

— en, tot en met 31 maart 2008, Ierland, Italië (Apulië; Emilia-Romagna: de provincies Forlì-Cesena (met uitzondering van het gebied ten noorden van rijksweg nr. 9 — Via Emilia), Parma, Piacenza, Rimini (met uitzondering van het gebied ten noorden van rijksweg nr. 9 — Via Emilia); Lombardije; Veneto: behalve in de provincie Rovigo de gemeenten Rovigo, Polesella, Villamarzana, Fratta Polesine, San Bellino, Badia Polesine, Trecenta, Ceneselli, Pontecchio Polesine, Arquà Polesine, Costa di Rovigo, Occhiobello, Lendinara, Canda, Ficarolo, Guarda Veneta, Frassinelle Polesine, Villanova del Ghebbo, Fiesso Umbertiano, Castelguglielmo, Bagnolo di Po, Giacciano con Baruchella, Bosaro, Canaro, Lusia, Pincara, Stienta, Gaiba en Salara, in de provincie Padua de gemeenten Castelbaldo, Barbona, Piacenza d'Adige, Vescovana, S.Urbano, Boara Pisani en Masi, en in de provincie Verona de gemeenten Palù, Roverchiara, Legnago, Castagnaro, Ronco all'Adige, Villa Bartolomea, Oppeano, Terrazzo, Isola Rizza en Angiari), Litouwen, Oostenrijk [Burgenland, Karinthië, Neder-Oostenrijk, Tirol (administratief district Lienz), Steiermark, Wenen], Slovenië (met uitzondering van de regio's Gorenjska en Maribor), Slowakije (met uitzondering van de gemeenten Blahová, Horné Mýto en Okoč (district Dunajská Streda), Hronovce en Hronské Kl'áčany (district Levice), Veľké Ripňany (district Topol'čany), Málíneec (district Poltár), Hrhov (district Rožňava), Kazimír, Luhyňa, Malý Horeš, Svätúše en Zatín (district Trebišov));

4° onder *d*), in punt 1, wordt in de rechterkolom "Litouwen" geschrapt;

5° onder *d*), in punt 3, worden in de rechterkolom na "Malta" de woorden "(tot en met 31 maart 2008)" ingevoegd.

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op 1 mei 2006.

Brussel, 19 april 2006.

R. DEMOTTE

— et, jusqu'au 31 mars 2008, l'Irlande, l'Italie (Pouilles; Emilie-Romagne: provinces de Forlì-Cesena (à l'exclusion de la zone située au nord de la route nationale n° 9 — Via Emilia), Parme, Piacenza, Rimini (à l'exclusion de la zone située au nord de la route nationale n° 9 — Via Emilia); Lombardie; Vénétie: excepté, dans la province de Rovigo, les communes de Rovigo, Polesella, Villamarzana, Fratta Polesine, San Bellino, Badia Polesine, Trecenta, Ceneselli, Pontecchio Polesine, Arquà Polesine, Costa di Rovigo, Occhiobello, Lendinara, Canda, Ficarolo, Guarda Veneta, Frassinelle Polesine, Villanova del Ghebbo, Fiesso Umbertiano, Castelguglielmo, Bagnolo di Po, Giacciano con Baruchella, Bosaro, Canaro, Lusia, Pincara, Stienta, Gaiba et Salara, dans la province de Padoue, les communes de Castelbaldo, Barbona, Piacenza d'Adige, Vescovana, S.Urbano, Boara Pisani et Masi, et, dans la province de Vérone, les communes de Palù, Roverchiara, Legnago, Castagnaro, Ronco all'Adige, Villa Bartolomea, Oppeano, Terrazzo, Isola Rizza et Angiari), Lituanie, Autriche [Burgenland, Carinthie, Basse-Autriche, Tyrol (entité administrative de Lienz), Styrie, Vienne], Slovaquie (à l'exclusion des régions de Gorenjska et Maribor), Slovaquie (à l'exclusion des communes de Blahová, Horné Mýto et Okoč (comté de Dunajská Streda), Hronovce et Hronské Kl'áčany (comté de Levice), Veľké Ripňany (comté de Topol'čany), Málíneec (comté de Poltár), Hrhov (comté de Rožňava), Kazimír, Luhyňa, Malý Horeš, Svätúše et Zatín (comté de Trebišov));

4° sous *d*), au point 1, dans la colonne de droite, le terme "Lituanie" est supprimé;

5° sous *d*), au point 3, dans la colonne de droite, les termes "(jusqu'au 31 mars 2008)" sont insérés après "Malte".

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2006.

Bruxelles, le 19 avril 2006.

R. DEMOTTE

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

N. 2006 — 1685

[C — 2006/22284]

**Protocol nr. 3 gesloten tussen de federale Regering en de Overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over het te voeren ouderenzorgbeleid**

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

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

Gelet op het protocol van 1 januari 2003 gesloten tussen de federale Regering en de Overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet over het te voeren ouderenzorgbeleid en de aanhangsels 1 en 2 bij het bovengenoemde protocol;

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

Overwegende het belang om de sociale bescherming inzake het risico op verlies van autonomie af te stemmen op de verwachte demografische evolutie en op de verwachte stijging van de behoefte aan langdurige zorg en deze voortdurend te verbeteren vanuit het oogpunt van toegankelijkheid, kwaliteit en duurzame betaalbaarheid;

Gelet op de beslissingen genomen in de Ministerraden van 16 en 17 januari 2004 om de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid ermee te belasten een studierapport over de impact van de vergrijzing op de gezondheidszorg en meer bepaald op de hulp bij afhankelijkheid (lange termijnzorg) op te stellen. Deze studie, uitgevoerd door HIVA (K.U.Leuven) en SESA (UCL), toont aan dat België reeds in ruime mate en op impliciete wijze ouderenzorg verzekert;

Overwegende het belang om aan iedere oudere de kans te bieden op een maximaal behoud van autonomie en zelfredzaamheid thuis en op een waaier van diensten, met inbegrip van thuisvervangende voorzieningen, die de oudere toelaten de hem best passende keuze te maken;

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

F. 2006 — 1685

[C — 2006/22284]

**Protocole n° 3 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées**

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

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

Vu le protocole du 01 janvier 2003 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, et 135 de la Constitution relatif à la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées ainsi que les avenants 1 et 2 au protocole susmentionné;

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

Considérant l'importance d'aligner la protection sociale en ce qui concerne le risque de perte d'autonomie sur l'évolution démographique attendue et sur l'augmentation attendue des besoins en soins de longue durée et de l'améliorer constamment au niveau de l'accessibilité, de la qualité et de la durabilité financière;

Vu les décisions prises en Conseil des Ministres, les 16 et 17 janvier 2004, de charger le Service public fédéral Sécurité sociale de rédiger un rapport d'étude sur l'impact exercé par le vieillissement sur les soins de santé et plus précisément sur l'aide à la dépendance (soins de longue durée). Cette étude, confiée à l'HIVA (K.U.Leuven) et au SESA (UCL), aboutit à la constatation que la Belgique garantit déjà, dans une large mesure et de façon implicite, les soins aux personnes âgées;

Considérant l'importance de donner à toute personne âgée la chance de maintenir au maximum son autonomie et son indépendance à domicile et d'avoir un éventail de services, y compris les structures remplaçant le domicile, qui permettent à la personne âgée de faire le choix qui lui convient le mieux;

Overwegende het toenemend belang dat wordt gehecht aan preventie in het voorkomen van afhankelijkheid en van de noodzaak om terzake een proactief beleid te voeren;

Overwegende de noodzaak de kwaliteit van de zorgen te waarborgen door een gecoördineerd en coherent preventief en curatief beleid te voeren;

Overwegende het belang van respect voor en ondersteuning van de omvangrijke informele zorg die wordt geleverd door de omgeving van thuisverblijvende zorgafhankelijke personen;

Overwegende het belang dat de ouderen en hun omgeving inspraak hebben in de keuzes die zowel op individueel als maatschappelijk vlak worden gemaakt inzake ouderenzorg teneinde te waarborgen dat de keuzes die worden gemaakt overeenstemmen met hun behoeften;

dat het in dat verband onder meer van belang is om de beleidsintenties op ruime schaal bekend te maken en in het maatschappelijk debat te brengen zonder uit het oog te verliezen dat de vergrijzing op de eerste plaats een succes is en dat er op aankomt om eenieder maximale kansen te geven om aan dat succes deel te hebben;

Overwegende het belang om aandacht te hebben voor sociologische veranderingen, onder meer de vergrijzing van de eerste generatie van arbeidsmigranten;

Overwegende het belang te kunnen beschikken over gevalideerde instrumenten en procedures die waarborgen dat de objectieve behoeften aan zorg worden gedetecteerd en beantwoord en dat onnodige zorg wordt vermeden; dat het principe van formele basiszorg er voor alles in bestaat om in elke omstandigheid de nodige zorg aan de oudere te verschaffen zodat hij een maximale zelfredzaamheid kan herwinnen en dat, ook al is een functieverlies onvermijdelijk de persoon in die mate wordt ondersteund opdat een zekere graad van zelfredzaamheid kan behouden blijven;

Overwegende het belang van een betere integratie van zorg en van continue zorg, in het bijzonder bij de overgang van de ene zorgvorm naar de andere (thuiszorg, ziekenhuis, voorlopige of definitieve residentiële zorg, geriatriesch dagziekenhuis...), het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking, de communicatie en het overleg en de rol van de liaisongeriater in dat kader, de ontslagmanager; het gebruik van een uniform evaluatie-instrument alsook de coördinatiecentra, de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging als overlegplatform voor en met de oudere en zijn omgeving;

dat daarbij tevens aandacht moet gaan naar de samenwerking met andere voorzieningen wanneer deze de zorg kunnen ondersteunen (bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg, mobiliteitsvoorzieningen, ...);

