

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2013/ 22422]

17 AOUT 2013 — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité peut conclure des conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles

RAPPORT AU ROI

Sire,

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

Ce rapport a pour objectif de préciser tant le contexte justifiant l'intérêt de cette démarche que les formes qu'elle peut revêtir en termes de soins ou de soutien aux soins.

Ces dernières années, les autorités compétentes en matière de soins aux personnes âgées ont clairement pris conscience du défi que constitue la transformation de notre démographie. Le double vieillissement de la population associé à une diminution attendue du nombre d'actifs dans les années à venir mettra assurément le système de soins aux personnes âgées sous pression.

Face à ce constat, les autorités compétentes en matière de soins aux personnes âgées, réunies en Conférence interministérielle « Santé publique », ont marqué leur accord, dès 2005, sur un certain nombre de mesures relatives à la politique de santé à mener à destination de personnes âgées.

Parmi ces mesures figure la nécessité d'identifier des formes innovantes de soins et de soutien aux soins à destination des personnes âgées fragiles afin de renforcer ou de maintenir leur autonomie et ainsi postposer une éventuelle prise en charge dans une maison de repos pour personne âgée ou dans une maison de repos et de soins.

La stratégie initiale consistait en la réalisation de 2 appels à projets, aux caractéristiques identiques, dont le lancement devait être calqué sur la mise à disposition des moyens nécessaires à leur financement représentant, à l'indice actuel, 45.410 milliers d'euros; à savoir, le premier en 2009 réalisé suite à la publication de l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^e, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles, et le second fin 2010. La gestion opérationnelle de ces 2 appels est confiée à un groupe de travail mixte composé de membres du Comité de l'assurance de l'INAMI et de représentants des Autorités compétentes en matière de soins aux personnes âgées.

En raison de l'absence de gouvernement de plein exercice à cette période, la publication du projet d'arrêté royal préparé afin de lancer le 2^e appel à projets n'a pas pu avoir lieu dans les délais escomptés.

En juin 2012, ces mêmes autorités ont jugé utile de réaffecter certains des moyens initialement destinés au 2^e appel à projets afin de permettre la réalisation d'autres politiques de santé à destination des personnes âgées. Le nouveau montant total à destination des 2 appels s'élève alors, à l'indice actuel, à 17.213 milliers d'euros.

Riche des premiers enseignements du premier appel à projets, compte tenu des évolutions prévues en matière de transfert de compétences, compte tenu de la volonté de créer une passerelle entre le 1^{er} appel et le 2^e appel et face à la réduction du nombre de moyens mis à disposition, un recentrage des catégories d'activités de soins innovantes autorisées au financement a été réalisé. L'ensemble de ces facteurs se retrouve au sein de cet arrêté royal.

En termes budgétaires, le 2^e appel dispose d'un montant total de 3.027 milliers d'euros. Ce montant est réparti entre les communautés et régions concernées conformément au contenu de l'avenant n°7 au protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées : affectation des équivalents MRS non encore utilisés. En outre, les communautés et régions concernées ont eu la possibilité de déterminer leur priorités d'investissement de moyens au sein des

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2013/ 22422]

17 AUGUSTUS 2013 — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende, geïntegreerde en multidisciplinaire, zorg voor kwetsbare ouderen

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

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

Dit verslag heeft tot doel om niet alleen de context toe te lichten waarmee het belang van deze aanpak wordt gerechtvaardigd, maar ook te preciseren op welke manier die aanpak zich in de alternatieve of ondersteunende zorg vertaalt.

De voorbije jaren zijn de bevoegde overheden inzake ouderenzorg duidelijk gaan beseffen welke uitdagingen er aan de demografische veranderingen zijn verbonden. In de komende jaren zal de vergrijping van de bevolking in combinatie met een verwachte daling van de beroepsbevolking het ouderenzorgsysteem zeker onder druk zetten.

In het licht van die vaststelling hebben de bevoegde overheden inzake ouderenzorg in de Interministeriële Conferentie « Volksgezondheid » hun akkoord gegeven om vanaf 2005 een aantal maatregelen inzake het ouderenzorgbeleid te nemen.

Een van die maatregelen betreft de noodzaak om innovatieve vormen van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen te identificeren, teneinde hun zelfredzaamheid te versterken of te handhaven en een eventuele opname in een rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis uit te stellen.

Aanvankelijk bestond de strategie in de realisatie van 2 projectoproepen met dezelfde kenmerken, waarvan de lancering moest worden afgestemd op de terbeschikkingstelling van de noodzakelijke middelen voor de financiering van die projecten, wat aan de huidige index overeenstemt met een bedrag van 45.410 duizend euro; het eerste project werd in 2009 gerealiseerd, als gevolg van de bekendmaking van het koninklijk besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^e, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen en het tweede project werd eind 2010 gerealiseerd. Het operationele beheer van die twee oproepen is toevertrouwd aan een gemengde werkgroep die bestaat uit leden van het Verzekeringscomité van het RIZIV en vertegenwoordigers van de bevoegde overheden inzake ouderenzorg.

Aangezien er in die periode geen volwaardige regering was, kon het ontwerp van koninklijk besluit dat voor de 2^e projectoproep was voorbereid, niet binnen de verwachte termijn worden bekendgemaakt.

In juni 2012 gingen diezelfde overheden ervan uit dat het nuttig zou zijn om, met het oog op een alternatief ouderenzorgbeleid, sommige middelen die aanvankelijk voor de 2^e projectoproep waren bestemd, te reallocceren. Het nieuwe totaalbedrag dat voor die 2 oproepen wordt uitgetrokken, stemt aan de huidige index overeen met een bedrag van 17.213 duizend euro.

Dankzij de eerste lessen die men uit de 1^e projectoproep heeft kunnen trekken en rekening houdende met de verwachte ontwikkelingen inzake de overdracht van bevoegdheden en met de bereidheid om een overstapmogelijkheid tussen de 1^e en de 2^e oproep te creëren en in het licht van de vermindering van het aantal beschikbare middelen, werden de categorieën van innovatieve zorgactiviteiten die voor financiering in aanmerking kwamen, geheroriënteerd. Al die factoren worden in dit koninklijk besluit vermeld.

Op budgetair vlak wordt voor de 2^e oproep een totaalbedrag van 3.027 duizend euro uitgetrokken. Dat bedrag wordt over de betrokken gemeenschappen en gewesten verdeeld overeenkomstig de inhoud van wijzigingsclausule nr. 7 bij het protocolakkoord nr. 3 van 13 juni 2005 dat tussen de federale regering en de overheden werd gesloten, bedoeld in artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid : toewijzing van nog ongebruikte RVT-equivalenten. Bovendien konden de betrokken gemeenschappen en gewesten hun prioriteiten stellen voor het investeren van de middelen

catégories d'activités de soins, dans le respect des engagements pris en matière de création d'emploi dans le secteur des soins infirmiers à domicile. Il ne s'agit donc pas d'une violation des principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination.

Cet arrêté royal prévoit notamment que le montant initial dédié au 2^e appel puisse évoluer en fonction de la libération de moyens de projets actifs dans le cadre du 1^{er} appel à projets ou en cas de sélection d'une proposition d'un projet actif dans le 1^{er} appel afin de fonctionner dans le cadre du 2^e appel à projets; lors d'un tel transfert, le financement alloué au projet dans le cadre du 1^{er} appel est également transféré vers le budget du 2^e appel.

En termes de catégories d'activités de soins innovantes, seules les catégories 2 et 3 prévues par l'avenant n° 3 au Protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, 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 qui concerne les formes alternatives de soins et de soutien aux soins ont été maintenues. Ces catégories font respectivement référence à « des activités de soins intégrés, fournies par des services et institutions visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12° de la loi, à des personnes âgées fragiles à domicile en complément et en soutien aux soins déjà présents » et à « des soins intégrés délivrés par plusieurs prestataires de soins afin de garantir la continuité des soins et du soutien aux soins de personnes âgées fragiles qui font appel à différents fournisseurs de soins » et vise donc le secteur usuellement actif au domicile.

En outre, afin d'atteindre les objectifs de transmutualité, d'intégration des soins, mais aussi pour renforcer l'ancrage des projets dans le réseau de prestataires existants auprès de la personne âgée fragile, des partenariats minimums sont imposés pour chaque projet, indépendamment de la catégorie d'activités de soins dans laquelle il s'inscrit, ce qui implique, pour le responsable de projet, une coordination des différents partenaires.

Dans son avis 53.248/2, le Conseil d'état met en garde contre un éventuel risque d'immiscion de l'Etat fédéral dans les compétences dévolues aux communautés et régions, notamment relatives à la coordination de l'aide et de soins et remet en question l'adéquation du fondement juridique de cet arrêté royal. Cette mise en garde est liée à l'utilisation du terme de coordination évoquée ci-dessus, mais également au fait que cet arrêté royal impose, parmi les partenariats obligatoires, la présence d'une structure chargée de la coordination, agréée conformément à la réglementation de la communauté/ région concernée.

Si la présence de cette structure est indispensable afin de garantir un ancrage profond de l'intervention du projet dans la réalité de la personne âgée, sa présence en tant que partenaire n'implique pas que le projet puisse modifier le fonctionnement de ces structures ou que celles-ci puissent bénéficier d'un financement émanant de l'assurance soins de santé. A fin de prévenir ce risque de dérives, les communautés ou régions concernées sont notamment chargées de vérifications relatives à ces aspects et préalables à la procédure d'évaluation du fond des projets.

Considérant ces éléments et considérant le fait que les interventions financées concernent exclusivement des activités de soins ou de soutien aux soins, le fondement juridique de cet arrêté semble tout à fait indiqué.

Concrètement, les candidats à la signature d'une convention bénéficient d'un délai de 90 jours à dater de l'entrée en vigueur de cet arrêté royal pour transmettre un dossier de candidature qui répond aux conditions de cet arrêté royal, au moyen d'un modèle fourni par l'INAMI. La forme de leur proposition fait l'objet d'une évaluation par la communauté ou la région à laquelle est rattaché le candidat tandis que le fond de la proposition est soumise à l'évaluation d'un jury dont la composition est également prévue par cet arrêté royal.

Les jurys établiront sur base de leurs évaluations une liste de candidats ayant satisfait aux critères repris dans cet arrêté royal. Sur base de cette liste et sur base du budget disponible, le groupe de travail transmet une proposition de liste de projets au Comité de l'assurance afin de conclure une convention avec ces derniers pour une durée maximale de 48 mois.

Durant le déroulement de ces projets, une double évaluation aura lieu. D'une part une évaluation administrative constituée de rapports d'activités semestriels et annuels sera assurée par le service des soins de santé de l'INAMI; d'autre part, une évaluation scientifique aura lieu afin de pouvoir estimer l'effet de ces interventions sur le patient, afin d'évaluer les processus d'implémentation de ces projets ainsi que leurs coûts de fonctionnement.

in de categorieën van zorgactiviteiten, met inachtneming van de verbintenissen die voor de creatie van werkgelegenheid in de sector van de thuisverpleging zijn aangegaan. Het gaat dus niet om een schending van de grondwettelijke regels van gelijkheid en niet-discriminatie.

In dit koninklijk besluit wordt bepaald dat het bedrag dat aanvankelijk aan de 2e oproep was toegekend, kan wijzigen afhankelijk van de vrijmaking van middelen van projecten die in het kader van de 1e projectoproep actief zijn of wanneer er wordt voorgesteld een project dat in de 1e oproep actief is, in het kader van de 2e projectoproep te laten functioneren. Bij een dergelijke overheveling, wordt de financiering die in het kader van de 1e projectoproep aan het project was toegekend, eveneens naar het budget van de 2e projectoproep overgeheveld.

