van de verschillende sectoren van de eerste lijn verdeeld zijn onder de onderscheiden bestuursniveaus;

Overwegende dat het aangewezen is een globale benadering van gezondheid te ontwikkelen;

Overwegende dat er tal van raakvlakken bestaan tussen preventie, gezondheidspromotie en thuiszorg en andere aspecten van de welzijnszorg;

Overwegende dat de noodzaak voor de patiënt om een kwaliteitsvolle en laagdrempelige eerstelijnszorg te ontwikkelen, centraal staat;

Overwegende dat een betere zorgorganisatie noodzakelijk is om kwaliteitsvolle zorg te verzekeren op het meest geschikte echelon om een meer rationeel gebruik van de beschikbare middelen te bekomen en om de plaats van de actoren van de eerste lijn beter te definiëren;

Overwegende dat multidisciplinaire samenwerking een belangrijke meerwaarde biedt die structureel moet worden ondersteund;

Overwegende dat in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekerings, wat betreft de verstrekkingen aan thuisverblevende rechthebbenden, geen tussenkomst is voorzien voor activiteiten die in een multidisciplinair verband worden verricht inzake overleg, evaluatie van zorgbehoefte en zorgplanning;

Overwegende dat dergelijke interventie moet mogelijk gemaakt worden gezien de groeiende nood aan thuisverzorging;

Wordt het volgende overeengekomen :

De federale Staat en de Gemeenschappen/Gewesten besluiten, in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, de volgende initiatieven te nemen inzake thuisverzorging en eerstelijnsgezondheidszorg :

**1. Definitie :**

Men verstaat onder « eerstelijns gezondheidszorg » het gezondheidszorgniveau waar professionele hulpverleners zich toeleggen op de eerste deskundige opvang en de begeleiding van gezondheidsproblemen, die de patiënt ervaart zelf niet te kunnen oplossen.

**2. Doelstellingen :**

Dit protocol heeft als algemeen doel de patiënt een zo coherent en toegankelijk mogelijk zorgaanbod aan te reiken op het meest aangewezen niveau.

Om dit doel te bereiken, is het aangewezen :

1° De patiënt beter te informeren, te adviseren en te begeleiden doorheen het zorgproces.

2° De samenwerking tussen de actoren van de eerste lijn te optimaliseren.

3° Op diverse wijzen de permanente en de continuïteit van het zorgproces te versterken, zowel binnen de eerste lijn als tussen de verschillende echelons. De op puntstelling en de opvolging van het zorgplan gebeurt met respect voor de vrije keuze van de patiënt ten aanzien van de verschillende zorgverstrekkers. Het medisch aspect blijft onder de exclusieve verantwoordelijkheid van de huisarts.

4° Stimuleren van kwaliteitszorg door verschillende maatregelen, zoals :

- gegevensverzameling en snelle feedback aan de verstrekkers;
- multidisciplinair overleg;
- oppuntstelling van zorgprogramma's.

**3. Fonctionnement du système :**

La première ligne fonctionne sur trois niveaux :

1. Le premier niveau (la pratique) : contacts entre le patient et le prestataire de soins.

2. Le deuxième niveau (local) : il s'agit, là où elle s'avère nécessaire, de la concertation multidisciplinaire entre les différents acteurs autour du patient.

3. Le troisième niveau (zonal) : ce niveau regroupe l'ensemble des acteurs sur une zone géographiquement définie. Il s'articule avec les différents services et structures existant sur le terrain y compris avec un ou plusieurs hôpitaux de la zone concernée.

**4. Engagement des parties :**

Le gouvernement fédéral s'engage en fonction de ses compétences à :

1° Fixer, en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978, après concertation avec les Communautés/Régions, des normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile (SID) et programmer le nombre de services. Cet agrément spécial peut être octroyé à un service qui répond aux caractéristiques suivantes :

- au minimum les médecins-généralistes, les infirmiers/ères et des structures de coordination telles que reconnues par les Communautés/Régions, doivent dans la zone comme définie plus loin, être représentés dans le service;

- le service doit promouvoir la collaboration entre les prestataires de soins;

- le service doit dans sa zone, collaborer de manière structurelle avec les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les établissements de soins et les institutions de soins et services à domicile, les centres de jour; à la demande du patient, il veillera à collaborer avec des institutions hors-zone;

- le service veille à l'organisation pratique et au soutien des prestations fournies par les prestataires de soins librement choisis par le patient pour l'évaluation de l'autonomie, la collaboration multidisciplinaire, le plan de soins, la répartition des tâches;

- le service assure l'enregistrement des activités organisées dans ce cadre au profit des parties signataires;

- on ne peut, par zone géographique d'un seul tenant reconnaître qu'un seul service excepté pour la Région de Bruxelles-Capitale, où une zone géographique peut faire partie de la zone de travail d'un service qui se reconnaît comme appartenant soit à la Communauté flamande, soit à la Commission communautaire française, soit à la Commission communautaire commune;

- le nombre de services intégrés de soins à domicile est limité à un service par tranche complète de 70 000 habitants, étant entendu que chaque Communauté/Région peut reconnaître au moins 2 services.