Overwegende het belang van een 'flankerend beleid' op diverse maatschappelijke terreinen, zoals wonen, mobiliteit, culturele participatie, veiligheid in verkeer, teneinde de kansen op actief ouder worden en maatschappelijke participatie te vergroten en daardoor het risico van vereenzaming of voorkombare afhankelijkheid te verminderen;

Overwegende het belang om alles in het werk te stellen opdat ouderen beschermd worden tegen mishandeling of het nu gaat om financieel misbruik dan wel fysiek of psychisch geweld; dat het dus nodig is om actie te ondernemen op het vlak van sensibilisering, preventie en opsporing;

Overwegende het belang om de realisatie van de doelstellingen inzake het ouderenzorgbeleid permanent op te volgen op grond van duidelijk omschreven objectieven en indicatoren; om hieromtrent te komen tot gemeenschappelijke afspraken en een gezamenlijke methode en de aansluiting ervan te verzekeren bij de open methode van coördinatie die in het kader van de Lissabon-doelstellingen wordt ontwikkeld voor de ouderenzorg;

Overwegende dat in dat kader tenminste de volgende objectieven in oogmerk moeten worden genomen en indicatoren moeten worden ontwikkeld: monitoring van de evolutie inzake behoeften; preventie; kwaliteit van de zorg; differentiëring van de zorg; integratie van de zorg; zorgevaluatie en zorgplanning; financiële, geografische en ruimtelijke toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen en betaalbaarheid van de zorg; draagkracht en draaglast van de informele zorg; inspraak van de ouderen en van hun omgeving;

Overwegende het belang van wetenschappelijke ondersteuning en van bundeling van expertise;

Overwegende het belang van samenwerking tussen de verschillende betrokken autoriteiten en administraties, van een vlotte uitwisseling van relevante gegevens, van een vereenvoudiging van de administratieve lasten, mede vanuit het oogpunt van een maximale betrokkenheid van de verschillende autoriteiten bij het Europees beleid inzake ouderenzorg;

Considérant l'importance croissante à accorder à la prévention dans l'apparition de la dépendance et la nécessité de mener une politique pro-active en la matière;

Considérant la nécessité de garantir la qualité des soins en menant des politiques préventives et curatives coordonnées et cohérentes;

Considérant l'importance du respect et du soutien aux soins informels considérables apportés par l'entourage des personnes dépendantes en soins et séjournant à domicile;

Considérant qu'il est important que les personnes âgées et leur entourage soient entendues dans les choix qui leur sont proposés, tant au niveau individuel qu'au niveau sociétal, en matière de soins aux personnes âgées, afin de garantir que les choix qui sont faits correspondent à leurs besoins;

qu'il est important dans ce cadre, entre autres, de faire connaître à grande échelle les intentions politiques et de les soumettre au débat sociétal, sans perdre de vue que le vieillissement est avant tout un succès et qu'il s'agit de donner à chacun des chances maximales de participer à ce succès;

Considérant l'importance d'être attentif aux changements sociologiques, entre autres, le vieillissement de la première génération des migrants du travail;

Considérant l'importance de pouvoir disposer d'outils et de procédures validés qui garantissent la détection et la satisfaction des besoins objectifs de soins et évitent des soins inutiles; que le principe de soins de base formels consiste surtout à fournir, en toute circonstance, les soins nécessaires à la personne âgée de sorte qu'elle puisse regagner une autonomie maximale et que, même si une perte fonctionnelle est inévitable, la personne soit soutenue afin qu'un certain degré d'autonomie puisse être conservé;

Considérant l'importance d'une meilleure intégration des soins et des soins continus, particulièrement lors du passage d'une forme de soins à l'autre (soins à domicile, hôpital, soins résidentiels provisoires ou définitifs, hôpital de jour gériatrique...), de la promotion de la collaboration multidisciplinaire, de la communication et de la concertation et du rôle de la gériatrie de liaison dans ce cadre, du référent hospitalier pour la continuité des soins, de l'utilisation d'un outil d'évaluation uniforme, ainsi que des centres de coordination, des services intégrés de soins à domicile comme plate-forme de concertation pour et avec la personne âgée et son entourage;

qu'il faut aussi consacrer de l'attention à la collaboration avec d'autres structures lorsqu'elles peuvent soutenir les soins (par exemple les soins de santé mentale, les dispositifs pour la mobilité,...);

Considérant l'importance d'une politique d'encadrement en divers domaines sociaux comme l'habitat, la mobilité, la participation culturelle, la sécurité dans la circulation, afin d'augmenter les chances de vieillissement actif et de participation sociale et, de ce fait, de diminuer le risque d'isolement ou de dépendance évitable;

Considérant qu'il convient de tout mettre en œuvre pour protéger les personnes âgées contre la maltraitance, qu'il s'agisse d'abus financier, de violence psychologique ou physique; qu'il convient donc d'agir en terme de sensibilisation, prévention et dépistage;

Considérant l'importance de suivre la réalisation des objectifs en matière de politique de soins aux personnes âgées, sur base d'objectifs et d'indicateurs clairement définis, afin d'arriver en la matière à des accords communs et d'assurer une méthode commune et l'emboîtement de celle-ci dans la méthode ouverte de coordination qui est développée dans le cadre des objectifs de Lisbonne pour les soins aux personnes âgées;

Considérant que dans ce cadre, il faut au moins prendre en compte les objectifs suivants et développer des indicateurs: monitoring de l'évolution en matière de besoins, prévention, qualité des soins, différenciation des soins, intégration des soins, évaluation des soins et planification des soins, accessibilité financière, géographique et territoriale des structures de soins et accessibilité financière des soins, capacité de supporter les soins informels et la charge qu'ils représentent, participation des personnes âgées et de leur entourage;

Considérant l'importance du soutien scientifique et du recueil d'expertise;

Considérant l'importance de la collaboration entre les différentes autorités et administrations concernées, d'un échange aisé de données pertinentes, d'une simplification des charges administratives, ainsi que du point de vue d'une implication maximale des différentes autorités dans la politique européenne concernant les soins aux personnes âgées;

Overwegende dat, om een evenwichtige financiering van de sociale zekerheid en van de andere vormen van publieke financiering op lange termijn veilig te stellen, de evolutie van het zorgaanbod, zowel privaats als publiek, in de hand moet worden gehouden, waarbij tezelfdertijd de ouderen een kwalitatief hoogstaande dienstverlening moet worden gewaarborgd alsmede de toegankelijkheid ertoe; dat het ondoelmatig gebruik van de erkende bedden alsook elke onnodige opname van zorgbehoevende ouderen moet worden voorkomen;

Overwegende dat er hiervoor voldoende en adequaat gefinancierde hulp- en zorgverleners moeten zijn; dat de verwachte groei in de ouderenzorg een belangrijke bijdrage zal leveren tot het scheppen van nieuwe arbeidsplaatsen; dat het daarbij belangrijk is oog te hebben voor een brede waaier van kwalificaties en dat zowel onderwijs- als werkgelegenheidsbeleid hier een belangrijke rol in vervullen;

Gelet op de sociale akkoorden van 2005 in de non-profitsector en meer in het bijzonder de doelstellingen en engagementen op vlak van werkgelegenheid teneinde te komen tot een betere omkadering en een vermindering van de werkdruk;

Overwegende dat de teksten van de sociale akkoorden van 2005 stellen dat in het kader van het equivalent van een reconversie van 28 000 ROB-bedden tot RVT-bedden volgens het principe van « RV equivalenten », er netto 2 613 VTE zullen worden gecreëerd, waarvan 70 VTE bestemd zijn voor de diensten van thuisverpleging om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen voor zwaar afhankelijke thuiswonenden, binnen een innoverende samenwerking tussen eerstelijnszorg en instellingen zonder institutionalisering;

Gelet op het engagement van de federale Regering om, onverminderd de verdere groei binnen het kader van de programmatie vastgelegd in protocol nr. 2, over een tijdspanne van zes jaar een investering in de ouderenzorg te realiseren die overeenkomt met het equivalent van de reconversie van 28 000 ROB-bedden tot RVT-bedden;

Overwegende dat het gezien de uitdaging van de vergrijzing op het vlak van zorg er op aankomt om deze belangrijke investering van de federale Overheid zo doelmatig mogelijk in te zetten;

Overwegende dat de toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde problematieken in het gedrang kan komen doordat de financiering onvoldoende is aangepast of de gepaste zorgvormen ontbreken en dat in dat kader aandacht dient te worden besteed aan dementerenden met beperkt verlies aan fysieke zelfredzaamheid;

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

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

Overwegende dat men op termijn moet komen tot een integratie van de financiering van de residentiële zorgvormen, zodat elke bewoner met een profiel van ernstige zorg een identieke financiering voor adequate zorg gewaarborgd kan worden; dat het derhalve van belang is om de uitbreiding van voor zorg bestemde opvangcapaciteit te begunstigen; dat het tevens van belang is om de schotten tussen de verschillende zorgvormen op te heffen teneinde te vermijden dat de keuze van de zorg wordt bepaald door het aanbod; dat het in dat verband aangewezen is om de huidige band tussen wonen en zorg te evalueren en na te gaan of dit de ontwikkeling van bepaalde zorgvormen niet hindert en of het niet aangewezen is om de ontwikkeling van zorgaanbod vanuit netwerken mogelijk te maken;

Overwegende dat er een bijzondere aandacht geschonken moet worden aan de door de mantelzorgers en door professionelen verleende zorg, en dat er derhalve alternatieve opvangmogelijkheden opgezet moeten worden ter ondersteuning van de thuiszorg, met name door een beroep te doen op « kortverblijf » en andere alternatieve zorgformules in samenwerking tussen de thuissector en de instellingen; dat deze zorg kan worden geïdentificeerd in het kader van de ziekteverzekering en de gepaste financiering kan worden verzekerd, onder meer wanneer verschillende zorgvormen gelijktijdig worden ingeschakeld (bijvoorbeeld thuisverpleging en dagverzorging); dat het voor de ziekteverzekering interessant kan zijn om tussen te komen voor vergelijkbare prestaties als in de rusthuizen indien hierdoor de toekomstige vraag naar residentiële zorg kan worden afgeremd;