Met betrekking tot de categorieën van innovatieve zorgactiviteiten werden alleen categorieën 2 en 3 behouden, zoals bedoeld in wijzigingsclausule nr. 3 bij het protocolakkoord nr. 3 van 13 juni 2005, dat tussen de federale regering en de overheden werd gesloten, bedoeld in artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid en de alternatieve en ondersteunende zorgvormen. Die categorieën verwijzen respectievelijk naar « geïntegreerde zorgactiviteiten die worden verstrekt door diensten en instellingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12° van de wet, aan kwetsbare ouderen die thuis verblijven, bovenop en ter ondersteuning van de reeds aanwezige zorg » en naar « geïntegreerde zorg die door verschillende zorgverleners wordt verstrekt om de continuïteit en de ondersteuning te garanderen van de zorg aan kwetsbare ouderen die een beroep doen op verschillende zorgverleners » en beoogt dus de sector van de thuiszorg.

Om de doelstellingen op het vlak van het transmuraal aanbod en van de zorgintegratie te bereiken, maar ook om de verankering van de projecten in het netwerk van bestaande zorgverleners voor kwetsbare ouderen te versterken, worden er bovendien voor elk project minimale samenwerkingsverbanden opgelegd, zonder rekening te houden met de categorie van zorgactiviteiten waartoe het project behoort, wat voor de projectverantwoordelijke betekent dat hij de verschillende partners moet coördineren.

In zijn advies 53.248/2 waarschuwt de Raad van State voor een eventueel risico op inmenging van de federale overheid in de bevoegdheden die aan de gemeenschappen en gewesten zijn toegekend, in het bijzonder wat de coördinatie van de hulp en de zorg betreft, en stelt de raad de juridische grondslag van dit koninklijk besluit in vraag. Die waarschuwing houdt verband met het gebruik van de hierboven vermelde term «coördinatie», maar ook met het feit dat in dit koninklijk besluit naast de verplichte samenwerkingsverbanden ook de aanwezigheid van een coördinatiestructuur die overeenkomstig de reglementering van de betrokken gemeenschappen of gewesten is erkend, wordt opgelegd.

De aanwezigheid van die structuur is onontbeerlijk voor een sterke verankering van het project in het dagelijks leven van de oudere, maar de aanwezigheid van de structuur als partner betekent niet dat het project de werking van die structuren kan wijzigen of dat die structuren recht zouden hebben op een financiering van de ziekteverzekering. Om dat risico op misbruiken te voorkomen moeten de gemeenschappen en gewesten die aspecten controleren, vooraleer met de beoordeling van de inhoud van de projecten wordt gestart.

Rekening houdende met die elementen en overwegende dat de gefinancierde tegemoetkomingen uitsluitend betrekking hebben op activiteiten voor alternatieve en ondersteunende zorg, blijkt de juridische grondslag van dit besluit volledig aangetoond.

Concreet betekent dit dat de kandidaten om een overeenkomst te ondertekenen, recht hebben op een termijn van 90 dagen vanaf de inwerkingtreding van dit koninklijk besluit om aan de hand van een model dat door het RIZIV wordt verstrekt, een kandidatuurdossier in te dienen dat aan de voorwaarden van dit koninklijk besluit voldoet. De vorm van hun voorstel wordt door de gemeenschap of het gewest van de kandidaat gecontroleerd, terwijl de inhoud van het voorstel wordt geëvalueerd door een jury waarvan de samenstelling eveneens door dit koninklijk besluit is vastgesteld.

De jury's zullen op basis van hun evaluaties een lijst van kandidaten opstellen die voldoen aan de criteria die in dit koninklijk besluit worden vermeld. Op basis van die lijst en op basis van het beschikbare budget bezorgt de werkgroep een voorstel van een lijst met projecten aan het Verzekeringscomité om met die projecten een overeenkomst voor een maximale duur van 48 maanden te sluiten.

Tijdens de rollout van die projecten zal een dubbele evaluatie plaatsvinden. Enerzijds een administratieve evaluatie op basis van de halfjaarlijkse en jaarlijkse activiteitenverslagen door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV; anderzijds een wetenschappelijke evaluatie om de gevolgen van die interventies op de patiënt te kunnen inschatten, teneinde de processen voor de implementatie van die projecten en hun werkingskosten te evalueren.

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

J'ai l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
le très respectueux
et très fidèle serviteur,

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

AVIS 53.248/2 DU CONSEIL D'ETAT,
SECTION LEGISLATION, DU 22 MAI 2013

Avis 53.248/2 du Conseil d'Etat, section législation, du 22 mai 2013 sur un projet d'arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^e, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles'.

Le 24 avril 2013, le Conseil d'Etat, section de législation, a été invité par la Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^e, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles'.

Le projet a été examiné par la deuxième chambre le 22 mai 2013.

La chambre était composée de Yves Kreins, président de chambre, Pierre Vandernoot et Martine Baguet, conseillers d'Etat, Yves De Cordt et Christian Behrendt, assessseurs, et Anne-Catherine Van Geersdaele, greffier.

Le rapport a été présenté par Anne Vagman, premier auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise a été vérifiée sous le contrôle de Martine Baguet.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 22 mai 2013.

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^e, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, tel qu'il est remplacé par la loi du 2 avril 2003, la section de législation limite son examen au fondement juridique du projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, le projet appelle les observations suivantes.

Examen du projet

Observations générales

1. Dans son avis 45.554/1 donné le 16 décembre 2008 sur un projet devenu l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^e, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles', la section de législation avait observé ce qui suit :

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

Het is uiteindelijk de bedoeling om zich op basis van de resultaten en de verslagen uit te spreken over de structurele verankering van die projecten in de reglementering (bijvoorbeeld : formuleren van een zorgpakket, normen en financiering).

Ik heb de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedwaardige
en zeer getrouwe dienaar,

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

ADVIES 53.248/2 VAN RAAD VAN STATE,
AFDELING WETGEVING, VAN 22 MEI 2013

Advies 53.248/2 van Raad van State, afdeling wetgeving, van 22 mei 2013 over een ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^e, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen'.

Op 24 april 2013 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^e, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen'.

Het ontwerp is door de tweede kamer onderzocht op 22 mei 2013.

De kamer was samengesteld uit Yves Kreins, kamervoorzitter, Pierre Vandernoot en Martine Baguet, staatsraden, Yves De Cordt en Christian Behrendt, assessoren, en Anne-Catherine Van Geersdaele, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Anne Vagman, eerste auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Martine Baguet.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 22 mei 2013.

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^e, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, zoals het is vervangen bij de wet van 2 april 2003, beperkt de afdeling Wetgeving overeenkomstig artikel 84, § 3, van de voornoemde gecoördineerde wetten haar onderzoek tot de rechtsgrond van het ontwerp, de bevoegdheid van de steller van de handeling en de te vervullen voorafgaande vormvereisten.

Wat deze drie punten betreft, geeft het ontwerp aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Onderzoek van het ontwerp

Algemene opmerkingen

1. In haar advies 45.554/1, op 16 december 2008 verstrekt over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^e, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen', heeft de afdeling Wetgeving het volgende opgemerkt :

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

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

une proposition de forme alternative de soins et de soutien aux soins pour des personnes âgées fragiles présentant un risque de complexité des soins, introduite par un certain nombre de partenaires. Cela concerne soit une forme nouvelle de soins résidentiels non définitifs et programmables, soit, une forme nouvelle de soins et de soutien aux soins non résidentiels et programmables comme les soins de soutien aux auto soins et les soins de soutien aux soins informels qui ne figurent pas dans la nomenclature des prestations de santé et qui sont dispensés par des services de soins infirmiers à domicile, des services intégrés de soins à domicile ou des associations entre une ou plusieurs de ces structures avec des structures résidentielles ou des services d'aide à domicile. Ces projets font référence à l'avenant 3 du protocole n° 3 du 13 juin 2005 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées.

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

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

3 Il résulte de ce qui précède, d'une part, qu'on n'aperçoit pas comment le régime en projet pourrait s'inscrire dans le fondement juridique invoqué et, d'autre part, que le régime en projet doit évidemment se conformer en outre aux règles répartitrices de compétence ».

Cette observation demeure, mutatis mutandis, d'actualité, en ce qui concerne le texte en projet.

C'est donc sous réserve de cette observation fondamentale que sont faites les observations suivantes.

2 Pour pouvoir considérer, comme il ressort du préambule de l'arrêté en projet, que le fondement juridique des mesures qu'il envisage se trouve à l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^e, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il faut que le Roi fixe les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure les conventions concernées. Pour ce faire, il faut toutefois se conformer aux principes qui gouvernent le droit public belge et qui reposent sur l'unité du pouvoir réglementaire réservé au Roi et que celui-ci ne peut déléguer que moyennant le respect de certaines conditions et dans des limites bien définies. Il appartient notamment au Roi de fixer lui-même les éléments essentiels du régime en projet.

Les parties contractantes sont chargées de déterminer certains éléments du projet que celui-ci ne définit pas d'une manière suffisamment circonscrite ou précise. C'est le cas, à l'article 11, 10^e, des « règles en matière d'échange de données » et, à l'article 11, 12^e, des « règles pour la révision intermédiaire de l'intervention spécifique ».

La définition trop générale de ces éléments ne se concilie pas avec la prescription de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^e, de la loi coordonnée (5).

3 Les relations qu'il est envisagé d'instaurer entre le régime mis en place par l'arrêté en projet et celui organisé par l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de

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

een voorstel van alternatieve en ondersteunende zorgvorm voor kwetsbare ouderen met een risico op complex karakter van zorg, ingediend door een aantal partners. Het gaat om : ofwel een nieuwe vorm van programmeerbare, niet definitieve residentiële zorg ofwel om een programmeerbare niet residentiële thuiszorgondersteunende zorg zoals zelfzorg en de mantelzorgondersteunende zorg die niet is opgenomen in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen en die wordt verstrekt door diensten voor thuisverpleging, geïntegreerde diensten voor thuisverzorging of samenwerkingsverbanden tussen één of meer van deze voorzieningen met residentiële voorzieningen of met diensten voor gezins- of thuiszorg. Deze projecten verwijzen naar het aanhangsel 3 bij protocol nr. 3 van 13 juni 2005, gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over het te voeren ouderenzorgbeleid'.

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

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

3 Uit wat voorafgaat volgt dat, enerzijds, niet valt in te zien op welke wijze de ontworpen regeling inpasbaar is in de ingeroepen rechtsgrond en dat, anderzijds, de regeling uiteraard ook in overeenstemming dient te blijven met de bevoegdheidsverdelende regels».

Die opmerking blijft mutatis mutandis gelden wat de ontworpen tekst betreft.

De volgende opmerkingen worden dus gemaakt onder voorbehoud van die fundamentele opmerking.

2 Opdat de ontworpen regeling zou kunnen worden geacht rechtsgrond te vinden in artikel 56, § 2, eerste lid, 3^e, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals naar voren komt uit de aanhef van het ontworpen besluit, dient de Koning de voorwaarden te bepalen waaronder de betrokken overeenkomsten door het Verzekeringscomité kunnen worden gesloten. Die voorwaarden moeten evenwel worden vastgesteld met inachtneming van de beginselen die het Belgisch publiek recht kenmerken en waarbij wordt uitgegaan van de eenheid van de verordenende macht die bij de Koning berust en die slechts onder bepaalde voorwaarden en binnen welomschreven grenzen door deze laatste kan worden gedelegeerd. Meer in het bijzonder dient de Koning zelf de essentiële elementen van de betrokken regeling vast te stellen.

De nadere regeling van sommige elementen van het ontwerp wordt overgelaten aan de overeenkomstsluitende partijen zonder dat die elementen in het ontwerp op een voldoende afgebakende of nauwkeurige wijze worden omschreven. Dat is het geval voor de «regels met betrekking tot gegevensuitwisseling» in artikel 11, 10^e, en voor de «regels voor de tussentijdse herziening van de specifieke tegemoetkoming» in artikel 11, 12^e.