2° Prévoir, dans le cadre de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sur l'assurance maladie-invalidité, une intervention forfaitaire pour les prestations mentionnées sous le point 1. Cela permettra, entre autres, d'indemniser les prestataires qui participent aux concertations multidisciplinaires et les frais de fonctionnement qui y sont liées.

Les Communautés/Régions, en fonction des compétences qu'elles détiennent, s'engagent à :

1° procéder à la délimitation des zones couvertes par ces structures en veillant à couvrir l'ensemble du territoire sur lequel s'exercent les compétences telles que définies sous 4.1;

2° procéder à l'agrément de ces services intégrés de soins à domicile;

3° créer une législation permettant de venir greffer sur les services intégrés de soins à domicile des missions complémentaires et prévoir un financement adéquat pour celles-ci;

4° Pour la Région wallonne et la Commission communautaire française, des expériences pilotes seront initiées. Pour la Région wallonne, celles-ci seront menées à minima dans le cadre d'une zone urbaine et d'une zone rurale. Ces expériences auront une durée de 6 mois, et leur évaluation se terminera au plus tard 2 mois après l'échéance;

5° pour ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale, les Ministres de la Santé veilleront à établir une politique consensuelle en matière de soins de santé.

**3. Functionering van het systeem :**

De eerste lijn functioneert op drie niveaus :

1. Het eerste niveau (de praktijk); dit is het contactniveau tussen de patiënt en de verstreker.

2. Het tweede niveau (lokaal) : het gaat hier om het, waar nodig, multidisciplinair overleg tussen de verschillende actoren rond de patiënt.

3. Het derde niveau (loco-regionaal) : dit niveau groepeert alle actoren binnen een bepaalde geografische zone. Dit niveau zorgt voor afstemming tussen de verschillende diensten en structuren op het terrein; dit geldt eveneens voor het ene of meerdere ziekenhuizen in de betreffende zone.

**4. De engagementen van beide partijen :**

De federale regering engageert zich, in functie van haar bevoegdheden, om :

1° In toepassing van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978, na oveleg met de gemeenschappen/gewesten, normen vast te stellen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en het aantal diensten te programmeren. Deze bijzondere erkenning kan worden verleend aan een dienst die aan volgende kenmerken voldoet :

- minimaal dienen de huisartsen, verpleegkundigen en coördinatoren zoals erkend door de Gemeenschappen/Gewesten, binnen de zone zoals verder bepaald, vertegenwoordigd te zijn in de dienst;

- de dienst dient de samenwerking tussen zorgverstrekkers te bevorderen;

- de dienst dient in zijn zone structureel samen te werken met de thuisvervangende voorzieningen, de verplegingsinrichtingen en de voorzieningen inzake thuiszorg; op vraag van de patiënt werkt de dienst samen met instellingen buiten de zone;

- de dienst voorziet in de praktische organisatie en de ondersteuning van de verstrekkingen van de zorgverstrekkers die door de patiënt vrij worden gekozen ter evaluatie van de zelfredzaamheid, het multidisciplinair overleg, zorgplan en taakafspraken;

- de dienst staat in voor de registratie van de activiteiten in dit verband ten behoeve van de respectievelijke ondertekende partijen;

- slechts één dienst kan worden erkend per aaneengesloten gebied, behalve voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest waar een geografische zone deel kan uitmaken van het werkingsgebied van een dienst die zich bekent als behorend tot, hetzij de Vlaamse Gemeenschap, hetzij de Franstalige Gemeenschapscommissie, hetzij de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie;

- het aantal geïntegreerde diensten voor thuisverzorging wordt beperkt tot één dienst per volledig schijf van 70 000 inwoners, met dien verstande dat iedere Gemeenschap/Gewest minstens 2 diensten mag erkennen.

2° In het kader van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, te voorzien in een forfaitaire tussenkomst voor de onder 1 vernoemde verstrekkingen. Dit zal onder meer de vergoeding mogelijk maken van de zorgverstrekkers die deelnemen aan multidisciplinaire besprekingen en van de werkingskosten in dat verband.

De Gemeenschappen/Gewesten, in functie van hun bevoegdheden, engageren zich om :

1° de afbakening van de zones te bepalen erover wakend het ganse bevoegdheidsgebied te bestrijken zoals bepaald onder 4.1;

2° de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging te erkennen;

3° wetgeving op te stellen welke toelaat bijkomende opdrachten te enten op de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging en een aangepaste financiering voor deze opdrachten te voorzien;

4° het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie zullen pilootprojecten opstarten. Voor het Waals Gewest zullen deze piloot-projecten minimaal in een stedelijk en ruraal gebied worden uitgevoerd. Deze projecten hebben een duur van 6 maand en worden ten laatste 2 maand na de beëindiging geëvalueerd;

5° wat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aangaat, zullen de Ministers van Volksgezondheid erover waken om een consensus politiek te voeren inzake gezondheidszorg.