Overwegende dat de Gemeenschappen en Gewesten in het kader van hun bevoegdheden een specifieke wetgeving hebben ontwikkeld betreffende de procedures voor het verlenen van de erkenningen; dat in het kader van de verdere diversifiëring van de zorgvormen dient nagegaan of de huidige wetgevende kaders voldoende om elkaar aansluiten en de nodige soepelheid bieden om aan deze zorgvormen de gepaste reglementaire antwoorden te bieden inzake erkenning, programmatie en financiering;

Considérant que pour assurer à long terme un financement équilibré de la Sécurité sociale et des autres formes de financement public, il convient de maîtriser l'évolution de l'offre de soins, qu'ils soient privés ou publics, tout en garantissant aux personnes âgées des services de qualité ainsi que leur accessibilité, et qu'il convient d'éviter tout usage inefficace des lits agréés ainsi que toute institutionnalisation inutile des personnes âgées nécessitant des soins;

Considérant que pour ce faire, il faut suffisamment de prestataires d'aide et de soins, financés de manière adéquate; que la croissance attendue dans les soins aux personnes âgées contribuera dans une mesure importante à la création de nouveaux emplois; qu'il est à cet égard important de considérer un large éventail de qualifications et, qu'aussi bien, la politique de l'enseignement que de l'emploi jouent ici un rôle de taille;

Vu les accords sociaux de 2005 dans le secteur du non-marchand et, plus particulièrement, les objectifs et engagements en matière d'emploi afin d'arriver à un meilleur encadrement et une diminution de la pression du travail;

Considérant que les textes des accords sociaux de 2005 précisent que dans le cadre de l'équivalent d'une reconversion de 28 000 lits MRPA en lits M.R.S., selon le principe des « équivalents MRS », il y aura une création nette de 2 613 E.T.P. dont 70 E.T.P. sont destinés aux services de soins infirmiers à domicile, afin de pouvoir développer, pour les personnes en dépendance grave résidant à domicile, une offre de soins dans une collaboration innovatrice entre soins primaires et institutions, qui évite ou postpose l'institutionnalisation;

Vu l'engagement du Gouvernement fédéral de réaliser, sans préjudice de la future croissance dans le cadre de la programmation fixée au protocole n°2, un investissement dans les soins aux personnes âgées sur une durée de 6 ans qui correspond à l'équivalent d'une reconversion de 28.000 lits MRPA en lits MRS;

Considérant qu'il s'agit, vu le défi du vieillissement au niveau des soins, d'utiliser cet investissement important de l'Autorité fédérale de la manière la plus efficiente possible;

Considérant que l'accessibilité des soins pour certaines problématiques peut être mise en péril parce que le financement n'a pas suffisamment été adapté ou que des formes de soins appropriées font défaut, et que dans ce cadre, il faut accorder de l'attention aux personnes démentes présentant une perte limitée d'autonomie physique;

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

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

Considérant qu'il importe d'aboutir, à terme à une intégration du financement des formes de soins résidentielles, de manière à assurer, pour chaque résident avec un profil de soins lourd, un financement identique permettant d'assurer les soins adéquats; qu'il importe donc de favoriser l'extension de capacités d'accueil destinées aux soins; qu'il est aussi important de supprimer les cloisons entre les différentes formes de soins afin d'éviter que le choix des soins ne soit déterminé par l'offre; qu'il est souhaitable, dans ce cadre, d'évaluer le lien actuel entre l'habitat et les soins et de vérifier si cela n'empêche pas le développement de certaines formes de soins et si l'il n'est pas souhaitable de permettre le développement d'une offre de soins à partir de réseaux;

Considérant qu'une attention particulière doit être consacrée aux soins prodigués par les proches et les dispensateurs professionnels de soins à domicile et qu'il convient, dès lors, de développer des alternatives d'accueil, en support aux soins à domicile, notamment, par le recours au « court-séjour » et à d'autres formules alternatives de soins offertes en collaboration entre le secteur à domicile et les institutions; que ces soins peuvent être identifiés dans le cadre de l'assurance-maladie et que le financement approprié peut être garanti, entre autres, lorsque différentes formes de soins interviennent simultanément (par exemple les soins à domicile et les soins de jour); qu'il peut être intéressant pour l'assurance-maladie d'intervenir pour des prestations comparables à celles des maisons de repos, si l'on peut ainsi freiner la future demande en soins résidentiels;

Considérant que, dans le cadre de leurs compétences, les Communautés et Régions ont développé une législation spécifique relative aux procédures d'octroi des agréments; que dans le cadre de la poursuite de la diversification des formes de soins, il faut examiner si les cadres législatifs actuels sont suffisamment harmonisés et s'ils offrent la souplesse nécessaire pour offrir à ces formes de soins les réponses réglementaires appropriées, en ce qui concerne l'agrément, la programmation et le financement;



Overwegende dat het van belang is de werkzaamheden van de Interministeriële Conferentie « Volksgezondheid » in het kader van de voorgaande protocollen voort te zetten onder andere inzake de problematiek van het vervoer en een betere afstemming van de verschillende normen die zowel op Federaal niveau als in de Gemeenschappen en Gewesten van toepassing zijn;

Overwegende de noodzakelijkheid om een concept voor een aangepast palliatief zorgaanbod te ontwikkelen dat rekening houdt met de specifieke kenmerken van de verschillende mogelijke palliatieve zorgvormen (ROB; RVT; dagverzorging; nachtverzorging; kortverblijf) en hiervoor de financiering te voorzien.

Wordt overeengekomen wat volgt :

Hoofdstuk I - Over het te voeren beleid :

1. De Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten komen overeen om in de Interministeriële Conferentie « Volksgezondheid », op basis van de bepalingen van dit protocol dat wordt afgesloten voor een duurtijd van zes jaar, samen te werken met het oog op een coherent ouderenzorgbeleid dat een antwoord biedt op de hiervoor vermelde overwegingen, om aldus te voorzien in de behoeften aan preventie, opvang, begeleiding en verzorging van zorgbehoevende ouderen en ondersteuning van de informele zorg. Onderhavig protocol is een kaderprotocol, dat niet alleen verder zal worden gepreciseerd in aanhangsels, maar dat tevens een gemeenschappelijke beleidsverklaring inhoudt als aanzet voor een breed maatschappelijk debat omtrent ouderenzorg.

2. Een grondig overleg met de Gemeenschappen en Gewesten is absoluut noodzakelijk om een op wetenschappelijke evidentie gesteunde consensus te bereiken over de gemeenschappelijke doelstellingen voor ouderenzorg. Het resultaat zal de vorm aannemen van een samenwerkingsprotocol of desgevallend deel uitmaken van een samenwerkingsakkoord tussen de federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten en de algemene doelstellingen vastleggen voor het te voeren ouderenbeleid.

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

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

3. De federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten komen overeen om in de permanente centrale werkgroep « Ouderenzorgbeleid » hieromtrent voorstellen uit te werken, met inbegrip van voorstellen voor het wetenschappelijk onderzoek en de bundeling van expertise. Hiervoor is de werkgroep samengesteld uit afgevaardigden van de federale Overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten, de Federale Overheidsdienst Sociale zekerheid, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en het RIZIV. Er kan indien nodig ook beroep gedaan worden op de steun van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. De werkgroep zal tevens alle vraagstukken onderzoeken die in de overwegingen zijn aangeduid, voor zover zij niet zijn toegewezen aan een specifieke werkgroep in het kader van dit protocol.

4. De werkgroep wordt er tevens mee belast om er op toe te zien dat de verdere uitvoering van dit protocol zal gebeuren in overleg met de zorgverstrekkers, de ziekenfondsen en met de organisaties van ouderen en hun omgeving en dat daartoe maximaal gebruik wordt gemaakt van de bestaande overlegkanalen.

Hoofdstuk 2 - Over de programmatie van de opvangstructuren :

1. Algemeen principe :

Gedurende de looptijd van het protocol wordt de verdere ontwikkeling van het aanbod geregeld door de volgende twee principes :

a) het aanbod aan rusthuiscapaciteit kan zich verder ontwikkelen binnen de grenzen van de in punt 2 omschreven vrijwillige programmatie waartoe de Gemeenschappen en Gewesten zich verbinden; de Gemeenschappen en de Gewesten zullen jaarlijks hun vooruitzichten meedelen aan de federale Overheid voor wat betreft de verwachte nieuwe erkenningen, zodat hiermee rekening kan worden gehouden bij de opmaak van de begrotingsramingen.

b) de verdere reconversie binnen het kader van de onder punt a) bedoelde rusthuiscapaciteit alsook de diversificatie van het zorgaanbod - binnen of buiten voornoemde capaciteit - gebeurt door middel van de aanwending van RVT-equivalenten, waarbij voor elke zorgvorm een reconversiesleutel ten opzichte van een RVT-equivalent wordt bepaald.

Considérant qu'il importe de poursuivre les travaux de la Conférence interministérielle « Santé publique » dans le cadre des protocoles précédents, entre autres, pour ce qui est de la problématique des transports et d'une meilleure harmonisation des différentes normes qui sont d'application, tant au niveau fédéral que dans les Communautés et les Régions;

Considérant la nécessité de développer un concept d'offre de soins palliatifs adaptés tenant compte des caractéristiques spécifiques des différentes formes possibles de soins palliatifs (MRS; VIPRA; soins de jour; soins de nuit; court-séjour) et d'en prévoir le financement;

Il est convenu ce qui suit :

Chapitre I<sup>er</sup> - De la politique à mener :

1. L'Etat fédéral et les Communautés et Régions conviennent de collaborer dans la Conférence interministérielle « Santé publique », sur base des dispositions du présent protocole qui est conclu pour une durée de six ans, en vue d'une politique de soins aux personnes âgées cohérente, qui offre une réponse aux considérations susmentionnées, pour ainsi pourvoir aux besoins de prévention, d'accueil, d'accompagnement et de soins pour les personnes âgées nécessitant des soins et au soutien des soins informels. Le présent protocole est un protocole-cadre, qui non seulement sera encore précisé dans des avenants, mais qui contient surtout une déclaration de politique commune comme point de départ d'un large débat sociétal relatif aux soins aux personnes âgées.