De te algemene omschrijving van de betrokken elementen staat evenzeer op gespannen voet met het bepaalde in artikel 56, § 2, eerste lid, 3^e, van de gecoördineerde wet.(5)

3 Zowel in de ontworpen tekst als in het opschrift ervan moet duidelijker weergegeven worden welke verhouding men tot stand wil brengen tussen de regeling ingevoerd door het ontworpen besluit en de

L'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^e, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles' doivent être plus clairement exprimées, tant dans le texte en projet, que dans son intitulé.

Cette clarification est d'autant plus indispensable que d'une part, le texte en projet est techniquement complexe, notamment dans ses relations avec l'arrêté royal précité du 2 juillet 2009, et que, d'autre part, l'arrêté en projet a le même intitulé que l'arrêté royal du 2 juillet 2009, et, dans le même temps, n'abroge pas ce dernier.

4. Sous réserve de l'observation 1 qui précède, l'attention est attirée sur ce qu'il n'est pas de bonne législation de définir une réglementation par un renvoi aux différents textes visés au préambule. L'ensemble de l'arrêté en projet sera revu en conséquence.

5. Le texte du projet témoigne de la haute technicité des mesures en projet, qui sont parfois difficiles à appréhender. Pour que les destinataires perçoivent mieux la portée de l'arrêté en projet, il est dès lors suggéré de le faire précéder d'un rapport au Roi (6) (7).

Observations particulières

Préambule

1. A l'alinéa 1^{er}, il convient de mentionner que l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^e, visé a été remplacé par la loi du 10 août 2001.

2. Aux alinéas 5 et 6 il convient de mentionner la date à laquelle l'Inspecteur des Finances a donné son avis, et celle à laquelle le Ministre du Budget a donné son accord, soit, respectivement le 6 mars 2013 et le 17 avril 2013.

3. A l'alinéa 6 il convient d'écrire « Vu l'accord du Ministre du Budget ».

4. Le projet d'arrêté royal ne doit pas faire l'objet d'une délibération en Conseil des ministres.

Aussi, conformément à l'article 2, 9^e, de l'arrêté royal du 20 septembre 2012 portant exécution de l'article 19/1, § 1^{er}, alinéa 2, du chapitre V/1 de la loi du 5 mai 1997 relative à la coordination de la politique fédérale de développement durable', il ne doit pas être soumis à un examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence.

En conséquence, il convient d'omettre l'alinéa 7 contenant le visa de l'examen préalable de la nécessité de réaliser une telle évaluation.

Dispositif

Article 4

Sans préjudice de l'observation générale 1, l'on constate que l'article 4 du projet, spécialement le paragraphe 3 de cet article, met en place un régime spécifique en termes d'obligations, selon qu'il s'agit de « la Région wallonne », de la « Communauté germanophone », de la « Région de Bruxelles-Capitale » ou de la « Communauté flamande ».

Les principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination imposent qu'il existe une justification raisonnable et objective à l'existence de cette distinction (8).

Article 6

L'article 6 § 1^{er}, 4^e, du projet, vise l'arrêté royal du 17 mars 1997 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés'.

Cet arrêté a été abrogé par l'article 35 de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés', entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005.

C'est cet arrêté qui doit être visé le cas échéant par le texte en projet, qui sera revu en conséquence.

Article 28

Il doit être procédé à l'exécution de l'arrêté en projet au-delà des changements de ministres ou de répartition des attributions. L'article d'exécution d'un arrêté royal doit mentionner de manière précise la compétence en vertu de laquelle cette exécution doit être assurée.

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

Die verduidelijking is des te noodzakelijker omdat enerzijds de ontworpen tekst technisch complex is, met name wat betreft de vraag hoe hij zich verhoudt tot het voornoemde koninklijk besluit van 2 juli 2009, en anderzijds het ontworpen besluit hetzelfde opschrift heeft als het koninklijk besluit van 2 juli 2009, terwijl het dat koninklijk besluit niet opheft.

4. Onder voorbehoud van de bovenstaande opmerking 1 zij erop gewezen dat het niet van behoorlijke wetgeving getuigt om een regelgevende tekst vast te stellen door te verwijzen naar de verschillende teksten genoemd in de aanhef. Heel het ontworpen besluit dient dienovereenkomstig herzien te worden.

5. Uit de tekst van het ontwerp blijkt dat het gaat om zeer technische maatregelen die soms moeilijk te begrijpen zijn. Opdat de adressaten meer inzicht zouden hebben in de strekking van het ontworpen besluit, verdient het aanbeveling om het te laten voorafgaan door een verslag aan de Koning (6) (7).

Bijzondere opmerkingen

Aanhef

1. In het eerste lid dient vermeld te worden dat artikel 56, § 2, eerste lid, 3^e, waarnaar verwezen wordt, vervangen is bij de wet van 10 augustus 2001.

2. In het vijfde en het zesde lid dient de datum vermeld te worden waarop de inspecteur van Financiën zijn advies gegeven heeft, alsook die waarop de minister van Begroting zich akkoord verklaard heeft, namelijk respectievelijk 6 maart 2013 en 17 april 2013.

3. In het zesde lid dient geschreven te worden « Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting ».

4. Over het ontwerp van koninklijk besluit hoeft geen overleg te worden gepleegd in de Ministerraad.

Bijgevolg hoeft overeenkomstig artikel 2, 9^e, van het koninklijk besluit van 20 september 2012 houdende uitvoering van artikel 19/1, § 1, tweede lid, van hoofdstuk V/1 van de wet van 5 mei 1997 betreffende de coördinatie van het federale beleid inzake duurzame ontwikkeling' evenmin een voorafgaand onderzoek te worden gevoerd omtrent de noodzaak om een effectbeoordeling uit te voeren.

Derhalve dient het zevende lid, waarin sprake is van het voorafgaand onderzoek omtrent de noodzaak om zulk een effectbeoordeling uit te voeren, te vervallen.

Dispositief

Artikel 4

Onverminderd algemene opmerking 1 blijkt dat artikel 4 van het ontwerp, in het bijzonder paragraaf 3 van dat artikel, specifieke verplichtingen oplegt naargelang het gaat om het « Waals Gewest », de « Duitstalige Gemeenschap », het « Brussels Hoofdstedelijk Gewest » of de « Vlaamse Gemeenschap ».

De grondwettelijke beginselen van gelijkheid en non-discriminatie vereisen dat er een redelijke en objectieve rechtvaardiging bestaat voor dat onderscheid (8).

Artikel 6

Artikel 6 § 1, 4^e, van het ontwerp verwijst naar het koninklijk besluit van 17 maart 1997 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten'.

Dat besluit is opgeheven bij artikel 35 van het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten', dat in werking is getreden op 1 januari 2005.

Het is naar dat besluit dat in voorkomend geval verwezen dient te worden in de ontworpen tekst, die dienovereenkomstig herzien moet worden.

Artikel 28

De uitvoering van het ontwerpbesluit moet gewaarborgd blijven over de wisseling van ministers of van hun bevoegdheidsverdeling heen. De uitvoeringsbepaling van een koninklijk besluit moet nauwkeurig de bevoegdheid vermelden krachtens welke de uitvoering moet worden bewerkstelligd.

En conséquence, l'article 28 sera rédigé comme suit :

« Art. 28 Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté » (9).

Annexe

Dans l'intitulé de l'annexe, il y a lieu d'omettre les mots « Annexe à l'arrêté royal du ». La référence à l'arrêté royal auquel l'annexe est jointe résulte en effet de la formule finale de l'annexe (10).

Il y a lieu également de donner un intitulé à cette annexe (11).

Notes

(1) Note de bas de page 1 de l'avis cité : Tant le protocole n° 3 que l'avenant 3 doivent être considérés comme un accord de coopération au sens de l'article 92bis de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. Dès lors, ils ne peuvent avoir d'effet s'ils n'ont pas reçu l'assentiment de tous les législateurs concernés (voir avis 42.377/ AG du Conseil d'Etat, section de législation, du 20 mars 2007, Doc. parl., Parl. wall., 2006-2007, n° 607/1, p. 39). Jusqu'à présent, seul le Parlement de la Région wallonne a donné son assentiment aux textes concernés (décret du 12 juillet 2007 portant approbation du protocole n° 3 et de ses avenants, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées). Les considérations qui précèdent n'empêchent pas les auteurs du projet de tenir compte du contenu de ce protocole et de son avenant, à condition naturellement qu'il y ait un fondement juridique soit suffisant pour adopter le régime en projet.

(2) Note de bas de page 2 de l'avis cité : voir article 5, § 1^{er}, II, 58, de la loi spéciale du 8 août 1980.

(3) Note de bas de page 3 de l'avis cité : voir article 5, § 1^{er}, I, 18, de la loi spéciale précitée.

(4) Note de bas de page 4 de l'avis cité : voir Cour constitutionnelle, n° 33/2001 du 13 mars 2001, B.3.3

(5) Pour une observation similaire, voir l'avis 46.416/1 donné le 30 avril 2009 par la section de législation du Conseil d'Etat sur un projet devenu l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles.

(6) Conformément à l'article 3, § 1^{er}, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, l'avis du Conseil d'Etat sur le texte en projet sera alors annexé au rapport au Roi. Cet avis doit être publié au *Moniteur belge* en même temps que le rapport au Roi et le texte de l'arrêté royal.

(7) Pour une observation similaire, voir l'avis 46.416/1 précité.

(8) En un sens similaire, voir l'avis 46.416/1 précité.

(9) Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires, www.raadvst-consetat.be, onglet « Technique législative », recommandation n° 167 et formule F 4-7-1.

(10) Voir en ce sens l'avis 46.416/1 précité.

(11) Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires, www.raadvst-consetat.be, onglet « Technique législative », recommandation n° 172.

Le greffier,
A.-C. Van Geersdaele.

Le président,
Y. Kreins.

Artikel 28 moet dan ook als volgt worden geredigeerd :

« Art. 28 De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit » (9).

Bijlage

In het opschrift van de bijlage dienen de woorden «Bijlage bij het koninklijk besluit van» weggelaten te worden. De verwijzing naar het koninklijk besluit waarbij de bijlage is gevoegd, blijkt immers uit de slotformule van de bijlage. (10)

Die bijlage dient eveneens voorzien te worden van een opschrift. (11)

Nota's

(1) Voetnoot 1 van het geciteerde advies : Zowel het protocol nr. 3, als het aanhangsel nr. 3, vallen te beschouwen als een samenwerkingsakkoord in de zin van artikel 92bis van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en vereisen derhalve dat alle betrokken parlementaire vergaderingen ermee instemmen opdat de betrokken akkoorden gevolg zouden kunnen hebben (zie advies 42.377/ AG van de Raad van State, afdeling wetgeving, van 20 maart 2007, Parl. St. Parl. wallon, 2006-2007, nr. 607/1, 39). Tot op heden heeft enkel het parlement van het Waalse Gewest met de betrokken teksten ingestemd (decreet van 12 juli 2007 "portant approbation du protocole n° 3 et de ses avenants, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées"). Een en ander belet niet dat de stellers van het ontwerp kunnen rekening houden met hetgeen is overeengekomen in het betrokken protocol en bijhorend aanhangsel, mits uiteraard voldoende rechtsgrond voorhanden is voor de ontworpen regeling.

(2) Voetnoot 2 van het geciteerde advies : zie artikel 5, § 1, II, 5^o, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

(3) Voetnoot 3 van het geciteerde advies : zie artikel 5, § 1, I, 1^o, van de voornoemde bijzondere wet.

(4) Voetnoot 4 van het geciteerde advies : zie Grondwettelijk Hof, nr. 33/2001 van 13 maart 2001, B.3.3

(5) Voor een vergelijkbare opmerking, zie advies 46.416/1, op 30 april 2009 door de afdeling Wetgeving van de Raad van State verstrekt over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56 § 2, eerste lid, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

(6) Overeenkomstig artikel 3, § 1, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, dient het advies van de Raad van State over de ontworpen tekst bij het verslag aan de Koning gevoegd te worden. Dat advies moet bekendgemaakt worden in het *Belgisch Staatsblad* gelijktijdig met het verslag aan de Koning en de tekst van het koninklijk besluit.

