Nouveau système de financement à partir du 1er janvier 2004
Conventions entre les maisons de repos et les organismes assureurs pour 2004
Questionnaire électronique

Madame,
Monsieur,

L’objet de la présente circulaire est de vous transmettre quelques documents officiels et de vous donner un aperçu des procédures qui devront être suivies en 2004.

1. Nouveau système de financement


Une présentation pédagogique des dispositions contenues dans cet arrêté peut être consultée sur notre site Internet : http://inami.fgov.be, sous la rubrique «dispensateurs de soins» : - maisons de repos.

Il est également possible d’y effectuer une simulation du calcul de votre forfait pour 2004.

En ce qui concerne les centres de soins de jour, rien n’est changé et l’arrêté ministériel du 22 juin 2000 reste toujours d’application. Un questionnaire électronique distinct sera mis à la disposition de ces institutions dans lequel il leur sera demandé d’indiquer les heures prestées par le personnel uniquement dans le centre de soins de jour.

2. Conventions MRPA – MRS pour 2004

Une nouvelle convention nationale MRPA/2004 (voir annexe II) entre en vigueur le 1er janvier 2004 à l’exception des dispositions de l’article 2, § 2, 2°, et § 6 en ce qu’elles visent les prestations de kinésithérapie, qui entreront en vigueur à une date qui reste à fixer par un arrêté royal. Elle est valable jusqu’au 31 décembre 2005 et n’est pas reconduite tacitement.

Une nouvelle convention nationale MRS/2004 (voir annexe III) entre en vigueur le 1er janvier 2004. Elle est valable jusqu’au 31 décembre 2005 et n’est pas reconduite tacitement.
Elles ont été négociées par les représentants des organisations représentatives des maisons de repos et de soins et des maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs.

Il est à noter que le texte de ces conventions n’a subi que des adaptations de pure forme et que le système des avances trimestrielles, notamment, est resté inchangé.

**Adhésion à la convention**

Si vous avez adhéré à la convention MRPA/2003 ou MRS /2003, sauf déclaration écrite contraire de votre part dans les trente jours suivant la date de la présente circulaire, votre adhésion vaut pour cette nouvelle convention qui vous est présentée en annexe II ou III.

Si vous n’avez pas encore adhéré à la convention MRPA/2004 en renvoyant la formule d’adhésion MRPA/2004 jointe au présent document (annexe IV ou V), dûment complétée et signée.

3. **Questionnaire électronique**


Nous vous invitons donc à préparer d’ores et déjà, pour l’ensemble de votre personnel, les données énumérées à l’article 33 de l’arrêté ministériel du 6 novembre 2003 (notamment les numéros nationaux et l’ancienneté barémique), ainsi que les renseignements relatifs aux prestations irrégulières mensuelles et aux remplaçants pour le personnel en fin de carrière.

A noter que, pour tous les patients (bénéficiaires ou non), le nombre de journées facturées devra être indiqué par catégorie de dépendance et non pas par forfait facturé !


En vous remerciant pour votre collaboration, nous vous prions d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de nos sentiments distingués et nous vous souhaitons une bonne année 2004.

Le Fonctionnaire dirigeant f.f.

Dr G. Vereecke,
Médecin inspecteur général.
SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE
F. 2003 - 4507
[C - 2003/23017]

6 NOVEMBRE 2003. — Arrêté ministériel 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

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 37, § 12;
Vu l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, notamment l'article 2;
Vu l'arrêté ministériel du 19 mai 1992 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins;
Vu l'arrêté ministériel du 5 avril 1995 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, pour les prestations visées à l'article 34, § 12, de la même loi;
Vu l'arrêté ministériel du 22 novembre 2001 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités destinée à financer la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées;
Vu la proposition du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, émise le 17 mars et le 16 juin 2003;
Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 25 juin 2003;
Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 8 octobre 2003;
Vu l'avis 35.674/1/V du Conseil d'Etat, donné le 28 juillet 2003, en application de l'article 84, alinéa 1er, 1, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat.