2. Une concertation approfondie avec les Communautés et les Régions est absolument nécessaire pour arriver à un consensus reposant sur l'évidence scientifique quant aux objectifs communs en matière de soins pour les personnes âgées. Le résultat prendra la forme d'un protocole de collaboration, ou le cas échéant, fera partie d'un accord de coopération entre l'Etat fédéral et les Communautés et Régions et fixera les objectifs globaux pour la politique à suivre en matière de personnes âgées.

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

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

3. L'Etat fédéral et les Communautés et Régions conviennent de mettre au point, au sein du groupe de travail central permanent « politique de santé à mener en faveur des personnes âgées », des propositions à ce sujet, y compris des propositions pour la recherche scientifique et le recueil d'expertise. A cette fin, ce groupe de travail est composé des représentants de l'Autorité fédérale, des Communautés et des Régions, du Service public fédéral Sécurité sociale, du Service public fédéral Santé publique, et de l'INAMI. Il pourra aussi être fait appel, le cas échéant, au soutien du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Le groupe de travail examinera aussi toutes les questions qui ont été exprimées dans les réflexions, pour autant qu'elles n'aient pas été attribuées à un groupe de travail spécifique, dans le cadre du présent protocole.

4. Le groupe de travail sera aussi chargé de veiller à ce que l'exécution du présent protocole se fasse en concertation avec les dispensateurs de soins, les mutualités et avec les organisations de personnes âgées et leur entourage et, qu'à cette fin, on utilise au maximum les canaux de concertation existants.

Chapitre 2 - De la programmation des structures d'accueil :

1. Principe général :

Pendant la durée du protocole, le plus ample développement de l'offre sera réglé par les deux principes suivants :

a) l'offre en terme de capacité de maisons repos peut continuer à se développer dans les limites de la programmation volontaire définie au point 2, à laquelle s'engagent les Communautés et Régions; les Communautés et Régions communiqueront chaque année leurs perspectives à l'Autorité fédérale en ce qui concerne les nouveaux agréments attendus, de sorte que l'on puisse en tenir compte lors de l'établissement des estimations budgétaires.

b) la poursuite de la reconversion dans le cadre de la capacité des maisons de repos visée au point a) ainsi que la diversification de l'offre de soins - à l'intérieur de ou en dehors de la capacité précitée - se font au moyen de l'utilisation d'équivalents MRS où, pour chaque forme de soins, il est déterminé une clé de reconversion par rapport à un équivalent-MRS.

Vanaf 2006, worden deze reconversiesleutels indien nodig voor 1 januari voorafgaand aan het jaar waarop de reconversiesleutels van toepassing zijn in het kader van een bijlage aan dit protocol geactualiseerd en kunnen er desgevallend nieuwe zorgvormen worden toegevoegd.

De Federale Overheid verbindt er zich toe om voor elke zorgvorm, tijdig en in onderlinge afspraak met de Gemeenschappen en Gewesten, een gepaste structurele financieringsvorm te voorzien in het kader van de gecoördineerde wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zodat de Gemeenschappen en Gewesten binnen een aanvaardbare periode erkenningen kunnen toekennen. De Gemeenschappen en Gewesten zullen geen erkenningen toekennen vooraleer de regelgeving volledig tot stand is gebracht.

De toepassing van deze principes waarborgt dat de verdere uitbouw van het zorgaanbod geprogrammeerd kan verlopen. Het is evenwel niet de bedoeling om ook de thans in de nomenclatuur vervatte terugbetaalbare verstrekkingen die aan huis worden verstrekt (bijvoorbeeld thuisverpleging, logopedie en kinesitherapie) te vatten in een programmatie. Voor zover in het kader van het reconversiebeleid bepaalde nieuwe zorgvormen worden ontwikkeld in de thuiszorg zullen deze wel gevat worden door een programmatie.

2. De Gemeenschappen en de Gewesten verbinden zich ertoe om tot en met 30/09/2011 een moratorium, bepaald op basis van protocol 1 van 09/06/1997, aangevuld door protocol 2 van 01/01/2003 en waarbij de laatste geactualiseerde versie zal terug te vinden zijn in bijlage 3 bij protocol 2 betreffende de geprogrammeerde structuren in acht te nemen, wat betekent dat er geen nieuwe principeakkoorden of nieuwe voorafgaande vergunningen meer toegekend worden, behalve bij een gelijkwaardige vermindering of overdracht van principeakkoorden die door de bevoegde communautaire of regionale overheid m.b.t. de volgende situatie omstandig dient te worden gemotiveerd en geattesteerd. De cijfers van de geprogrammeerde structuren omtrent de capaciteit in de rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagverzorging en alternatieve zorgvormen worden jaarlijks (op 31 december) geactualiseerd conform de beslissingen van de bevoegde autoriteiten in het kader van de reconversieregels (zie hoofdstuk 3) :

Hoofdstuk 3 - Aanwending van de federale investering die overeenkomt met een reconversie van 28 000 ROB-in RVT-bedden :

#### 1. Principe :

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

#### 2. Uitbreiding :

De Gemeenschappen en Gewesten verbinden zich ertoe om de nieuwe principeakkoorden of nieuwe voorafgaande vergunningen voor het verlenen van de erkenning van nieuwe zorgvormen te beperken tot het in punt 3 gepreciseerde aantal.

De verleende zorg wordt gefinancierd door de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dat betekent dat de federale overheid in de nodige financiële middelen voor een zo groot mogelijke financiering van de opvangstructuren voorziet, overeenkomstig de in « RVT-equivalenten » uitgedrukte programmatie. De totale capaciteit komt overeen met de capaciteit zoals beschreven in hoofdstuk 2, punt 2, eventueel te verhogen met de bijkomende capaciteit zoals voorzien in de in hoofdstuk 3, punt 3 bedoelde uitbreiding en volgens de in punt 7 toegepaste equivalentieregels.

De verwezenlijking van bepaalde elementen van het luik « tewerkstelling » en meer bepaald het in aanmerking komen voor de reconversie van ROB-bedden in RVT-bedden is verbonden aan de voorafgaande ondertekening van collectieve arbeidsovereenkomsten door de sociale partners.

De collectieve overeenkomsten waarvan de ondertekening vereist is, of, indien nodig, de koninklijke besluiten, zijn die met betrekking op :

- de drempelverlaging voor de creatie van een vakbondsafvaardiging;
- de onmiddellijke vervanging in geval van afwezigheid, rekening houdend met de karakteristieken van de federale gezondheidssectoren zoals deze gedefinieerd zijn op pagina 2 van het sociaal akkoord;
- het voldoende op voorhand doorgeven van de werkuren aan de werknemers, en de toepasbare sanctie in geval van wijziging van de werkuren;
- de verwezenlijking van de maatregel « arbeidsovereenkomst »;
- de toekenning van bijkomende verlofdagen ten voordele van bepaalde personeelscategorieën;
- de aanpassing aan de bepalingen van punten 3 en 4 van het sociaal akkoord van de collectieve arbeidsovereenkomsten betreffende de maatregelen van eindeloopbaan, gesloten in uitvoering van het meerjarenplan van de federale gezondheidssectoren gesloten op 01/03/2000.

A partir de 2006, ces clés de reconversion seront, si nécessaire, actualisées avant le 1<sup>er</sup> janvier précédant l'année d'application des règles de reconversion, dans une annexe au présent protocole et, le cas échéant, de nouvelles formes de soins pourront être ajoutées.

L'Autorité fédérale s'engage à prévoir, pour chaque forme de soins, à temps et selon un accord réciproque avec les Communautés et régions, une forme de financement structurel appropriée dans le cadre de la loi coordonnée sur l'assurance maladie invalidité, de telle sorte que les Communautés et Régions puissent octroyer des agréments dans une période acceptable. Les Communautés et Régions ne pourront octroyer d'agréments avant que la réglementation ait été complètement mise en place.

L'application de ces principes garantit que le plus ample développement de l'offre de soins peut être programmé. Toutefois, le but n'est pas d'inclure également dans une programmation les prestations effectuées à domicile, remboursables et reprises actuellement dans la nomenclature (par exemple soins à domicile, logopédie et kinésithérapie). Pour autant que, dans le cadre de la politique de reconversion, certaines nouvelles formes de soins soient développées dans les soins à domicile, celles-ci seront bien reprises dans une programmation.

2. Les Communautés et Régions s'engagent à prendre en considération, jusqu'au 30/09/2011 inclus, le moratoire, déterminé sur base du protocole 1 du 09/06/1997, complété par le protocole 2 du 01/01/2003 et dont la dernière version actualisée se trouvera dans l'annexe 3 du protocole 2 concernant les structures programmées, ce qui signifie ne plus octroyer de nouveaux accords de principe ou de nouvelles autorisations préalables, sauf en cas de réduction équivalente ou de transfert d'accords de principe dûment motivés et attestés par l'autorité communautaire ou régionale compétente par rapport à la situation suivante. Les chiffres des structures programmées concernant la capacité d'accueil des maisons de repos, des maisons de repos et de soins, des centres de soins de jour et les formes alternatives de soins sont actualisés sur base annuelle (le 31 décembre) conformément aux décisions des autorités compétentes, dans le cadre des règles de reconversion (voir chapitre 3) :

Chapitre 3 - Utilisation de l'investissement fédéral correspondant à une reconversion de 28 000 lits MRPA en lits MRS :

#### 1. Principe :

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

#### 2. De l'extension :

Les Communautés et Régions s'engagent à limiter les nouveaux accords de principe ou nouvelles autorisations préalables pour l'agrément de nouvelles unités de soins dont le nombre est repris dans le point 3.