(7) Voor een vergelijkbare opmerking, zie het voornoemde advies 46.416/1.

(8) In vergelijkbare zin, zie het voornoemde advies 46.416/1.

(9) Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten, www.raadvst-consetat.be, tab « Wetgevingstechniek », aanbeveling 167 en formule F 4-7-1.

(10) Zie in die zin het voornoemde advies 46.416/1.

(11) Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten, www.raadvst-consetat.be, tab « Wetgevingstechniek », aanbeveling 172.

De griffier,
A.-C. Van Geersdaele.

De voorzitter,
Y. Kreins.

17 AOUT 2013 — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité peut conclure des conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, remplacé par la loi du 10 août 2001;

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

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 30 janvier 2013

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 4 février 2013

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 6 mars 2013

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 17 avril 2013

Vu l'avis n° 53.248/2 du Conseil d'Etat, donné le 22 mai 2013, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1° des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973

Considérant que, vu l'évolution démographique escomptée, l'offre de soins actuelle doit être étendue afin de rencontrer les besoins à venir.

Considérant que face au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des soins, l'Etat fédéral et les Communautés et Régions doivent collaborer par rapport à une série d'objectifs qui figurent dans le troisième protocole d'accord du 13 juin 2005 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 dans ses avenants, et qu'ils doivent en assurer le suivi dans le cadre des travaux du groupe de travail « soins aux personnes âgées » de la Conférence interministérielle Santé publique et, plus particulièrement, le suivi des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins pour des personnes âgées fragiles concernés par le présent arrêté, dont l'objectif est, à terme, de les intégrer dans le paquet des prestations pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pourra être prévue;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

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

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

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

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

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

4° « Participants » :

a) « Partenaire » : service, groupement ou institution de soins, d'aide ou de services, y compris les services intégrés de soins à domicile (SISD), qui est indispensable dans la prestation du soin innovant dans le cadre d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles.

En vue de la réalisation d'un projet, plusieurs partenaires s'associent en concluant entre eux un accord de collaboration, dans lequel, le rôle de chaque partenaire doit être précisé.

Les partenaires, représentés par le coordinateur administratif, doivent conclure avec le Comité de l'assurance la convention visée à l'article 2

17 AUGUSTUS 2013 — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende, geïntegreerde en multidisciplinaire, zorg voor kwetsbare ouderen

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, vervangen door de wet van 10 augustus 2001;

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

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 30 januari 2013

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 4 februari 2013

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 6 maart 2013

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 17 april 2013

Gelet op het advies 53.248/2 van de Raad van State, gegeven op 22 mei 2013 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1° van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973

Overwegende dat omwille van de te verwachten demografische evolutie, het huidige zorgaanbod moet worden uitgebreid om tegemoet te komen aan de toekomstige behoeften.

Overwegende dat in het licht van de vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal zorgbehoevende ouderen, de Federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten samen moeten werken rond een aantal doelstellingen die opgenomen zijn in het derde protocolakkoord van 13 juni 2005 gesloten tussen de Federale Regering en de Overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet over het te voeren ouderenzorgbeleid, alsook in zijn aanhangsels, en dat ze de opvolging ervan in het kader van de werkzaamheden van de werkgroep «Ouderenzorgbeleid» van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid moeten waarborgen, in het bijzonder van de projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen die worden bedoeld in dit besluit en waarvan het de bedoeling is om ze op termijn, binnen het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, op te nemen in het pakket van verstrekkingen waarvoor een vergoeding kan worden voorzien;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK 1. — *Algemene bepalingen*

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

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

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

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

4° « Deelnemers » :

a) « Partner » : dienst, groepering of instelling voor verzorging, hulp- of dienstverlening, inclusief de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT), en die onontbeerlijk is om de innoverende zorg te verlenen in het kader van een project van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

Met het oog op de verwezenlijking van een project sluiten verschillende partners zich hierbij aan door onderling een samenwerkingsakkoord te sluiten waarin de rol van elke partner moet aangegeven worden.

De partners, vertegenwoordigd door de administratieve coördinator, moeten de overeenkomst bedoeld in artikel 2 met het Verzekeringscomité sluiten;

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

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

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

a) soit, il satisfait à un des critères suivants :

i. soit le bénéficiaire est dépendant physiquement : il est dépendant pour se laver et s'habiller, et il est dépendant pour le transfert et les déplacements et/ou aller à la toilette;

ii. soit le bénéficiaire est dépendant psychiquement : il est désorienté dans le temps et dans l'espace, et il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller;

Les niveaux de dépendance physique et psychique sont respectivement évalués conformément aux dispositions des §§ 1^{er} et 2 de l'article 151 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

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

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

Une personne âgée fragile ne peut être incluse simultanément dans plusieurs projets, que ce soit dans des projets visés par cet arrêté royal ou dans des projets du 1^{er} appel.

7° « Equivalent MRS » : la valeur en euro associée au coût moyen par jour à charge de l'assurance obligatoire soins de santé d'un patient séjournant en MRS lors de la conclusion du troisième avenant au Protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, 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 qui concerne les formes alternatives de soins et de soutien aux soins. Cette valeur est égale à 65,69 euros et est liée à l'indice 119,62 du 1^{er} décembre 2012 (base 2004 = 100);

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

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

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

c) représentants des SISD;

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

e) représentants des administrations de l'INAMI, des Services publics Fédéraux Santé publique et Sécurité sociale et facultativement des Communautés/ Régions;

9° « 1^{er} appel » : réfère à l'appel à projets réalisé en exécution de l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles.

§ 2 Le Groupe de travail visé au § 1^{er}, 8°, a les missions suivantes :

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

2° établir un projet de l'accord de collaboration visé à l'article 12

3° établir un projet du schéma standard visé à l'article 14

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

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

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

a) ofwel beantwoordt hij aan een van de hierna vermelde criteria :

i. ofwel is de rechthebbende fysisch afhankelijk : hij is afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én hij is afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en/ of om naar het toilet te gaan;

ii. ofwel is de rechthebbende psychisch afhankelijk : hij is gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én hij is afhankelijk om zich te wassen en/ of te kleden;

De fysieke en psychische afhankelijkheidsniveaus worden respectievelijk geëvalueerd conform de bepalingen van §§ 1 en 2 van het artikel 151 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 betreffende de uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

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

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

Een kwetsbare oudere kan niet tegelijkertijd geïnccludeerd zijn in meerdere projecten, zowel in deze die zijn bedoeld in dit besluit als deze die zijn bedoeld in de eerste oproep.

7° « RVT-equivalent » : dit is de waarde in euro gekoppeld aan de gemiddelde kostprijs per dag ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van een patiënt in een RVT op het moment van de afsluiting van het derde aanhangsel bij het Protocol-akkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005 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 alternatieve en ondersteunende zorgvormen. Deze waarde is gelijk aan 65,69 euro gekoppeld aan de index 119,62 van 1 december 2012 (basis 2004 = 100);

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

a) leden van het Verzekeringscomité : geneesheren, kinesitherapeuten, logopedisten, apothekers, ziekenhuizen, verzekeringsinstellingen;

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

c) vertegenwoordigers van de GDT;

d) leden van de werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid – ouderenzorg;

e) vertegenwoordigers van de administraties van het RIZIV, van de Federale Overheidsdiensten Volksgezondheid en Sociale Zekerheid en, facultatief van de Gemeenschappen/ Gewesten;

9° « 1^{ste} oproep » : refereert naar de oproep aan projecten, tot stand gebracht in uitvoering van het KB van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

§ 2 De Werkgroep bedoeld in § 1, 8°, heeft volgende opdrachten :

1° een ontwerp opmaken van de overeenkomst bedoeld in artikel 2

2° een ontwerp opmaken van het samenwerkingsakkoord bedoeld in artikel 12

3° een ontwerp opmaken van het standaardschema bedoeld in artikel 14

4° établir une proposition de description détaillée des critères de fond visés à l'article 18;

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

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

7° élaborer un projet pour les rapports visés à l'article 23;

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

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

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

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

Art. 3 L'intervention visée à l'article 6 est accordée pour des prestations de santé fournies à des personnes âgées rendues fragiles à cause d'affections chroniques qui nécessitent une approche multidisciplinaire et intégrée.

Ces prestations de santé ne sont pas couvertes par l'assurance obligatoire soins de santé. Elles sont nécessaires pour postposer ou éviter le placement dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins et appartiennent à une des 2 catégories suivantes :

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

2° Catégorie 3 – Des soins intégrés délivrés par plusieurs prestataires de soins afin de garantir la continuité des soins et du soutien aux soins de personnes âgées fragiles qui font appel à différents fournisseurs de soins;

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

Art. 4 § 1^{er}. Le nombre maximum d'équivalents MRS qui entrent en considération pour l'application du présent arrêté est fixé par Communauté/Région à :

	Equivalents MRS		RVT-Equivalents
Région wallonne	23,91	Waals Gewest	23,91
Communauté flamande	83,47	Vlaamse Gemeenschap	83,47
Région de Bruxelles-Capitale	16,87	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	16,87
Communauté germanophone	2	Duitstalige Gemeenschap	2

Le nombre d'équivalents MRS par Communauté/Région est réparti comme suit entre les catégories :

	Nombre d'équivalents MRS par catégorie par Communauté/Région			Aantal RVT equivalenten per catégorie per Gemeenschap/Gewest	
	Catégorie 2	Catégorie 3		Catégorie 2	Catégorie 3
Région wallonne	0	23,91	Waals Gewest	0	23,91
Communauté flamande	83,47		Vlaamse Gemeenschap	83,47	
Région de Bruxelles-Capitale	Max. 5,52	Min 11,35; max. 16,87	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Max. 5,52	Min 11,35; max. 16,87
Communauté germanophone	0	2	Duitstalige Gemeenschap	0	2

§ 2 En cas de dénonciation ou de modification de la convention conclue entre un projet du 1^{er} appel et le Comité de l'assurance, les équivalents MRS sont ajoutés à ceux qui sont prévus dans cet arrêté. Ils sont ajoutés aux équivalents MRS de la Communauté/Région dont ils

4° een voorstel opmaken van een uitgebreide beschrijving van de inhoudelijke criteria bedoeld in artikel 18;

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

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

7° een ontwerp opmaken van de rapporten bedoeld in artikel 23;

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

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

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

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

Art. 3 De in artikel 6 bedoelde tegemoetkoming wordt verleend voor geneeskundige verstrekkingen aan ouderen die omwille van chronische aandoeningen kwetsbaar zijn en een multidisciplinaire en geïntegreerde aanpak vergen.

Voor deze geneeskundige verstrekkingen is geen tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voorzien, doch ze zijn noodzakelijk om een opname in een rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis uit te stellen of te vermijden en ze behoren tot een van de 2 volgende categorieën :

1° Categorie 2 – Geïntegreerde zorgactiviteiten verleend door de diensten en inrichtingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12° van de wet aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie ter aanvulling en ondersteuning van de al bestaande zorgverlening;

2° Categorie 3 – Geïntegreerde zorgverlening door meerdere zorgverleners teneinde de continuïteit van de verzorging en zorgondersteuning voor kwetsbare ouderen die op verschillende zorgaanbieders beroep doen, te verzekeren;

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

Art. 4 § 1. Het maximum aantal RVT-equivalenten dat in aanmerking wordt genomen voor de toepassing van dit besluit wordt per Gemeenschap/Gewest vastgelegd op :

Het aantal RVT-equivalenten wordt per Gemeenschap/Gewest als volgt verdeeld over de categorieën :

§ 2 In geval van opzegging of van aanpassing van een overeenkomst gesloten tussen een project uit de eerste oproep en het Verzekeringscomité worden de RVT equivalenten toegevoegd aan de RVT-equivalenten die zijn voorzien in dit besluit. Zij worden toegevoegd aan

proviennent initialement. La condition à cela est que la dénonciation ait lieu entre le 1^{er} juillet 2012 et la date à laquelle la sélection des projets visée à l'article 20 s'est déroulée.