Le Gouvernement fédéral et les Communautés/Régions s'engagent conjointement à :

Nonobstant les initiatives prises par chaque Région et/ou Communauté, discuter, dans le cadre de la conférence interministérielle santé publique, au sein d'un groupe de travail, la possibilité de conclure un accord de coopération sur la manière de structurer les soins de santé de première ligne, à condition que les moyens financiers nécessaires soient prévus.

Lors de la préparation de cet accord de coopération, les résultats de l'évaluation des projets pilotes seront pris en compte.

Plus précisément, il s'agira de :

1° examiner, à partir des objectifs susmentionnés, les missions relevant de la compétence soit du gouvernement fédéral, soit des gouvernements communautaires ou régionaux - qui peuvent éventuellement être confiées à une structure spécifique des soins et services de première ligne;

2° définir pour ces structures spécifiques les critères minima communs;

3° définir le cadre de financement.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 25 juillet 2001.

Pour le Gouvernement fédéral :

La Ministre de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement,  
Mme M. AELVOET

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,  
F. VANDENBROUCKE

Pour le Gouvernement wallon :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé,

Th. DETIENNE

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

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

Pour le Gouvernement de la Communauté germanophone :

Le Ministre de la Jeunesse et de la Famille,  
des Monuments et des Sites, de la Santé et des Affaires sociales,  
H. NIJESSEN

De federale regering en de Gemeenschappen/Gewesten engageren zich gezamenlijk om :

Onverminderd de initiatieven van elk Gewest en/of Gemeenschap, in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid binnens een werkgroep overleg te voeren over de mogelijkheid om een samenwerkingsakkoord af te sluiten over het structureren van de eerstelijnsgezondheidszorg onder voorwaarde dat de noodzakelijk financiële middelen worden voorzien.

Bij de voorbereiding van dit samenwerkingsakkoord zal rekening gehouden worden met de resultaten van de evaluatie van de pilot-projecten.

Het betreft meer bepaald :

1° het onderzoeken welke opdrachten, die behoren tot de bevoegdheid van hetzelfde federale hetzelfde gewest- of gemeenschapsregeringen, eventueel kunnen worden toegewezen aan een specifieke voorziening voor eerstelijnsgezondheidszorg vanuit boven vermelde doelstellingen;

2° het vastleggen van de gemeenschappelijke minimale criteria ervan;

3° het bepalen van het financieringskader hiertoe.

Aldus gesloten te Brussel, op 25 juli 2001.

Voor de Federale regering :

De Minister van Consumentenzaken,  
Volksgezondheid en Leefmilieu,  
Mevr. M. ALVOET

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,  
F. VANDENBROUCKE

Voor de Vlaamse regering :

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

F. 2001 — 2639

[C — 2001/22658]

**5 SEPTEMBRE 2001. — Arrêté royal visant à exclure les eurominikits de la notion de rémunération soumise aux cotisations de sécurité sociale des travailleurs salariés**

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, notamment l'article 23, alinéa 2;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 13 mars 2001;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 15 mai 2001;

Vu l'avis du Conseil national du Travail, donné le 15 mai 2001;

Vu l'urgence motivée par l'entrée en vigueur de l'euro le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et la nécessité de permettre aux employeurs d'attribuer à leurs travailleurs des eurominikits dans la deuxième quinzaine du mois de décembre 2001 ce qui nécessite une information rapide dans leur chef et l'organisation de l'alimentation desdits employeurs en eurominikits;

Vu l'avis du Conseil d'Etat n° 31.941/1, donné le 10 juillet 2001, en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

N. 2001 — 2639

[C — 2001/22658]

**5 SEPTEMBER 2001. — Koninklijk besluit tot uitsluiting van de eurominikits uit het begrip loon waarop socialezekerheidsbijdragen voor werknemers verschuldig zijn**

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, inzonderheid op artikel 23, tweede lid;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 13 maart 2001;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 15 mei 2001;

Gelet op het advies van de Nationale Arbeidsraad, gegeven op 15 mei 2001;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid dat de euro op 1 januari 2002 wordt ingevoerd en dat de werkgevers eurominikits aan hun werknemers moeten kunnen schenken in de tweede helft van de maand december 2001, zodat de werkgevers snel moeten ingelicht worden en hun bevoorrading met eurominikits moet worden georganiseerd;

Gelet op het advies van de Raad van State nr. 31.941/1, gegeven op 10 juli 2001, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 2<sup>e</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;