Les soins dispensés sont financés par l'assurance soins de santé. Cela signifie que l'Autorité fédérale prévoira les moyens financiers nécessaires pour couvrir au maximum le financement des capacités d'accueil de soins exprimés en « équivalents MRS ». La capacité totale correspond à la capacité reprise au chapitre 2, point 2, à laquelle peut être ajoutée la capacité supplémentaire prévue par l'élargissement visé au chapitre 3, point 3 et selon les règles d'équivalence prévues au point 7.

La mise en œuvre de certains éléments du volet « emploi » et, plus particulièrement, le fait de pouvoir entrer en ligne de compte pour bénéficier de la reconversion de lits MR en lits MRS est liée à la signature préalable par les partenaires sociaux de conventions collectives de travail.

Les conventions collectives dont la signature préalable est exigée, ou, le cas échéant, les arrêtés royaux, sont celles qui ont trait :

- à l'abaissement du seuil de création d'une délégation syndicale;
- au remplacement immédiat en cas d'absence, tenant compte des spécificités des secteurs de santé fédéraux, comme ceci sont définis à la page 2 de l'accord social.
- à la communication aux travailleurs suffisamment à l'avance de leurs horaires de travail et à la sanction applicable en cas de modification des horaires de travail;
- à la mise en œuvre de la mesure « contrat de travail »;
- à l'octroi du nombre de jours de congés supplémentaires en faveur de certaines catégories de membres du personnel;
- à l'adaptation aux dispositions des points 3 et 4 de l'accord social des conventions collectives de travail relatives aux mesures de fin de carrière, conclues en exécution du plan pluriannuel des secteurs fédéraux de la santé, conclu le 01/03/2000.

De voorafgaande voorwaarde van het federaal sociaal akkoord om toegang te krijgen tot de werkgelegenheids-maatregelen zullen, op basis van de door de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg bezorgde gegevens door de Gemeenschappen en Gewesten getoetst worden bij het verlenen van erkenningen in het kader van de aanwending van het RVT-equivalenten; een technisch overleg zal georganiseerd worden om de praktische modaliteiten te bepalen.

3. Voor de gehele looptijd van het protocol (dus uiterlijk per 30/09/2011 toegepast) is het totale aantal « RVT-equivalenten », eventueel toe te voegen aan de in punt 2 bedoelde capaciteit, voor het hele Rijk gelijk aan 8 526, waarvan 15 worden voorafgenomen voor palliatieve dagopvang (in het kader van punt 4, eerste paragraaf) (12 RVT - equivalenten voor de Vlaamse Gemeenschap en 3 RVT - equivalenten voor het Waalse Gewest) en waarvan het saldo wordt verdeeld als volgt :

Vlaamse Gemeenschap : 60.20 %

Waalse Gewest : 33.00 %

Brussels Hoofdstedelijk Gewest : 6.00 %

Duitstalige Gemeenschap : 0.80 %

Het aldus voor het tweetalig gebied Brussel Hoofdstad afgesproken percentage ligt hoger dan wat volgens het in punt 1 bedoelde principe zou zijn bepaald, teneinde rekening te houden met de bijzondere problematieken die zich in Brussel stellen voor het waarborgen van een adequaat aanbod. Evenwel wordt overeengekomen dat het aantal RVT-equivalenten dat kan worden ingezet voor de creatie van of reconversie tot RVT bedden beperkt wordt tot 216.

Het tijdspad volgens welke deze equivalenten beschikbaar komen is als volgt (de getallen geven voor elk jaar het aantal supplementaire RVT-equivalenten) :

Vanaf — A partir de	01.10.2005	01.10.2006	01.10.2007	01.10.2008	01.10.2009	01.10.2010	Totaal — Total
Vlaamse Gemeenschap Communaute flamande	463	543	665	706	1.115	1.643	5.135
Waalse Gewest Région wallonne	250	298	364	387	612	901	2.812
Brussels Hoofdstedelijk Gewest Région de Bruxelles-Capitale (Cocof + Cocom) (Cocof + GGC)	45	54	66	71	111	164	511
Duistalige Gemeenschap Communauté germanophone	6	7	9	9	15	22	68
België/Belgique	764	902	1.104	1.173	1.853	2.730	8.526

4. De Federale Overheid en de Gemeenschappen en Gewesten ontwikkelen uiterlijk tegen 01/01/2006 en binnen het kader van het gebruik van RVT-equivalenten een oplossing voor een aanbod van palliatieve zorg dat in de plaats komt van de huidige financiering van de pilootprojecten dagverzorging door het RIZIV die op 01/01/2006 definitief worden stopgezet.

Daarnaast zal een werkgroep worden opgericht om een concept voor een aangepast palliatief zorgaanbod en de financiering ervan uit te werken. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de specifieke kenmerken van de verschillende mogelijke palliatieve zorgvormen (ROB, RVT, dagverzorging, nachtverzorging, kortverblijf) en aldus een oplossing kan worden geboden voor een aanbod van palliatieve zorg (cf. Hoofdstuk 1<sup>er</sup> punt 4).

5. Er wordt overeengekomen dat een voorafname kan gebeuren op de in hoofdstuk 3, punt 3 bedoelde RVT-equivalenten indien na overleg met de partijen die het protocol ondertekenen, de sector en de ziekenfondsen, dat zo snel mogelijk zal worden gevoerd, blijkt dat de actuele financiering voor zorg aan fysiek weinig afhankelijke dementerende ouderen in instellingen leidt tot een tekort in het aanbod.

Het aantal RVT-equivalenten alsook de wijze waarop ze zullen worden ingezet (hetzij via een specifieke ROB norm hetzij via een specifieke RVT norm) zullen het voorwerp uitmaken van een bijlage aan dit protocol dat uitwerking zal hebben op de eerste oktober nadat tenminste drie volle maanden zijn verstreken sinds het afsluiten van de bedoelde bijlage en op voorwaarde dat de voorafname aan RVT-equivalenten niet groter is dan het aantal beschikbare RVT-equivalenten voor dat jaar. De tabel in punt 3 zal diensgevolge en proportioneel worden aangepast. Eenzelfde principe zal gelden indien wordt beslist om ten laste van de ziekteverzekering tussen te komen in het vervoer van en naar de dagverzorgingscentra.

Les conditions préalables de l'accord social fédéral pour accéder aux mesures d'emploi seront vérifiées, sur base des données fournies par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, par les Communautés et Régions lors de l'octroi des agréments, dans le cadre de l'utilisation des équivalents-MRS; une concertation technique aura lieu pour en définir les modalités pratiques.

3. Pour la durée totale du protocole (donc appliqué au plus tard au 30/09/2011), le nombre « d'équivalents MRS » qui peut venir s'ajouter à la capacité reprise au point 2 est pour l'ensemble du Royaume de 8 526 dont 15 sont réservés pour l'accueil de jour palliatif (dans le cadre du point 4, premier paragraphe) (12 équivalents - MRS pour la Communauté flamande et 3 équivalents - MRS pour la Région wallonne) et dont le solde est réparti comme suit :

Communauté flamande : 60.20 %

Région wallonne : 33.00 %

Région de Bruxelles-Capitale : 6.00 %

Communauté germanophone : 0.80 %

Le pourcentage ainsi convenu pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale est supérieur à ce qui aurait été fixé selon le principe visé au point 1, afin de tenir compte des problématiques particulières qui se posent à Bruxelles pour garantir une offre adéquate. Toutefois, il est convenu que le nombre d'équivalents-MRS qui peut être employé pour la création ou la reconversion en lits MRS est limité à 216.

Le calendrier selon lequel ces équivalents seront disponibles est le suivant (les nombres donnent pour chaque année le nombre d'équivalents-MRS supplémentaires) :

4. L'Autorité fédérale, les Communautés et Régions développeront, au plus tard pour le 01/01/2006, et dans le cadre de l'utilisation des équivalents-MRS, une solution pour l'offre de soins palliatifs qui remplacera le financement actuel par l'INAMI des projets pilotes soins de jour qui seront définitivement arrêté le 01/01/2006.

En outre, un groupe de travail sera créé pour développer un concept d'offre de soins palliatifs adaptées ainsi que son financement. De plus, les caractéristiques spécifiques des différentes formes de soins palliatifs possibles devront être prises en compte (MRS, MRPA, accueil de jour, accueil de nuit, court-séjour) et, de la sorte, une solution pourra être donnée pour l'offre de soins palliatifs (cf. Chapitre 1<sup>er</sup> point 4).

5. Il est convenu qu'une ponction préalable peut se faire sur les équivalents-MRS visés au chapitre 3, point 3 si, après concertation des parties signataires du protocole avec le secteur et les mutualités (qui sera menée dans les plus brefs délais), il ressort que le financement actuel des soins aux personnes âgées démentes, peu dépendantes sur le plan physique, en institutions conduit à un déficit dans l'offre.

Le nombre d'équivalents-MRS ainsi que la façon dont ils seront employés (soit via une norme MRPA spécifique, soit via une norme MRS spécifique) feront l'objet d'une annexe au présent protocole qui sortira ses effets le premier octobre après qu'au moins trois mois se soient écoulés après la conclusion de l'annexe visée et à condition que l'avance d'équivalents-MRS ne soit pas supérieure au nombre d'équivalents MRS disponibles pour cette année-là. Le tableau au point 3 sera adapté en conséquence et proportionnellement. Un même principe s'appliquera s'il est décidé d'intervenir à charge de l'assurance maladie dans les transports du domicile au centre de soins de jour et vice versa.