Dans le cas où la convention d'un projet du 1^{er} appel est dénoncée afin de permettre son intégration dans un projet dans le cadre du présent arrêté, les équivalents MRS relatifs à ce projet dans le 1^{er} appel sont ajoutés aux équivalents MRS qui sont prévus dans cet arrêté.

En cas de dénonciation ou de modification de la convention conclue entre un projet du 1^{er} appel et le Comité de l'assurance ou en cas de dénonciation ou de modification de la convention qui est conclue en application du présent arrêté, et que cette dénonciation intervient après la date à laquelle la sélection visée à l'article 20 a eu lieu, les équivalents MRS relatifs à cette convention sont soit ajoutés, par le Comité de l'assurance, au budget destiné au développement et au soutien de l'implémentation du BelRAI prévu au point 21 de l'avenant n° 7 Protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, 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 qui concerne les formes alternatives de soins et de soutien aux soins, soit utilisés dans le cadre d'un troisième appel à projets.

§ 3 En application du point 10, alinéa 4, du protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, les Communautés et Régions ont l'obligation de prévoir de nouveaux emplois. Au moins 70 emplois temps plein doivent être créés dans les services de soins infirmiers à domicile et ce dans le cadre des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins destinés à des personnes âgées fragiles.

L'ensemble des équivalents MRS de la Région wallonne est destiné à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social de 2005 du secteur non-marchand.

L'ensemble des équivalents MRS de la Communauté germanophone est destiné à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social de 2005 du secteur non-marchand.

Parmi les équivalents MRS de la Région de Bruxelles-Capitale, 11,35 doivent être destinés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social de 2005 du secteur non-marchand.

La Communauté flamande a atteint ses objectifs en matière de création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social du secteur non-marchand, par les projets financés dans le cadre de l'arrêté royal du 2 juillet 2009 susmentionné.

S'il apparaît que la création effective d'emplois n'est pas conforme aux dispositions contenues dans le point 10, alinéa 4, du protocole du 13 juin 2005, le Comité de l'assurance peut conclure par priorité des conventions avec les projets permettant de répondre à ces obligations.

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

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

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

Art. 6. § 1^{er}. L'intervention telle que fixée dans la convention visée à l'article 2 couvre, le cas échéant :

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

a) sous réserve que les conditions particulières visées au § 2 soient réunies : les soins dispensés par des praticiens de l'art infirmier, en ce compris les activités infirmières effectuées par des aides-soignants selon les modalités prévues dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, mais à l'exclusion des prestations portées en compte via la nomenclature;

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

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

de RVT-équivalents van de Gemeenschap/Gewest waarvan de oorspronkelijke RVT-équivalents afkomstig waren. De voorwaarde hier toe is dat de opzegging is gebeurd tussen 1 juli 2012 en de datum waarop de selectie zoals bedoeld in artikel 20 gebeurt.

In geval de overeenkomst van een project uit de eerste oproep wordt opgezegd om zijn integratie mogelijk te maken in een project in het kader van dit besluit, worden de RVT-équivalents die betrekking hebben op dat project uit de eerste oproep toegevoegd aan de RVT-équivalents die zijn voorzien in dit besluit.

In geval van opzegging of van aanpassing van de overeenkomst tussen een project uit de eerste oproep en het Verzekeringscomité of in geval van opzegging of van aanpassing van de overeenkomst die is gesloten in toepassing van dit besluit, en deze opzegging is gebeurd na de datum waarop de selectie zoals bedoeld in artikel 20 is gebeurd, dan worden de RVT-équivalents, die betrekking hebben op die overeenkomst, door het Verzekeringscomité ofwel toegevoegd aan het budget bestemd voor de ontwikkeling en de ondersteuning van de implementatie van het BelRAI voorzien in punt 21 van het Aanhangsel nr. 7 bij het Protocolakkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005 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 alternatieve en ondersteunende zorgvormen, ofwel gebruikt in het kader van een derde projectoproep.

§ 3 Met toepassing van punt 10, vierde lid, van het akkoordprotocol n°3 van 13 juni 2005 zijn de Gemeenschappen en Gewesten de verplichting aangegaan om te voorzien in nieuwe arbeidsplaatsen. Tenminste 70 voltijdse arbeidsplaatsen dienen gecreëerd te worden in de diensten voor thuisverpleging en dit in het kader van de projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

De totaliteit van de RVT-équivalents van het Waalse Gewest is bestemd voor de creatie van arbeidsplaatsen in de diensten voor thuisverpleging, in het kader van het sociaal akkoord in 2005 van de non-profitsector.

De totaliteit van de RVT-équivalents van de Duitstalige Gemeenschap is bestemd voor de creatie van arbeidsplaatsen in de diensten voor thuisverpleging, in het kader van het sociaal akkoord in 2005 van de non-profitsector.

Bij de RVT-équivalents van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest moeten er 11,35 bestemd worden voor de creatie van arbeidsplaatsen in de diensten voor thuisverpleging, in het kader van het sociaal akkoord in 2005 van de non-profitsector.

De Vlaamse Gemeenschap heeft zijn doelstellingen inzake de creatie van arbeidsplaatsen in de diensten voor thuisverpleging in het kader van het sociaal akkoord van de non-profitsector bereikt aan de hand van de projecten die gefinancierd in het kader van het bovengenoemde koninklijk besluit van 2 juli 2009.

Indien de effectieve creatie van arbeidsplaatsen niet in overeenstemming is met de bepalingen vervat in punt 10, 4de lid, van het protocol van 13 juni 2005, kan het Verzekeringscomité prioritair overeenkomsten sluiten met projecten om alzo aan deze verplichtingen te voldoen.

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

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

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

Art. 6. § 1. De tegemoetkoming zoals vastgelegd in de overeenkomst, bedoeld in artikel 2, dekt in voorkomend geval :

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

a) onder voorbehoud dat de specifieke voorwaarden bedoeld in § 2 zijn vervuld : de verzorging verleend door verpleegkundigen, inclusief de verpleegkundige activiteiten uitgevoerd door zorgkundigen volgens de voorwaarden vastgelegd in het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, maar met uitsluiting van de verstrekkingen die worden aangerekend via de nomenclatuur;

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

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

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

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

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

3° le coût de la concertation et de la coordination entre les partenaires du projet, y compris le case-management, à l'exclusion de toute forme de concertation et de coordination déjà financée par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou par les Communautés et Régions;

Le médecin généraliste est un acteur important de ces activités de concertation et de coordination. En raison de son rôle central et afin de l'inciter à y participer, une intervention annuelle maximale de 80 euros par patient peut être prévue par le projet à cet effet. Lorsque cette intervention est prévue, son obtention est conditionnée au respect des éléments suivants :

a) utiliser le dossier médical global pour tout patient qui permet au médecin généraliste d'obtenir cette intervention;

b) participer activement aux réunions de concertation et de coordination, en particulier en vue de la réalisation et de l'exécution d'un plan de soins;

c) collaborer pleinement au partage des informations relatives au patient qui sont nécessaires à l'utilisation du BelRAI.

4° les désinfectants (à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique) qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe II, chapitre Ier à IV, de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés, les pansements non imprégnés, les compresses stériles qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe II, chapitre V, de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 précité, le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline);

5° des aides techniques spécifiquement destinées au maintien de la personne âgée à domicile, en tenant compte des règles d'amortissement reprises dans le schéma standard visé à l'article 13, à concurrence de maximum 10% de l'intervention visée à l'article 21;

6° la formation et la sensibilisation du personnel visé au point 1° ainsi que des soignants formels ou informels directement impliqués dans la prise en charge de la personne âgée fragile incluse dans le projet en leur qualité d'« autres participants », ainsi que des volontaires tels que définis par la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, nécessaires à l'exécution des tâches constitutives du projet à l'exception des formations à l'utilisation du RAI et éventuellement la formation et la sensibilisation;

7° la formation et la sensibilisation de la personne âgée fragile incluse dans le projet ainsi que de son aidant proche;

8° une intervention dans le coût de l'enregistrement, de la gestion et de la transmission des données ainsi que les frais liés aux obligations relatives à la protection de la vie privée pour l'échange et la transmission des données à hauteur de 181,71 euros par patient (indice 119,62 du 1^{er} décembre 2012, base 2004 = 100).

9° une intervention dans les frais administratifs et de facturation avec un maximum de 10% de l'intervention visée à l'article 21;

10° une intervention dans les frais de déplacement du personnel dans l'exécution des tâches visées au point 1° qui s'élève au 1^{er} juillet 2013 à 0,3461 euros par kilomètre;

11° les frais de fonctionnement liés aux soins, à savoir :

a) les coûts liés aux interventions dans le projet d'autres participants qui ne sont pas couverts par la nomenclature ou une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

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

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

2° de farmaceutische verstrekkingen met uitsluiting van de aflevering van geneesmiddelen, zuurstof, diagnostische middelen, medische voeding en medische hulpmiddelen die niet specifiek bestemd zijn voor het behoud van de oudere in zijn thuisomgeving;

3° de kosten van het overleg en de coördinatie tussen de partners van het project, met inbegrip van het case management en met uitzondering van elke vorm van overleg en van coördinatie die al door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of door de Gemeenschappen/Gewesten wordt gefinancierd.

De huisarts is een belangrijke actor in de activiteiten van overleg en coördinatie. Omwille van zijn centrale rol, en teneinde zijn deelname eraan aan te moedigen, kan het project hiervoor een jaarlijkse tegemoetkoming van maximum 80 euro per patiënt voorzien. 1. Als in die tegemoetkoming wordt voorzien, kan ze worden verkregen als de volgende voorwaarden zijn nageleefd :

a) gebruik maken van het globaal medisch dossier voor elke patiënt die daarvoor toestemming geeft aan zijn huisarts;

b) actief deelnemen aan overleg- en coördinatiebijeenkomsten in het bijzonder met het oog op de opmaak en uitvoering van een zorgplan;

c) volledige samenwerking wat betreft het delen van informatie over de patiënt die noodzakelijk is voor het gebruik van BelRAI;

4° de ontsmettingsmiddelen (uitgezonderd de ontsmettingsmiddelen voor gynaecologie, voor mond- en oogverzorging) die niet terugbetaalbaar zijn ter uitvoering van Bijlage II, hoofdstuk I tot en met IV, van het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoet komt in de kosten van magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten, de niet-geïmpregneerde verbanden, de steriele compressen die niet terugbetaalbaar zijn ter uitvoering van Bijlage II, hoofdstuk V, van het voornoemde koninklijk besluit van 12 oktober 2004, het onderhuids en/of intramusculair injectiemateriaal (uitgezonderd insuline-sputen);

5° technische hulpmiddelen die specifiek bedoeld zijn om de oudere in zijn thuissituatie te houden, waarbij rekening gehouden wordt met de afschrijvingsregels zoals opgenomen in het standaardschema zoals bedoeld in artikel 13. De kost hiervan kan maximum 10% bedragen van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 21;

6° de opleiding en sensibilisering van het personeel bedoeld in punt 1° alsook van de formele of informele zorgverleners die als « andere deelnemers » rechtstreeks betrokken zijn bij de tenlasteneming van de kwetsbare oudere die in het project is opgenomen, alsook van de vrijwilligers zoals bepaald bij de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers die nodig zijn voor de uitvoering van de taken die deel uitmaken van het project met uitzondering van de opleiding voor het gebruik van het RAI-instrument en eventueel de opleiding en sensibilisering;

7° de opleiding en de sensibilisering van de kwetsbare oudere die in het project is opgenomen alsook van zijn mantelzorgers;

8° een tegemoetkoming in de kosten voor de registratie, het beheer en de overdracht van de gegevens en de kosten in verband met de verplichtingen van het privacybeleid voor de uitwisseling en de overdracht van de gegevens voor een bedrag van 181,71 euro per patiënt (index 119,62 van 1 december 2012, basis 2004 = 100);

9° een tegemoetkoming in de administratiekosten en de kosten voor facturering met een maximum van 10% van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 21;

10° een tegemoetkoming in de verplaatsingskosten van het personeel bij de uitvoering van de taken opgesomd in punt 1° die vanaf 1 juli 2013 0,3461euro per kilometer bedraagt;

11° de verzorgingsgebonden werkingskosten zoals :

a) de kosten verbonden aan interventies van de andere deelnemers aan het project die niet gedekt zijn door de nomenclatuur of door een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

b) les coûts liés à l'achat de matériels rendus nécessaires en vue de la réalisation et/ou de l'organisation du soin par le projet au domicile de la personne âgée.