Arrêté :

CHAPITRE Ier. - Définitions

Article 1er. Le présent arrêté est entend par :
1. « Service » : le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;
2. « institution » : l'une des institutions visées à l'article 34, alinéa 1er, 11 et 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (à l'exception des maisons de soins psychiatriques et des centres de soins de jour) ou une institution, constituée une seule entité, composée d'une section agrée comme maison de repos et de soins (MRS) et d'une section agrée comme maison de repos pour personnes âgées (MRPA), si cette entité comporte également un centre de soins de jour, ce dernier n'est pas pris en considération;
3. période de référence » : la période ininterrompue de 12 mois pour laquelle l'ensemble des données relatives aux activités de l'institution sont communiquées au Service. Cette période va du 1er juillet de l'année J au 30 juin de l'année qui suit (J + 1);
4. période de facturation » : la période ininterrompue de 12 mois pour laquelle un quota de journées et une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière sont fixés. Cette période va du 1er janvier au 31 décembre de l'année J + 2;
5. allocation complète » : l'allocation forfaitaire pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 147, § 3, 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;
6. allocation partielle » : une ou plusieurs parties de l'allocation complète;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID
N. 2003 - 4507
[C - 2003/23017]

6 NOVEMBRE 2003. — Ministierel besluit 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 rustoordsen voor bejaarden

De Minister van Sociale Zaken en Pensionen,
Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 37, § 12;
Gelet op het koninklijk besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd, inzonderheid op artikel 2;
Gelet op het ministerieel besluit van 19 mei 1992 tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen;
Gelet op het ministerieel besluit van 5 april 1995 tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen;
Gelet op het ministerieel besluit van 22 november 2001 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bestemd voor de financiering van de opleiding en van de sensibilisering van het personeel voor de palliatieve verzorging in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoordsen voor bejaarden;
Gelet op het voorstel van het Comité voor de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijkssinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gedaan op 17 maart en 16 juni 2003;
Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 25 juni 2003;
Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 8 oktober 2003;
Gelet op het advies 35.674/1/V van de Raad van State, gegeven op 28 juli 2003, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluit :

HOOFDSTUK I. - Definities

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder :
1. « Dienst » : de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijkssinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;
2. « inrichting » : één van de inrichting en bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11 en 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (met uitzondering van de psychiatrische verzorgingstehuizen en de centra voor dagverzorging) of een inrichting die een geheel vormt en is samengesteld uit een sectie die als rust- en verzorgingstehuis (RVT) is erkend en een sectie die als rustoord voor bejaarden (ROB) is erkend; als dat geheel eveneens een centrum voor dagverzorging omvat, dan wordt dit laatste niet in aanmerking genomen;
3. « referentieperiode » : de ononderbroken periode van 12 maanden waarvoor alle gegevens betreffende de activiteit van de inrichting aan de Dienst zijn bezorgd. Deze periode loopt van 1 juli van het jaar J tot 30 juni van het jaar J + 1;
4. « factureringsperiode » : de ononderbroken periode van 12 maanden waarvoor een quota aan dagen en een tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven zijn vastgesteld. Deze periode loopt van 1 januari tot 31 december van het jaar J + 2;
5. « volledige tegemoetkoming » : de forfaitaire tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, bedoeld in artikel 147, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
6. « partiële tegemoetkoming » : één of meerdere delen van de volledige tegemoetkoming.
7. *patients* : l’ensemble des résidents hébergés dans une institution;

8. *nécessitaires* : les patients qui peuvent prétendre à une intervention de l’assurance soins de santé obligatoire pour les prestations visées à l’article 34, alinéa 1er, 11 et 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée, et les patients, hébergés dans une institution ou une partie d’institution, agréée comme maison de repos et de soins, qui peuvent prétendre à une intervention de l’assurance soins de santé obligatoire pour les prestations visées à l’article 1er, 20, de l’arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l’application de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnisités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses;