Aan de taskforce geestelijke gezondheidszorg wordt specifiek aandacht gevraagd voor de vergrijzing van de bewoners van voorzieningen en voor de juiste afstemming van het huidige aanbod (PVT, BW en ziekenhuizen) aan de evolutie van de behoeften en de eventuele nood aan reconversie. In het bijzonder moet er ook aandacht besteed worden aan het zorgaanbod bij een dubbele problematiek van psychische problemen en zorgafhankelijkheid

6. De in hoofdstuk 3, punt 3 omschreven bijkomende capaciteit, uitgedrukt in « RVT-equivalenten » en aangepast in toepassing van punt 4, kan worden aangewend voor de fysieke uitbreiding van het aantal plaatsen, voor een reconversie volgens de in punt 7 bepaalde equivalentieregels of een combinatie van beide, met dien verstande dat een betere opvang van de sterk afhankelijke patiënten in rust- en verzorgingstehuizen en de vermindering van de werkdruk een belangrijke prioriteit blijven.

#### 7. Equivalentieregels :

Voor elke uitbreiding van één « RVT-equivalent », voorzien in de erkende capaciteit, overeenkomstig hoofdstuk 3, worden equivalentieregels toegepast. De waarde van 1 RVT-equivalent is gelijk aan de gemiddelde kostprijs van een RVT-resident, berekend op basis van de omkaderings/financieringsnormen zoals die zullen gelden op 01/10/2005 en op basis van de meest recent vastgestelde gemiddelde casemix.

De reconversiesleutel voor elke zorgvorm wordt berekend door hetzij de gemiddelde kostprijs van de zorgvorm op basis van de geldende of voorziene omkaderingsnorm en de meest recente of verwachte gemiddelde casemix hetzij het verschil tussen gemiddelde kostprijs van de ene ten opzichte van de andere zorgvorm af te zetten tegen de gemiddelde kostprijs van een RVT-resident.

De reconversiesleutels worden indien nodig tegen 1 januari voorafgaand aan het jaar waarop de reconversiesleutels van toepassing zijn aangepast.

Teneinde evenwel te vermijden dat dit mechanisme zou leiden tot een inflatie van kosten, wordt uitdrukkelijk overeengekomen dat indien zou beslist worden tot een aanpassing van de omkaderingsnormen in RVT dit aanleiding zal geven tot een overeenstemmende aanpassing van het aantal RVT-equivalenten, tenzij de federale Regering hieromtrent anders beslist.

8. Per 01/10/2005 gelden de volgende equivalentieregels, onverminderd andere toepassingen die desgevallend worden overeengekomen :

- 1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 1 nieuw rust- en verzorgingstehuisbed;
- 1 RVT-equivalent geeft recht op de omschakeling van 3,29 bestaande rusthuisbedden, begrepen in de in punt 2 bedoelde capaciteit, naar rust- en verzorgingstehuisbedden;
- 1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 3,43 plaatsen/bedden voor kortverblijf (\*) in bestaande erkende rusthuizen;
- 1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 2,06 plaatsen in dagverzorgingscentra;
- 1 RVT-equivalent geeft recht op de omschakeling van 1,94 plaatsen in bestaande dagverzorgingscentra tot palliatieve dagverzorgingsplaatsen;
- 1 RVT-equivalent geeft recht op de opening van 1 plaats voor palliatieve zorg in dagcentra (\*);

(\*) m.b.t. het kortverblijf en palliatieve dagverzorging verbinden de Gemeenschappen en Gewesten en de Federale Staat zich ertoe om op korte termijn de relevantie van de equivalentieregel te evalueren en een gemeenschappelijke basisdefinitie uit te werken, alsook om in overleg met de sector en de ziekenfondsen financieringsnormen te bepalen op grond waarvan de equivalentieregel kan worden aangepast.

Deze equivalentieregel zal ook van toepassing zijn op alle door de Gemeenschappen en Gewesten reeds erkende voorzieningen van kortverblijf en bijgevolg aanleiding geven tot een aanrekening op de beschikbare RVT-equivalenten. Deze aanrekening kan in de tijd worden gespreid volgens nader uit te werken modaliteiten.

De Gemeenschappen en Gewesten verbinden er zich eveneens toe om erkenningen als kortverblijf die werden of worden verleend in toepassing van RVT-equivalenten op basis van protocol nr. 2 of het huidige protocol en die worden ingetrokken niet om te zetten in erkenningen van rusthuisbedden.

De federale Staat benadrukt verder dat het niet haar bedoeling is om de ontwikkeling van zorgvormen voor niet oudere zwaar zorgafhankelijke personen ten laste te leggen van het reconversiebudget doch wenst wel de optie open te houden dat zorgvoorzieningen voor ouderen desgevallend ook een zorgaanbod voor deze doelgroep organiseren en nodigt de Gemeenschappen en Gewesten uit om na te gaan of binnen de programmatie nog resterende rusthuiscapaciteit hiervoor beschikbaar zou kunnen worden gesteld.

Il est demandé à la taskforce soins de santé mentale d'accorder une attention particulière au vieillissement des résidents en institutions et à la juste adéquation de l'offre actuelle (MSP, HP et hôpitaux) avec l'évolution des besoins et le besoin éventuel de reconversion. Une attention particulière doit aussi être accordée à l'offre de soins selon la double problématique des problèmes psychiques et de la dépendance en soins.

6. La capacité supplémentaire définie dans le chapitre 3, point 3, exprimée en « équivalents-MRS » et adaptée en application du point 4, peut être utilisée soit pour l'élargissement physique du nombre de places, soit pour une reconversion suivant les règles d'équivalence précisées au point 7, soit pour une combinaison des deux, étant entendu qu'une amélioration de la prise en charge des patients fortement dépendants en maison de repos et de soins et la diminution de la pression du travail demeurent une priorité importante.

#### 7. Règles d'équivalence :

Pour chaque extension d'un « équivalent MRS » prévue dans la capacité agréée, comme repris au chapitre 3, les règles d'équivalence suivantes sont appliquées. La valeur d'1 équivalent-MRS est égal au coût moyen d'un résident MRS, calculé sur base des normes d'encadrement/Normes de financement, telles qu'elles seront en vigueur au 01/10/2005 et sur base du case mix moyen le plus récent.

La clé de reconversion pour chaque forme de soins est calculée soit, par le coût moyen de la forme de soins, sur base de la norme d'encadrement prévue ou en vigueur et le case mix moyen attendu ou le plus récent soit, en retirant la différence entre le coût moyen d'une forme de soins par rapport à l'autre du coût moyen d'un résident MRS.

Les clés de reconversion seront, si nécessaires, adaptées avant le 1<sup>er</sup> janvier précédant l'année d'application des règles de reconversion.

Toutefois, afin d'éviter que ce mécanisme n'engendre une inflation des coûts, il est explicitement convenu que si, il était décidé d'adapter les normes d'encadrement dans les MRS, il en suivrait une adaptation correspondante du nombre d'équivalents MRS, à moins que le Gouvernement fédéral n'en décide autrement.

8. Au 01/10/2005, les règles d'équivalence suivantes seront d'application, sans préjudice d'autres applications qui seront convenues le cas échéant :

- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture d'1 nouveau lit de maison de repos et de soins;
- 1 équivalent MRS donne droit à la reconversion de 3,29 lits de maison de repos existants et compris dans la capacité définie au point 2 en lits de maison de repos et de soins;
- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 3,43 places/lits de court-séjour (\*) en maison de repos existants et agréés;
- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 2,06 places de centre de soins de jour;
- 1 équivalent MRS donne droit à la reconversion de 1,94 places de centres de soins de jour existants en places de soins de jour palliatifs;
- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture d'1 place de soins palliatifs en centre de jour (\*);

(\*) en ce qui concerne le court-séjour et les soins de jour palliatifs, les Communautés et Régions et l'Etat Fédéral s'engagent à évaluer, à court terme, la pertinence de la règle d'équivalence et à développer une définition commune de base des soins de jours palliatifs ainsi qu'à fixer, en concertation avec le secteur et les mutualités, des normes de financement sur base desquelles la règle d'équivalence peut être appliquée.

Cette règle d'équivalence s'appliquera aussi à tous les établissements de court-séjour déjà agréés par les Communautés et Régions et par conséquent, donnera lieu à une imputation sur les équivalents-MRS disponibles. Cette imputation sera étalée dans le temps selon des modalités à prévoir.

Les Communautés et Régions s'engagent aussi à ne pas reconverter en agrément de lits de maisons de repos, des agréments de court-séjours qui ont été ou sont accordés en application des équivalents MRS sur base du protocole n°2 ou du protocole actuel et qui sont retirés.

L'Etat fédéral insiste également sur le fait qu'il ne rentre pas dans ses intentions de mettre à charge du budget de reconversion le développement de formes de soins pour des personnes encore jeunes mais lourdement dépendantes en soins. Toutefois, il souhaite bien maintenir ouverte l'option selon laquelle des établissements de soins pour personnes âgées organisent aussi une offre de soins pour ce groupe cible et il invite les Communautés et Régions à examiner si, à l'intérieur de la programmation, la capacité des maisons de repos encore restante pourrait être mise à disposition dans cette perspective.

9. Onverminderd de maatregelen bedoeld in volgend punt, stellen de Gemeenschappen en de Gewesten een meerjarenplan op; ze verbinden er zich toe prioriteit te verlenen aan de omschakeling van bestaande rusthuisbedden, waarin voor het ogenblik patiënten opgevangen worden met een zwaar profiel (B en C) teneinde het aantal van die patiënten in rusthuizen geleidelijk aan te verminderen en er voor te zorgen dat uiterlijk tegen 2011 C-patiënten worden opgenomen in RVT bedden. Ter ondersteuning hiervan zal vanaf een nader te bepalen ogenblik de financiering van C-patiënten in ROB uitdovend worden gemaakt.

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

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

10. De Gemeenschappen en Gewesten verbinden er zich eveneens toe om in het kader van dat meerjarenplan een beleid betreffende alternatieve en ondersteunende zorgvormen op te zetten die de autonomie van de oudere behoudt.