Ces coûts sont limités à concurrence de maximum 10 % de l'intervention visée à l'article 21.

§ 2. L'intervention prévue au § 1^{er}, 1^o a) est conditionnée au respect de conditions supplémentaires dans certaines circonstances particulières :

1^o pour les projets de soins infirmiers à domicile de nuit, l'intervention telle que définie à l'article 6 peut également couvrir des prestations infirmières pour lesquelles une intervention existe déjà dans le cadre de la nomenclature pour autant que ces prestations soient fournies entre 22 h et 6 h, qu'elles ne puissent être réalisées de jour et qu'elles soient indispensables au maintien à domicile de la personne âgée fragile;

2^o pour les projets qui souhaitent engager des aides-soignants au sens de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, dans des services de soins infirmiers à domicile, bénéficiant de l'intervention forfaitaire telle que prévue à l'article 37, § 13 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intervention de l'assurance obligatoire est accordée seulement si ces projets répondent, outre les dispositions contenues dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 susmentionné et dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant, également aux dispositions de l'article 56, § 5 de la loi du 14 juillet 1994 inséré par la loi-Programme (I) du 27 décembre 2006.

CHAPITRE 5 — *Caractéristiques minimales des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins et relations entre projets du 1^{er} et du 2^e appel*

Art. 7. Un projet est obligatoirement constitué au minimum des partenaires suivants :

1^o une institution visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o et 12^o de la loi ou un centre d'accueil de jour reconnu par les Communautés/Régions;

2^o un service de soins infirmiers à domicile;

3^o un service intégré de soins à domicile (SISD) pour autant qu'il en existe un au sein de la zone d'activité;

4^o une structure chargée de la coordination, agréée conformément à la réglementation de la Communauté/Région concernée.

Les cercles locaux de médecins généralistes présents dans la zone d'activité doivent être sollicités à devenir partenaires du projet.

Art. 8 § 1^{er}. Le projet garantit une prise en charge intégrée et multidisciplinaire dans laquelle la personne âgée fragile peut au minimum faire appel à :

1^o des soins médicaux, paramédicaux et non médicaux : l'approche (para)médicale comprend les (I)ADL et le soutien psychosocial;

2^o une permanence 24 h/24 pendant laquelle la personne âgée fragile ou son aidant proche doit pouvoir prendre contact à tout moment avec le projet;

3^o une intervention adaptée en cas de situation de crise;

4^o une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée respectant la liberté de choix du patient : il y a différentes disciplines actives dans les soins au patient. Le projet prévoit une fonction complémentaire de manière concertée, l'intégration des disciplines supplémentaires nécessaires et assure une orientation adéquate.

§ 2. Le projet ne peut pas développer une prestation qui existe déjà au sein de la zone d'activité. A fin de respecter cette disposition et celle du § 1^{er}, le projet se trouve dans l'obligation de développer une collaboration avec la structure ou le prestataire responsable de cette prestation.

Dans le cas particulier où cette prestation est fournie par un projet du 1^{er} appel, deux options sont possibles :

a) soit le projet du 1^{er} appel fonctionne indépendamment du projet du 2^e appel. Dans ce cas, le projet du 2^e appel fait appel à la prestation du projet existant. Considérant les dispositions de l'article 1^{er}, § 1^{er}, 6^o, 2^e alinéa, le projet du premier appel n'est pas rémunéré dans la cadre de sa convention avec le Comité de l'assurance pour l'activité fournie à un patient pris en charge dans le cadre du projet du 2^e appel. Le projet du 1^{er} appel porte donc en compte à celui du 2^e

b) de les coûts liés à l'achat de matériels rendus nécessaires en vue de la réalisation et/ou de l'organisation du soin par le projet au domicile de la personne âgée.

Ces coûts sont limités à concurrence de maximum 10 % de l'intervention visée à l'article 21.

§ 2. De tegemoetkoming voorzien in § 1,1^o a), wordt in bepaalde specifieke omstandigheden afhankelijk gesteld van de naleving van aanvullende voorwaarden :

1^o voor de projecten inzake thuisverpleging 's nachts, kan de tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 6 ook verpleegkundige verstrekkingen dekken waarvoor reeds een tegemoetkoming bestaat in het kader van de nomenclatuur voor zover deze verstrekkingen worden verricht tussen 22 u. en 6 u., dat zij overdag niet kunnen uitgevoerd worden en dat zij absoluut noodzakelijk zijn om de kwetsbare oudere in zijn thuissituatie te kunnen houden;

2^o voor de projecten die zorgkundigen in de zin van het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, wensen aan te werven in diensten voor thuisverpleging die de forfaitaire tegemoetkoming genieten zoals voorzien in artikel 37, § 13 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging slechts toegekend indien deze projecten niet alleen beantwoorden aan de bepalingen van het bovenvermeld koninklijk besluit van 12 januari 2006 en van het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige, maar eveneens aan de bepalingen van artikel 56, § 5 van de wet van 14 juli 1994 ingevoegd bij de Programmawet (I) van 27 december 2006.

HOOFDSTUK 5 — *Minimale kenmerken van de projecten voor alternatieve en ondersteunende zorgen en verbanden tussen projecten uit 1ste en 2e oproep*

Art. 7. Een project is samengesteld uit minstens de volgende partners :

1^o een inrichting bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11^o en 12^o van de wet of een door de Gemeenschappen/Gewesten erkend dagverzorgingscentrum;

2^o een dienst voor thuisverpleging;

3^o een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) voor zover er een bestaat binnen het werkingsgebied;

4^o een structuur belast met de coördinatie, die daartoe reeds erkend is volgens de regelgeving van de betrokken Gemeenschap/Gewest.

De lokale huisartsenkringen die actief zijn in het werkingsgebied moeten worden uitgenodigd om partner te worden in het project.

Art. 8 § 1. Het project garandeert een geïntegreerde en multidisciplinaire tenlasteneming waarbij de kwetsbare oudere minstens beroep kan doen op :

1^o medische, paramedische en niet-medische' zorg : de (para-) medische benadering gaat gepaard met (I)ADL en psychosociale ondersteuning;

2^o een permanentie van 24 u/24 u waar de kwetsbare oudere of zijn mantelzorger op elk moment contact mee kan opnemen;

3^o een gepaste tussenkomst in geval van crisissituatie;

4^o een gecoördineerde multidisciplinaire tenlasteneming met respect voor de keuzevrijheid van de patiënt : er zijn verschillende disciplines actief in de zorg rond de patiënt. Het project voorziet bijkomend een functie die zich toespit op de onderlinge afstemming, de inschakeling van bijkomende disciplines waar nodig en het verzekeren van een gerichte doorverwijzing.

§ 2. Het project kan geen verstrekking ontwikkelen die reeds bestaat in het werkingsgebied. Teneinde deze bepaling en deze van § 1 te respecteren, is het project verplicht om een samenwerking aan te gaan met de structuur of de zorgverstrekker die deze verstrekking aanbiedt.

In het specifieke geval dat deze verstrekking aangeboden wordt door een project uit de 1ste oproep, zijn er 2 opties mogelijk :

a) ofwel functioneert het project uit de eerste oproep los van het project uit de 2de oproep. In dit geval moet het project uit de 2de oproep beroep doen op de verstrekking van het bestaande project. De bepalingen van het artikel 1, § 1, 6^o, 2e alinea in acht genomen, wordt het initiatief van de eerste oproep niet vergoed in het kader van zijn overeenkomst met het Verzekeringscomité voor de zorg aan een patiënt opgenomen in het kader van een project uit de 2e oproep. Het project

appel un montant qui ne peut être supérieur à celui qui aurait été perçu dans le cadre de sa convention avec le Comité de l'assurance;

b) soit le projet du 1^{er} appel devient un partenaire du projet, auquel cas la convention avec le projet du 1^{er} appel prendra automatiquement fin le jour de l'entrée en vigueur de la convention entre le projet du 2^e appel et le Comité de l'assurance.

Si le projet du 1^{er} appel n'est pas partenaire du projet, il est alors renseignée comme autre participant.

Si une prestation innovante souhaitée par le projet, telle que définie à l'article 3, n'est offerte par aucun prestataire ou structure dans la zone d'activité, alors le projet peut la développer.

Art. 9. La prise en charge multidisciplinaire et intégrée visée à l'article 8 § 1^{er} requiert la réalisation de concertations multidisciplinaires et d'une coordination assurée par une des structures visées aux points 3 et 4 du premier alinéa de l'article 7.

Le projet optimise l'articulation entre la concertation et la coordination dans un souci d'efficacité et dans l'intérêt du patient. Ceci implique de tenir compte, entre autres :

- des législations respectives des Communautés/ Régions en matière de coordination;
- du respect des exigences de qualifications et/ ou de compétences des divers acteurs en fonction de la nature des missions à exercer;
- de l'utilisation du BelRAI tout au long de la prise en charge du patient en vue de l'élaboration du plan de soins, notamment sur base des CAP.

Art. 10. Afin de maîtriser le coût de l'intervention par patient, l'offre de prise en charge est répercutée sur un nombre minimal de patients à prendre en charge simultanément, fixé à 25.

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

Art. 11. La convention visée à l'article 2 fixera les éléments suivants :

- 1° l'identité des partenaires du projet;
- 2° l'identité du coordinateur administratif chargé des relations administratives et financières avec l'INAMI et le nom de la personne de contact visés à l'article 15;
- 3° les objectifs à atteindre par le projet;
- 4° la description de l'organisation pour atteindre ces objectifs;
- 5° l'engagement de moyens en vue d'atteindre ces objectifs et leurs coûts;
- 6° la garantie que le personnel pendant la durée de l'équivalent temps plein pour lequel il est engagé et financé par le projet ne reçoit pas d'autre financement;
- 7° la détermination de l'intervention;
- 8° l'obligation de conclure l'accord de collaboration visé à l'article 12;
- 9° les règles en matière de facturation et de paiement;
- 10° les règles en matière d'échange de données visé au chapitre 10;
- 11° la durée de validité de la convention, les modalités de résiliation de la convention;
- 12° les règles pour la révision intermédiaire de l'intervention.

CHAPITRE 7 — Accord de collaboration entre partenaires

Art. 12. Les projets doivent définir leur lien de collaboration. Celui-ci doit être formalisé dans un accord de collaboration selon le modèle fixé par le Comité de l'assurance sur proposition du Groupe de travail et reprenant au moins les points suivants :

- 1° l'énumération des partenaires;
- 2° l'apport des différents partenaires au projet;
- 3° coordination, concertation, liaison et organisation;
- 4° le déroulement de la communication entre les différents partenaires;

uit de 1ste oproep rekent bijgevolg aan het project uit de 2de oproep een bedrag aan dat niet hoger mag liggen dan het bedrag dat men zou ontvangen hebben in het kader van zijn overeenkomst met het Verzekeringscomité;

b) ofwel wordt het project uit de 1ste oproep partner in het project. Desgevallend wordt de overeenkomst met het project uit de 1ste oproep automatisch beëindigd op de dag waarop de overeenkomst tussen het project uit de 2de oproep en het Verzekeringscomité in voege treedt.

Indien het project uit de 1ste oproep geen partner is van het project, wordt ze als andere deelnemer beschouwd.