9. *personnel soignant* : le personnel qui assiste effectivement les praticiens de l’art infirmier dans la dispensation des soins, et aide les patients dans les actes de la vie journalière, la préservation de leur autonomie et le maintien de leur qualité de vie;

10. *personnel de réactivation* : le personnel qui accomplit des tâches de réactivation, de rééducation et de réintégration sociale;

11. *nouvelle institution* : toute institution qui reçoit un nouveau numéro d’accréditation de la part de l’autorité compétente. L’accréditation complémentaire comme maison de repos et de soins n’est pas considéré comme constitutif d’une nouvelle institution. En revanche, une institution qui n’a rien facturé au cours de la période de référence est assimilée à une nouvelle institution, et cela depuis le jour où elle commence à facturer;

12. *journées ou heures assimilées* : les journées ou les heures non prestées mais assimilées à des journées ou des heures de travail dans la mesure où elles ont donné lieu au paiement d’une rémunération par l’institution (notamment les vacances annuelles, les jours fériés, les périodes de maladie couverte par un salaire garanti);

13. *journées ou heures non assimilées* : les journées ou les heures non prestées et non assimilées à des journées ou des heures de travail dans la mesure où elles n’ont pas donné lieu au paiement d’une rémunération par l’institution (notamment les périodes de maladie non couvertes par un salaire garanti, les repos d’accouchement, les congés sans solde). Il faut également y inclure les journées où le membre du personnel est en disponibilité pour cause de maladie ou d’infirmité.

**CHAPITRE II. Des normes de personnel**

*Section Ier.* - Dans les maisons de repos pour personnes âgées

Art. 2. § 1er. Les maisons de repos pour personnes âgées doivent disposer de leur propre personnel infirmier et soignant, salarié ou statutaire, et, s’il y a lieu, de personnel de réactivation, salarié, statutaire, ou lié à l’institution par un contrat d’entreprise. La composition de ce personnel est déterminée compte tenu du nombre de bénéficiaires classés dans chacune des catégories de dépendance visées à l’article 150 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

§ 2. Dans les maisons de repos pour personnes âgées, les normes de personnel par qualification, exprimées en équivalents à temps plein et par trente bénéficiaires, sont les suivantes :

- a) pour la catégorie de dépendance O :
  - 0,25 praticien de l’art infirmier;
  - b) pour la catégorie de dépendance A :
  - 1,20 praticien de l’art infirmier;
  - 0,80 membre du personnel soignant;
  - c) pour la catégorie de dépendance B :
  - 2,10 praticiens de l’art infirmier;
  - 4 membres du p-personel soignant;
  - 0,35 membre du personnel de réactivation;
  - d) pour la catégorie de dépendance C :
  - 4,10 praticiens de l’art infirmier;
  - 5,06 membres du personnel soignant;
  - 0,385 membre du personnel de réactivation;

**Sectie I. In de rustoordien voor bejaarden**

Art. 2. § 1. De rustoordien voor bejaarden moeten over hun eigen loontrekend of statutair verpleegkundig en verzorgingspersoneel beschikken en, indien nodig, over personeel voor reactivering, loontrek- kend, statutair of met de inrichting verbonden door een ondernemings- contract. Bij de samenstelling van dat personeel wordt rekening gehouden met het aantal rechthebbenden die zijn gerangschikt in elk van de afhankelijkheidscategorieën, bedoeld in artikel 150 van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996.