Onder alternatieve en ondersteunende zorgvormen wordt verstaan: alle zorgvormen of ondersteunende zorgvormen van geprogrammeerde, niet definitieve residentiële zorg of van geprogrammeerde niet residentiële thuiszorgondersteunende zorg.

In het eerste geval gaat het om reeds bestaande en nieuw ontwikkelende vormen: dagverzorgingscentra, kortverblijf, nachtopvang, enz. In het tweede geval gaat het om zelf- en mantelzorgondersteunende zorg die niet is opgenomen in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekingen en die wordt verstrekt door erkende diensten voor thuisverpleging, geïntegreerde diensten voor thuisverzorging of samenwerkingsverbanden tussen één of meer van deze voorzieningen met residentiële voorzieningen of met diensten voor thuishulp.

Hierbij zal rekening worden gehouden met het engagement van de federale Regering tegenover de sociale partners van de non-profitsector om met dat doel ten minste 70 VTE arbeidsplaatsen te creëren bij de diensten voor thuisverpleging. Dit betekent concreet de inzet van 228 RVT-equivalenten als volgt te verdelen over de Gemeenschappen en Gewesten:

Vlaamse Gemeenschap : 129

Waalse Gewest : 73

Brussels Hoofdstedelijk Gewest : 24

Duitstalige Gemeenschap : 2

De federale Staat verbindt er zich toe om met de Gemeenschappen en Gewesten overleg te plegen over een geëigend zorgaanbod en de financiering ervan in het kader van tussenvormen, zoals serviceflats. Hierbij zal er worden over gewaakt dat iedere zorgactor zijn rol kan ontwikkelen, zonder bedreiging voor andere actoren en met het oog op een betere integratie van de zorg en het ontkoppelen van de band tussen wonen en zorg.

Hierbij zal ook aandacht worden besteed aan eventuele aanpassingen aan het juridisch kader om te vermijden dat interessante vernieuwingen omwille van reglementaire beperkingen niet tot ontwikkeling kunnen komen. Eventueel kan daartoe overleg worden gepleegd over het afsluiten van een samenwerkingsakkoord.

De Gemeenschappen en Gewesten verbinden er zich toe om elk over de looptijd van dit protocol tenminste 20 % van de hen in hoofdstuk 3, punt 3, toegewezen vermelde RVT equivalenten, hetzij voor het gehele land tenminste 1895 RVT equivalenten, voor te behouden voor de in dit punt bedoelde alternatieve zorgvormen.

11. Gelet op de intentie van de federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten om een eenvormig evaluatieinstrument in te voeren, kan de omzetting van RVT-equivalenten in alternatieve zorgvormen worden gekoppeld aan de toepassing van het eenvormig evaluatie-instrument.

Onverminderd de nog in een te sluiten protocol op te nemen toekomstige bepalingen i.v.m. de implementering van het instrument, kan na overleg in de permanente centrale werkgroep « Ouderenzorg-beleid » - onder meer op basis van de door de werkgroep « Interface » terzake gemaakte voorstellen - voorzien worden dat ten vroegste vanaf 01/10/2007 maximaal 1 % van het totaal aantal RVT-equivalenten omgezet zal worden in een budget voor een specifieke evaluatievergoeding. De werkgroep 'Interface' wordt er mee belast terzake voorstellen uit te werken.

12. De evaluatie van de zorgvernieuwingsprojecten krachtens de toepassing van protocol nr. 2 zal worden uitgevoerd door een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende ondertekenende partijen van dit protocol.

Het doel van deze evaluatie is tweevoudig:

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

9. Sans préjudice des mesures visées au point suivant, les Communautés et Régions rédigent un plan pluriannuel et s'engagent à donner priorité à la reconversion de lits de maisons de repos existants qui accueillent actuellement des patients de profil lourd (B et C), en vue de diminuer graduellement le nombre de ces patients en maisons de repos et à faire en sorte, qu'au plus tard pour 2011, les patients C soient hébergés dans des lits MRS. Afin de soutenir cette ligne de conduite, le financement des patients C en MRPA s'éteindra à partir d'un moment encore à déterminer.

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

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

10. Les communautés et régions s'engagent également à développer, dans le cadre de ce plan pluriannuel, une politique relative aux formes alternatives de soins et de soutien aux soins, qui maintient l'autonomie.

Par formes alternatives de soins et de soutien aux soins, on entend: toutes les formes de soins ou de soutien aux soins résidentiels, programmés et non définitifs ou de soins ou de soutien aux soins à domicile, programmés et non résidentiels.

Dans le premier cas, il s'agit de formes déjà existantes et de nouvelles formes se développant: centres de soins de jour, court-séjour, accueil de nuit, etc; dans le deuxième cas, il s'agit de soutenir les personnes dans les soins qu'elles se prodiguent ainsi que de soutenir les soins prodigués par l'entourage et qui ne sont pas repris dans la nomenclature des soins de santé ou qui sont effectués par des services agréés de soins à domicile, des services intégrés de soins à domicile ou des accords de collaboration entre un ou plusieurs de ces services entre eux avec des établissements résidentiels, ou avec des services d'aide à domicile. »

Dans ce cadre, il sera tenu compte de l'engagement du Gouvernement fédéral vis-à-vis des partenaires sociaux du secteur du non-marchand de créer, avec cet objectif, au moins 70 emplois ETP dans les services de soins à domicile. Cela signifie concrètement l'utilisation de 228 équivalents - MRS à répartir entre les Communautés et régions, comme suit:

Communauté flamande: 129

Région wallonne: 73

Région de Bruxelles-Capitale: 24

Communauté germanophone: 2

L'Etat Fédéral s'engage à mener des concertations avec les Communautés et Régions sur une offre de soins appropriée et le financement de celle-ci dans le cadre des formes intermédiaires telles que les résidences-services. Ici, on veillera à ce que chaque acteur de soins puisse développer son rôle sans menace pour d'autres acteurs et en vue d'une meilleure intégration des soins et de la rupture du lien entre habitat et soins.

Dans ce cadre, on attachera également de l'attention à d'éventuelles adaptations au cadre juridique pour éviter que des nouveautés intéressantes ne puissent se développer en raison de limites réglementaires. A cette fin, des concertations peuvent éventuellement être menées sur la conclusion d'un accord de collaboration.

Les Communautés et Régions s'engagent à réserver chacune, sur la durée du présent protocole, au moins 20 % des équivalents MRS mentionnés qui leur sont attribués au chapitre 3, point 3, soit pour l'ensemble du pays au moins 1895 équivalents MRS, pour les formes de soins alternatives visées dans le présent point.

11. Vu l'intention de l'Etat fédéral et des Communautés et Régions d'instaurer un outil d'évaluation uniforme, la reconversion des équivalents-MRS dans les formes de soins alternatives peut être couplée à l'application de l'outil d'évaluation uniforme.

Sans préjudice des dispositions futures, reprises dans un protocole à conclure, quant à l'implémentation de l'outil, on peut prévoir, après concertation au sein du groupe travail permanent central « Politique de santé à mener en faveur des personnes âgées » - entre autres, sur base des propositions faites par le groupe de travail « Interface » en la matière - qu'au plus tôt à partir du 01/10/2007, maximum 1 % du nombre total des équivalents-MRS sera reconverti dans un budget pour une rémunération spécifique de l'évaluation. Le groupe de travail 'Interface' est chargé d'élaborer des propositions en la matière.

12. L'évaluation des projets de renouvellement de soins, selon l'application du protocole n° 2, sera réalisée par un groupe de travail composé des représentants des différentes parties co-signataires du présent protocole.

L'objectif de cette évaluation est double:

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



In het laatste geval komen de overeenstemmende 'RVT-equivalenten' opnieuw in portefeuille van de betrokken Gemeenschap of Gewest.

13. De federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten bevestigen het belang van de ontwikkeling van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging als platform voor de organisatie van naadloze ouderenzorg en voor multidisciplinair overleg. Een werkgroep wordt er mee belast om de hindernis die een vlot functioneren van deze diensten in de weg staan te onderzoeken. De Minister van Sociale Zaken verbindt er zich toe het in het RIZIV voorziene en sterk ondergebruikte budget voor multidisciplinaire eerstelijnszorg te vrijwaren.

14. De bijkomende in hoofdstuk 3, punt 3 bedoelde capaciteit, die eventueel niet volledig gebruikt wordt mag in « portefeuille » gehouden worden gedurende een periode van 2 jaar na het referentiejaar voor toekenning van de overeenstemmende RVT-equivalenten, wanneer het gaat om bestaande structuren, en van 5 jaar, wanneer het om nieuwbouw of om nieuwe zorgvormen gaat.

De Gemeenschappen en de Gewesten verbinden zich ertoe om bij de jaarlijkse evaluaties de nodige bewijsstukken m.b.t. de capaciteit in portefeuille voor te leggen.

15. Elk jaar wordt er een kwalitatieve en kwantitatieve analyse uitgevoerd, met name op basis van door de Gemeenschappen en de Gewesten doorgestuurde meerjarenplannen.

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

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

17. De Gemeenschappen en Gewesten verbinden er zich toe om in het kader van de uitvoering van dit protocol de volgende initiatieven te nemen :

De Waalse Gewest verbindt er zich toe :

- generatieoverschrijdende ontmoetingsplaatsen te ontwikkelen in de gemeenten;
- de toegang tot vrijetijdsbestedingen (musea, sportinfrastructuur...) te verbeteren voor ouderen;
- het verder zetten van de versterking van de mobiliteit;
- het aanbod van kwaliteitsvolle dienstverlening betreffende de thuiszorg te versterken en specifiek aandacht te verlenen aan de mantelzorgers;
- de inspanningen met betrekking tot het moderniseren en het in overeenstemming brengen van de rusthuizen en de huidige diversificatie van het aanbod verder te zetten;
- de kwaliteit van de rusthuizen te versterken via verschillende concrete acties (kwaliteitsrooster, het hervormen van de inspectie...).