Indien een door het project gewenste innovatieve verstrekking door geen enkele zorgverlener of structuur in het werkingsgebied aangeboden wordt, kan het project dit zelf ontwikkelen.

Art. 9. De geïntegreerde en multidisciplinaire tenlasteneming, zoals bedoeld in artikel 8 § 1, vereist multidisciplinaire overlegmomenten en een coördinatie door een van de structuren zoals bedoeld in punten 3 en 4 van de eerste alinea van artikel 7.

Het project optimaliseert het op elkaar aansluiten van het overleg en de coördinatie met het oog op efficiëntie en in het belang van de patiënt. Dit houdt in dat men onder meer met de volgende factoren rekening houdt :

- de respectieve wetgevingen van de Gemeenschappen/ Gewesten op het vlak van coördinatie;
- de naleving van de kwalificatie- en/ of competentievereisten van de verschillende actoren in functie van de aard van de uit te voeren opdrachten;
- het gebruik van de BelRAI gedurende de volledige tenlasteneming van de patiënt met het oog op de opstelling van het zorgplan, meer bepaald op basis van de CAP's.

Art. 10. Om de interventiekost per patiënt te beheersen, wordt het zorgaanbod berekend op een minimum aantal patiënten dat tegelijkertijd ten laste wordt genomen, vastgesteld op 25.

HOOFDSTUK 6 — Overeenkomst tussen het project en het Verzekeringscomité

Art. 11. In de in artikel 2 bedoelde overeenkomst zullen de volgende elementen worden vastgelegd :

- 1° de identiteit van de partners van het project;
- 2° de identiteit van de administratief coördinator; belast met administratieve en financiële relaties met het RIZIV, en de naam van de contactpersoon bedoeld in artikel 15;
- 3° de te bereiken doelstellingen van het project;
- 4° de beschrijving van de organisatie om deze doelstellingen te bereiken;
- 5° de inzet van middelen om de doelstellingen te bereiken, en de kostprijs ervan;
- 6° de garantie waarbij het personeel tijdens het voltijds equivalent dat ze zijn tewerkgesteld en gefinancierd binnen het project geen andere financiering ontvangen;
- 7° de bepaling van de tegemoetkoming;
- 8° de verplichting tot het sluiten van het samenwerkingsakkoord bedoeld in artikel 12;
- 9° de regels met betrekking tot facturering en betaling;
- 10° de regels met betrekking tot gegevensuitwisseling bedoeld in hoofdstuk 10;
- 11° de geldigheidsduur, de opzeggingsmodaliteiten van de overeenkomst;
- 12° de regels voor de tussentijdse herziening van de tegemoetkoming.

HOOFDSTUK 7 — Samenwerkingsakkoord onder partners

Art. 12. De projecten moeten hun samenwerkingsverband beschrijven. Dat samenwerkingsverband dient geformaliseerd te worden in een samenwerkingsakkoord volgens het model dat op voorstel van de Werkgroep door het Verzekeringscomité wordt vastgelegd en waarin minstens de volgende punten zijn opgenomen :

- 1° de opsomming van de partners;
- 2° de inbreng van de verschillende partners in het project;
- 3° coördinatie, overleg, liaison en organisatie;
- 4° het verloop van de communicatie tussen de verschillende partners;

- 5° l'instrument d'évaluation utilisé;
- 6° la collecte et le flux de données;
- 7° la tenue des dossiers patients;
- 8° l'organisation d'un secrétariat;
- 9° l'affectation de l'intervention;

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

CHAPITRE 8. — Procédure de sélection

Art. 13. Les partenaires d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins, candidats à la signature d'une convention avec le Comité de l'assurance dans les conditions prévues par le présent arrêté doivent introduire leur projet auprès de l'INAMI, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, dans les 91 jours qui suivent l'entrée en vigueur du présent arrêté royal au Moniteur Belge, sous forme papier et sous forme électronique à l'adresse e-mail protocol3@inami.fgov.be

Art. 14. Le Comité de l'assurance fixe un schéma standard à introduire par les promoteurs des projets lors de l'introduction de leur candidature. A cet effet, il appliquera les définitions concernant notamment la désignation du groupe cible, les critères d'inclusion pour les personnes âgées, les instruments à utiliser, les partenaires, la concertation et la coordination, la zone d'activité.

Art. 15. Lorsqu'on pose sa candidature, on doit désigner comme coordinateur administratif un établissement ou service qui dispose d'un numéro d'identification INAMI. Au sein de cet établissement ou service, une personne sera désignée qui fera office de personne de contact avec l'INAMI. L'intervention sera versée sur le numéro de compte de cet établissement ou service.

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

Lorsque le coordinateur administratif est un service de soins infirmiers à domicile, la Communauté/ Région à laquelle le projet est attribué est déterminée sur base de l'adresse de l'unité d'établissement sélectionnée par ce service. S'il s'agit d'un service de soins infirmiers dont l'adresse est dans la Région de Bruxelles-Capitale, c'est le projet lui-même qui, sur base de la langue dans laquelle le projet est introduit, détermine, en fonction de son organisation, s'il est attribué à la Communauté Flamande ou à la Région de Bruxelles-Capitale. Un projet introduit en français émanera à la Région de Bruxelles-Capitale (Cocof ou Cocom), un projet introduit en néerlandais émanera, en fonction du choix du projet, soit à la Région de Bruxelles-Capitale (Cocom), soit à la Communauté Flamande.

Art. 16. Les projets introduits seront évalués sur la base de critères de forme et de critères de fond.

Art. 17. Le Comité de l'assurance décide si les projets introduits satisfont aux critères de forme suivants après que l'avis des Communautés/ Régions ait été demandé. Ces autorités vérifient si :

- 1° le projet a été introduit dans le délai prévu;
- 2° le projet contient :
 - a) une description du groupe cible et de la zone d'activité;
 - b) une description de l'objectif, des soins à proposer et des résultats escomptés;
 - c) une description des partenaires et des autres participants ainsi que de leurs missions;
 - d) une analyse financière;
- 3° la demande de dérogation liée à l'âge est présente lorsqu'elle est requise;
- 4° le projet cadre avec une des catégories visées à l'article 3 et satisfait à la répartition des équivalents MRS telle que visée à l'article 4

5° le projet fournit une proposition dans laquelle la démarche de coordination et de concertation, et le financement y afférent, correspondent à la législation de la Communauté/ Région concernée. L'analyse financière montre que le projet ne demande aucune intervention pour les activités de coordination et de concertation qui sont déjà prises en charge par la Communautés/ Région.

- 5° het gehanteerde evaluatie-instrument;
- 6° gegevensinzameling en -doorstroming;
- 7° het bijhouden van patiëntendossiers;
- 8° de organisatie van een secretariaat;
- 9° aanwending van de tegemoetkoming;

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

HOOFDSTUK 8. — Selectieprocedure

Art. 13. De partners van een project van alternatieve en ondersteunende zorg die kandidaat zijn voor de ondertekening van een overeenkomst met het Verzekeringscomité onder de voorwaarden die in dit besluit zijn vastgesteld, moeten hun project bij het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel indienen binnen de 91 dagen na de inwerkingtreding van dit koninklijk besluit in het *Belgisch Staatsblad*, zowel op papier als elektronisch op het e-mailadres protocol3@riziv.fgov.be.

Art. 14. Het Verzekeringscomité legt een standaardschema vast dat door de initiatiefnemers van de projecten moet worden gebruikt bij de indiening van hun kandidatuur. Daarbij zal het omschrijvingen hantieren betreffende ondermeer de aanduiding van de doelgroep, de inclusiecriteria voor ouderen, de te gebruiken instrumenten, de partners, het overleg en de coördinatie en het werkingsgebied.

Art. 15. Bij de kandidatuurstelling moet een instelling of dienst die over een RIZIV-identificatienummer beschikt worden aangeduid als administratief coördinator. Binnen deze instelling of dienst zal een persoon worden aangeduid die zal fungeren als contactpersoon naar het RIZIV toe. De tegemoetkoming zal worden gestort op het rekeningnummer van deze instelling of dienst.

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

Indien de administratief coördinator een dienst voor thuisverpleging is, wordt de Gemeenschap/ Gewest waaraan het project wordt toegewezen bepaald op basis van het adres van de vestigingseenheid gekozen door deze dienst. Indien het gaat om een Dienst voor thuisverpleging met adres in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, dan dient dit project, op basis van de taal waarin het project wordt ingediend, zelf, in functie van zijn organisatie, te bepalen of het wordt toegewezen aan de Vlaamse Gemeenschap of aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Een project dat in het Frans wordt ingediend zal aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (FGC of GGC) toebehoren; een project dat in het Nederlands wordt ingevoerd, zal in functie van de keuze van dat project, ofwel aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (GGC) ofwel aan de Vlaamse Gemeenschap toebehoren.

Art. 16. De ingediende projecten zullen worden beoordeeld op basis van formele en inhoudelijke criteria.

Art. 17. Het Verzekeringscomité beslist of de ingediende projecten voldoen aan de volgende formele criteria nadat het advies van de Gemeenschap/ Gewest werd gevraagd. Deze overheden gaan na of :

- 1° het project is ingediend binnen de voorziene termijn;
- 2° bij de indiening zit :
 - a) een beschrijving van de doelgroep en van het werkingsgebied;
 - b) een beschrijving van de doelstelling, van de aan te bieden zorg en van de te verwachten resultaten;
 - c) een beschrijving van de partners en van de andere deelnemers en hun opdrachten;
 - d) een financiële analyse;
- 3° ingeval afwijking wat de leeftijd betreft vereist is, de aanvraag hiertoe aanwezig is;
- 4° het project past binnen één van de categorieën bedoeld in artikel 3 en voldoet aan de verdeling van de RVT-equivalenten zoals bedoeld in artikel 4

5° het project een voorstel doet waarbij de wijze van coördinatie en overleg en de financiering ervan overeenkomen met de regelgeving in de betrokken Gemeenschap/ Gewest. Uit de financiële analyse blijkt dat het project geen tegemoetkoming vraagt voor activiteiten van coördinatie en overleg die reeds door de Gemeenschappen/ Gewesten worden ten laste genomen.

Art. 18. Pour répondre aux objectifs visés à l'article 2, les projets qui satisfont aux conditions de forme visées à l'article 17 seront évalués par le Comité de l'assurance sur la base des 5 critères de fond suivants :

1° description de l'objectif, de la mesure dans laquelle le soin à proposer est innovant et des résultats escomptés : maximum 50 points;

2° description des partenaires et des autres participants ainsi que de leurs missions dans le projet, entre autres, leur diversité, leur complémentarité et l'implication éventuelle d'une association d'usagers ayant un lien avec le groupe-cible du projet : maximum 25 points;

3° description de la démarche de concertation et de coordination au niveau du patient ainsi que de l'organisation prévue au sein du projet afin d'assurer une utilisation multidisciplinaire du BelRAI : maximum 15 points;

4° analyse financière et proposition d'intervention : maximum 15 points;

5° description du groupe cible et de la zone d'activité : maximum 10 points.

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

Art. 19. § 1^{er}. Pour évaluer les projets introduits, 4 jurys sont constitués : 1 pour la Région de Bruxelles-Capitale, 1 pour la Communauté germanophone, 1 pour la Communauté flamande et 1 pour la Région wallonne.

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

Les jurys sont composés comme suit :

1° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les administrations;

2° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les organismes assureurs;

3° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les prestataires de soins (SISD, MRPA/MRS et Services de soins infirmiers à domicile).

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

§ 2. Chaque groupe visé au § 1^{er}, alinéa 3 évalue les projets introduits sur les critères visés à l'article 18 et attribue un score pour chaque critère.

Les scores des trois groupes sont transmis au président du jury qui, par critère visé à l'article 18, prend la moyenne des trois scores et calcule le score total par projet.