De Vlaamse Gemeenschap verbindt er zich toe de noodzakelijke maatregelen te nemen om de verdere ontwikkeling en verbetering van de ouderenzorg, zowel residentieel als niet-residentieel, alle kansen te geven.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zullen een bijzondere aandacht schenken aan de creatie van de wetgeving met betrekking tot de alternatieve voorzieningen alsook aan de diensten voor thuiszorg en thuishulp teneinde de voorwaarden van de thuisopvang van bejaarden te kunnen verbeteren.

De Duitstalige gemeenschap verbindt zich ertoe :

- serviceflats te ontwikkelen;
- GDT's te ontwikkelen;
- het casemanagement voor ouderen te versterken om aldus een brugfunctie tussen residentieel en thuis wonen mogelijk te maken;
- de ondersteuning van het thuis wonen te versterken door het bestaande aanbod, de samenwerking tussen de verschillende structuren en de mogelijkheden van onderlinge hulp tussen de verschillende sectoren te evalueren;
- slechte behandelingen in de instellingen maar vooral in de thuissituatie tegen te gaan onder meer door opleiding van het personeel en ethische ondersteuning van de beroepsbeoefenaars;
- adequate oplossing te bieden aan thuiswonende personen met dementieproblemen, onder meer door de behoeften aan nachtverzorgingscentra te evalueren en de mogelijkheden van dagopvang te verbeteren;
- te bestuderen of het haalbaar is om voor ouderen buurtprojecten met een optimaal aanbod van diensten en bijstand op te starten;
- de instellingen en diensten te ondersteunen door het verzorgend en niet-verzorgend personeel opleidingen aan te bieden;
- de families te ondersteunen door ze opleidingen aan te bieden (vooral over het thema dementie);
- na te gaan of projecten over « Diensten voor vrijwilligerswerk » en peetschap van vrijwilligers haalbaar zijn;

Dans le dernier cas, les équivalents MRS correspondants arrivent de nouveau dans le portefeuille de la Communauté ou Région concernée.

13. L'Etat fédéral et les Communautés et Régions confirment l'importance de développer des services intégrés de soins à domicile comme plate-forme pour l'organisation de soins aux personnes âgées inscrits dans la continuité et pour une concertation multidisciplinaire. Un groupe de travail est chargé d'examiner les obstacles qui empêchent ces services de fonctionner aisément. Le Ministre des Affaires sociales s'engage à garantir le budget pour les soins de première ligne multidisciplinaires prévu dans le budget INAMI et fortement sous-utilisé.

14. La capacité supplémentaire visée au chapitre 3, point 3 qui ne serait pas utilisée totalement peut être gardée en « portefeuille », pendant une période de 2 ans après l'année de référence d'octroi des équivalents MRS correspondants, lorsqu'il s'agit de reconversion de structures existantes et de 5 ans, lorsqu'il s'agit de nouvelles constructions ou de nouvelles formes de soins.

Les Communautés et Régions s'engagent à transmettre les pièces nécessaires pour justifier la capacité en portefeuille lors des évaluations annuelles.

15. Chaque année, une analyse qualitative et quantitative sera effectuée, notamment, sur base des plans pluriannuels transmis par les Régions et Communautés.

16. La transmission et l'échange d'informations entre les services dépendant du Gouvernement fédéral, à savoir les Affaires sociales, la Santé publique, les Affaires économiques et l'INAMI, et les services dépendant des Communautés et Régions doivent être garantis.

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

17. Les Communautés et Régions s'engagent à prendre les initiatives suivantes dans le cadre de l'exécution du présent protocole :

La Région wallonne s'engage à :

- développer des espaces de rencontres inter-générationnelles dans les communes;
- à améliorer l'accès des seniors aux loisirs (musées, infrastructures sportives...);
- à poursuivre le renforcement de la mobilité;
- à renforcer l'offre de services de qualité en matière d'aide à domicile et à accorder une attention particulière aux aidants proches;
- à poursuivre les efforts en matière de modernisation et de mise en conformité des maisons de repos et la diversification de l'offre actuelle;
- à renforcer la qualité des maisons de repos par différentes actions concrètes (grille qualité, réforme de l'inspection, ...)

La Communauté flamande s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour donner toutes ses chances au développement et à l'amélioration des soins de santé aux personnes âgées, qu'ils soient résidentiels ou non-résidentiels.

La commission communautaire commune et la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale apporteront une attention particulière à la création des législations relatives aux structures alternatives ainsi qu'aux services d'aide et de soins à domicile pour améliorer les conditions de maintien à domicile des personnes âgées.

La Communauté germanophone s'engage à

- développer des résidences-services;
- développer des SIDS;
- intensifier le case management pour les personnes âgées permettant de faire le pont entre le résidentiel et le domicile;
- renforcer le soutien au maintien à domicile en évaluant l'offre existante, la collaboration entre les différentes structures et les possibilités d'entraide entre les différents secteurs;
- la lutte contre la maltraitance dans les institutions mais surtout à domicile, entre autre, par la formation du personnel et un soutien éthique aux professionnels;
- offrir des solutions adéquates pour les personnes vivant à domicile et présentant des problèmes de démence, entre autre, par l'évaluation du besoin en centres de soins de nuit et par l'amélioration des possibilités en accueil de jour;
- étudier la faisabilité de la création de projets de quartiers avec une offre optimale de services et d'aide pour les personnes âgées;
- soutenir les institutions et services par des offres de formation pour le personnel soignant et non soignant;
- soutenir les familles par des offres de formation (tout particulièrement sur la thématique de la démence);
- la promotion du bénévolat en étudiant la faisabilité des projets d'« Agence pour le bénévolat » et de parrainage de bénévoles;

- de implementatie van guidelines m.b.t. opvang- en zorgconcepten in de rustoorden alsook van de zorgplanning voort te zetten;

- een handvest van de rechten van de bewoners van rustoorden en de gebruikers van diensten voor thuiszorg te ontwikkelen;

- guidelines (best practices) te ontwikkelen voor thema's als klachtenmanagement, maatregelen inzake fysieke immobilisatie en psychische sedatie,.....;

- het informeren te verbeteren over de mogelijkheden en bijstand inzake het aanpassen van de woning van de ouderen.

Dit protocol treedt in werking op 1 oktober 2005.

Aldus overeengekomen te Brussel op 13 juni 2005.

Voor de federale Regering :

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

De Minister van Economie, Energie, Buitenlandse Handel  
en Wetenschapsbeleid,  
M. VERWILGHEN

- continuer l'implémentation de guidelines relatifs aux concepts d'accueil et de soins dans les maisons de repos ainsi qu'à la planification des soins;

- développer une charte des droits pour les résidents en maisons de repos et les usagers des services de soins à domicile;

- développer des guidelines (best practices) pour des thèmes tels que management de plaintes, mesures de contention physique et psychique, .....

- améliorer l'information concernant les possibilités et les aides en matière d'adaptation du logement des personnes âgées.

Le présent protocole entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2005.

Ainsi conclu à Bruxelles le 13 juin 2005.

Pour le Gouvernement fédéral :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
R. DEMOTTE

Le Ministre de l'Economie, de l'Energie, du Commerce extérieur  
et de la Politique scientifique,  
M. VERWILGHEN

Voor de Vlaamse Regering :

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,  
Mevr. I. VERVOTTE

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft:  
Der Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales  
und Tourismus,  
B. GENTGES

Pour le Gouvernement wallon :

La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances,  
Ch. VIENNE

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

Le Membre du Collège, compétent pour l'Action sociale,  
la Famille et les Sports,  
E. KIR

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

Het Lid van het Verenigd College,  
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,  
G. VANHENGEL

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

Het Lid van het Verenigd College,  
bevoegd voor het beleid inzake Bijstand aan Personen,  
P. SMET

Le Membre du Collège,  
compétent pour la Santé,  
B. CEREXHE

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

Le Membre du Collège réuni,  
compétent pour la politique de la Santé,  
B. CEREXHE

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

Le Membre du Collège réuni,  
compétent pour l'Aide aux Personnes,  
Mme E. HUYTEBROECK

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

N. 2006 — 1686

[C — 2006/22261]

**Aanhangsel nr. 5 bij het Protocol 2 gesloten op 1 januari 2003 tussen de federale Overheid en de Overheden bedoeld in artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid, inzake de prijzen die toegepast worden in de instellingen voor opvang of huisvesting van bejaarden**

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden van de federale Staat en van de Overheden bedoeld in de artikelen 128 tot 147 van de Grondwet, hierna genoemd de Gemeenschappen/Gewesten, met betrekking tot de bepaling en aanpassing van de prijzen in de instellingen voor de opvang of de huisvesting van ouderen;

Overwegende dat de bevoegdheden inzake de dagprijzen verspreid zijn over verschillende bevoegdheidsniveaus;

Overwegende het Protocol 2, gesloten tussen de federale Regering en de Gemeenschappen/Gewesten, betreffende het ouderenzorgbeleid en meer bepaald punt 9;

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

F. 2006 — 1686

[C — 2006/22261]

**Avenant n° 5 au Protocole 2 du 1<sup>er</sup> janvier 2003, conclu entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées, et portant sur les prix qui sont appliqués en institutions d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées**

Vu les compétences respectives de l'Etat fédéral et des Autorités visées par les articles 128 à 147 de la Constitution ci-après dénommées Communautés/Régions pour ce qui concerne la fixation et l'adaptation des prix de journée en institutions d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées;

Considérant que les compétences relatives aux prix de journée sont réparties entre les différents niveaux de pouvoir;

Considérant le Protocole n° 2, conclu entre le Gouvernement fédéral et les Communautés/Régions, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées et plus particulièrement le point 9;