S'il apparaît que, le pourcentage d'un des groupes pour un ou plusieurs critères d'un même projet, est inférieur à 50% ou que le score total est inférieur à 60% ou que le pourcentage de deux ou plusieurs groupes pour un ou plusieurs critères ou le score total diffère de 40 ou plus, le jury doit délibérer à ce sujet et les points peuvent être éventuellement adaptés. Le jury doit également délibérer dès qu'un groupe en fait la demande.

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

Art. 18. Om tegemoet te komen aan de doelstellingen bedoeld in artikel 2, zullen de projecten die voldoen aan de formele voorwaarden bedoeld in artikel 17 door het Verzekeringscomité worden geëvalueerd op basis van de volgende 5 inhoudelijke criteria :

1° beschrijving van de doelstelling, van de mate waarin de aan te bieden zorg innovatief is en van de te verwachten resultaten : maximum 50 punten;

2° beschrijving van de partners en van de andere deelnemers en hun opdrachten in het project, onder andere, hun diversiteit, complementariteit en de eventuele betrokkenheid van een gebruikersvereniging die een band heeft met de doelgroep van het project : maximum 25 punten;

3° beschrijving van de wijze van overleg en coördinatie op individueel patiëntniveau alsook de voorziene organisatie binnen het project opdat het multidisciplinair gebruik van BelRAI kan verzekerd worden : maximum 15 punten;

4° financiële analyse en voorstel van tegemoetkoming : maximum 15 punten;

5° beschrijving van de doelgroep en het werkingsgebied : maximum 10 punten.

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

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

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

De jury's worden als volgt samengesteld :

1° 3 effectieve en 3 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de administraties;

2° 3 effectieve en 3 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen;

3° 3 effectieve en 3 plaatsvervangende leden, vertegenwoordigers van de zorgverleners (GDT, ROB/RVT en Diensten voor thuisverpleging).

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

§ 2. Elke groep bedoeld in § 1, derde lid, evalueert de ingediende projecten op de criteria bedoeld in de artikel 18 en kent per criterium een score toe.

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

Indien blijkt dat het percentage van één van de groepen voor één of meerdere criteria van eenzelfde project minder dan 50% bedraagt of de totaalscore minder dan 60% bedraagt of dat het percentage van twee of meerdere groepen voor één of meerdere criteria of voor de totaalscore van eenzelfde project met 40 of meer verschilt, dient de jury hierover te beraadslagen en kunnen de punten eventueel worden aangepast. De jury moet eveneens beraadslagen zodra één groep het vraagt.

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

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

Pour pouvoir être pris en considération, un projet doit obtenir pour les critères visés à l'article 18, un minimum de 69 points sur 115 et au moins la moitié des points pour chaque critère.

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

En cas d'ex aequo, les projets concernés sont classés sur base des points obtenus sur le critère de fond visé à l'article 18, 1°. Lorsque cette comparaison ne permet pas davantage d'établir une différence entre les projets concernés, il sera tenu compte des scores obtenus sur les autres critères mentionnés à l'article 18 dans l'ordre où ils sont repris dans ledit article.

S'il apparaît que les équivalents MRS disponibles d'une Communauté/Région n'ont pas tous été affectés à des projets, le Comité de l'assurance peut décider soit de les ajouter au budget destiné à poursuivre le développement et à soutenir l'implémentation de l'instrument BelRAI telle que prévu au point 2.1 de l'avenant n° 7 au Protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, 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 qui concerne les formes alternatives de soins et de soutien aux soins, soit de les utiliser dans le cadre d'un troisième appel à projets.

CHAPITRE 9. — Détermination de l'intervention

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

CHAPITRE 10. — Rapport et échange de données

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

Art. 23. Les projets sont tenus à un double système de rapport :

1° vis-à-vis de l'INAMI :

la nature des données à transmettre à l'INAMI semestriellement et dans les rapports intermédiaires et final, ainsi que les modalités de ces rapports sont déterminés dans la Convention avec le Comité de l'assurance;

2° vis-à-vis de l'équipe scientifique chargée par l'INAMI du suivi des projets :

les données à transmettre à l'équipe scientifique ont pour objectif de permettre l'évaluation scientifique des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles. Cette évaluation comprend les éléments suivants :

a) une évaluation des patients par les outils suivants, accessibles sur le site web BelRAI, via la plateforme E-Health :

1. InterRAI Resident Assessment Instrument HomeCare (BelRAI-HC);

2. échelle pour mesurer la qualité de vie : WHOQoL-8

3. questionnaire relatif à la charge de travail de l'aidant proche : Zaritburden interview -12

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

Om in aanmerking te komen moet een project, voor de criteria bedoeld in artikel 18, minstens 69 punten behalen op 115 en minstens de helft scoren voor elk criterium.

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

In geval van ex aequo, worden de betrokken projecten gerangschikt op basis van de punten behaald op het inhoudelijk criterium bedoeld in artikel 18, 1°. Indien deze vergelijking evenmin toelaat een onderscheid te maken tussen de betrokken projecten, wordt gekeken naar de scores behaald op de andere criteria vermeld in artikel 18, in de volgorde dat zij zijn opgenomen in dit artikel.

Indien blijkt dat niet alle beschikbare RVT-equivalenten voor een Gemeenschap/Gewest zijn toegewezen aan projecten, kan het Verzekeringscomité beslissen deze ofwel toe te voegen aan het budget bestemd voor de ontwikkeling en de ondersteuning van de implementatie van het BelRAI-instrument voorzien in punt 2.1 van het Aangangsel nr. 7 bij het Protocolakkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005 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 alternatieve en ondersteunende zorgvormen, ofwel te gebruiken in het kader van een derde projectoproep.

HOOFDSTUK 9. — Bepalen van de tegemoetkoming

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

HOOFDSTUK 10. — Rapportering en gegevensuitwisseling

Art. 22. De projecten waarmee een overeenkomst, zoals bedoeld in artikel 2, wordt gesloten, zijn verplicht om gegevens en rapporten te bezorgen.

Art. 23. De projecten dienen een dubbel rapporteringssysteem te hanteren :

1° ten aanzien van het RIZIV :

de aard van de gegevens die halfjaarlijks en die in de tussentijdse en definitieve rapporten aan het RIZIV moeten worden bezorgd, evenals de vorm van deze rapporten, worden vastgelegd in de Overeenkomst met het Verzekeringscomité;

2° ten aanzien van de wetenschappelijke equipe, door het RIZIV belast met de opvolging van de projecten :

de gegevens die aan de wetenschappelijke equipe moeten worden bezorgd, moeten toelaten om de projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen wetenschappelijk te evalueren. Deze evaluatie omvat de volgende elementen :

a) een evaluatie van de patiënten door middel van de volgende instrumenten die ter beschikking staan op de website BelRAI, via het E-Health platform :

1. InterRAI Resident Assessment Instrument Home Care (BelRAI-HC);

2. schaal voor het meten van de levenskwaliteit : WHOQoL-8

3. evaluatieschaal voor het meten van de werklust van de mantelzorg : Zaritburden interview -12

4 questionnaire économique pour évaluer le coût des services et des soins au bénéficiaire qui souhaite rester chez lui, ainsi que le coût pour l'aïdant proche principal. Le coût pour les autorités sera également évalué ici;

b) une évaluation annuelle du projet à partir de trois mois de fonctionnement;

c) une évaluation du processus d'implémentation pour une sélection de projets;

d) un enregistrement des données personnelles dans l'application disponible à l'adresse <http://p3.belrai.org> afin de pouvoir identifier les personnes âgées prises en charge au sein du projet.

Les modalités de ces enregistrements de données sont précisées dans la Convention avec le Comité de l'assurance.

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

CHAPITRE 11. — *Financement des projets*

Art. 25. Les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, est conclue reçoivent une intervention. Cette intervention peut être versée directement par l'INAMI au projet. A partir d'une date devant être déterminée par le Comité de l'assurance et notifiée au moins 3 mois à l'avance au projet, le financement de cette intervention est effectué par les organismes assureurs. A cet effet, une facture doit être introduite par patient à son organisme assureur. Cette intervention peut être exprimée en termes de période de soins ou de paquet de soins.

Art. 26 § 1^{er}. Les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, est conclue reçoivent dans le mois de la signature de la convention une intervention unique de départ, en plus de l'intervention visée à l'article 21.

§ 2 Cette intervention unique de départ est calculée comme suit :

a) pour les projets qui, comme prévu à l'article 8 § 2, b), intègrent un ou plusieurs projets du 1^{er} appel en tant que partenaire, l'intervention unique de départ s'élève à 15 % de la différence entre l'intervention visée à l'article 21 et le budget libéré suite à la dénonciation de la convention du ou des projet(s) du 1^{er} appel concerné(s), telle que prévue à l'article 4, § 2, 2^e alinéa;

b) pour les autres projets, l'intervention unique de départ s'élève à 15 % de l'intervention visée à l'article 21.

Art. 27. Ce financement est accordé pour une période de maximum 48 mois à partir de la date de signature des conventions visées à l'article 2.

Art. 28. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} septembre 2013.

Art. 29. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 août 2013.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,

Mme L. ONKELINX

4 een economische vragenlijst om de kostprijs te meten van de diensten en van de zorg aan de rechthebbende die thuis wenst te blijven, alsook de kostprijs voor de belangrijkste mantelzorger. Hieronder wordt eveneens de kost voor de overheid bedoeld;

b) een jaarlijkse projectevaluatie voor de eerste keer na 3 maand werking;

c) een evaluatie van het implementatieproces voor een aantal geselecteerde projecten;

d) een registratie van persoonlijke gegevens in de applicatie beschikbaar op <http://p3.belrai.org>, teneinde de ouderen die in het project ten laste worden genomen te kunnen identificeren.

De modaliteiten voor deze gegevensregistraties worden bepaald in de Overeenkomst met het Verzekeringscomité.

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

HOOFDSTUK 11. — *Financiering van de projecten*

Art. 25. De projecten waarmee een overeenkomst zoals bedoeld in artikel 2 wordt gesloten, ontvangen een tegemoetkoming. Deze tegemoetkoming kan rechtstreeks door het RIZIV worden gestort aan het project. Vanaf een datum bepaald door het Verzekeringscomité en die minstens 3 maanden van tevoren aan het project werd meegedeeld, gebeurt de financiering van deze tegemoetkoming door de verzekeringsinstellingen. Daartoe moet er per patiënt een factuur worden ingediend bij zijn verzekeringsinstelling. Deze tegemoetkoming kan worden uitgedrukt in termen van een zorgperiode of een zorgpakket.

Art. 26 § 1. De projecten waarmee een overeenkomst zoals bedoeld in artikel 2 wordt gesloten, ontvangen binnen de maand na ondertekening van de overeenkomst, bovenop de tegemoetkoming bedoeld in artikel 21, een eenmalige opstarttegemoetkoming.

§ 2 Deze eenmalige opstarttegemoetkoming wordt als volgt berekend :

a) voor de projecten die, zoals voorzien in artikel 8 § 2, b) een of meerdere projecten uit de eerste oproep integreren als partner, bedraagt de eenmalige opstarttegemoetkoming 15 % van het verschil tussen de tegemoetkoming bedoeld in artikel 21 en het vrijgekomen budget na opzegging van de overeenkomst(en) van het(de) betrokken project(en) uit de eerste oproep, zoals voorzien in het artikel 4, § 2, 2^e lid;

b) voor de andere projecten bedraagt de eenmalige opstarttegemoetkoming 15 % van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 21.

Art. 27. Deze financiering wordt toegekend voor een periode van maximum 48 maanden te beginnen vanaf de datum van ondertekening van de in artikel 2 bedoelde overeenkomsten.

Art. 28. Dit besluit treedt in werking op 1 september 2013.

Art. 29. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 augustus 2013.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,

Mevr. L. ONKELINX

Annexe
« L'échelle de fragilité Edmonton »

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

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 17 août 2013.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,

Mme L. ONKELINX

Bijlage
«De Edmonton-schaal voor kwetsbaarheid»

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

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 17 augustus 2013

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,

Mevr. L. ONKELINX