§ 2. In de rustoordien voor bejaarden zijn de personeelsnormen per kwalificatie, uitgedrukt in voltijds equivalent en per dertig rechtheb- benden, de volgende :

- a) voor de afhankelijkheidscategorie O :
  - 0,25 verpleegkundige;
  - b) voor de afhankelijkheidscategorie A :
  - 1,20 verpleegkundige;
  - 0,80 lid van het verzorgingspersoneel;
  - c) voor de afhankelijkheidscategorie B :
  - 2,10 verpleegkundigen;
  - 4 leden van het verzorgingspersoneel;
  - 0,35 personeelslid voor reactivering;
  - d) voor de afhankelijkheidscategorie C :
  - 4,10 verpleegkundigen;
  - 5,06 leden van het verzorgingspersoneel;
  - 0,385 personeelslid voor reactivering;
e) pour les bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance C en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd) :
- 4,10 praticiens de l’art infirmier;
- 6,06 membres du personnel soignant;
- 0,385 membre du personnel de réactivation.

Section 2. - Dans les maisons de repos et de soins

Art. 3. § 1er. Les maisons de repos et de soins doivent disposer de leur propre personnel infirmier et soignant, de leur propre kinésithérapeutes et/ou ergothérapeutes, salariés ou statutaires, et s’il y a lieu, d’autres membres du personnel de réactivation, salariés, statutaires, ou liés à l’institution par un contrat d’entreprise. La composition de ce personnel est déterminée compte tenu du nombre de bénéficiaires classés dans chacune des catégories de dépendance visées à l’article 148 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

§ 2. Dans les maisons de repos et de soins les normes de personnel par qualification, exprimées en équivalents à temps plein et par trente bénéficiaires, sont les suivantes :

a) pour la catégorie de dépendance B :
- 5 praticiens de l’art infirmier;
- 5 membres du personnel soignant;
- 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopéde;

b) pour la catégorie de dépendance C :
- 5 praticiens de l’art infirmier;
- 6 membres du personnel soignant;
- 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopéde;
- 0,5 membre du personnel de réactivation;

c) pour les bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance C en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd) :
- 5 praticiens de l’art infirmier;
- 6,5 membres du personnel soignant;
- 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopéde;
- 0,5 membre du personnel de réactivation;

d) lors de la transmission du questionnaire visé à l’article 32, une institution peut faire la demande expresse au Service d’adapter comme suit la norme visée au point a) au cours d’une période transitoire qui prend fin le 30 septembre 2004 :
- 4 praticiens de l’art infirmier;
- 5 membres du personnel soignant;
- 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopéde.

Section 3. - Les membres du personnel soignant et du personnel de réactivation

Art. 4. § 1er. Les membres du personnel soignant doivent disposer d’au moins une des qualifications suivantes :

Sont assimilées au personnel soignant les personnes qui ont réussi une formation agréée par l’autorité compétente ou une formation qui figure sur une liste dressée par le Ministre fédéral ayant la Santé publique dans ses attributions. Cette liste est communiquée par ce Ministre au Service.

A leur demande, les membres du personnel soignant reçoivent du Service un numéro d’enregistrement attestant leur qualification, à condition de justifier l’une des qualifications susmentionnées ou de produire les pièces justificatives nécessaires.

e) pour les reehbehbender die omwille van hun psychische afhankelijkheid gerangschikt zijn in de afhankelijkheids categorie C (categorie C) :
- 4,10 verpleegkundigen;
- 6,06 leden van het verzorgingspersoneel;
- 0,385 personeelslid voor reactivering.

Sectie 2. - In de rust- en verzorgingstehuizen

Art. 3. § 1. De rust- en verzorgingstehuizen moeten over hun eigen verpleegkundig en verzorgingspersoneel, over hun eigen kinesitherapeuten en/of ergotherapeuten, loontrekkend of statutair, beschikken en, indien nodig, over ander personeel voor reactivering, loontrekkend, statutair of met de inrichting verbonden door een ondernemingscontract. Bij de samenstelling van dat personeel wordt rekening gehouden met het aantal reehbehbenden dat is gerangschikt in elk van de afhankelijkheids categorieën, bedoeld in artikel 148 van het voor volgende koninklijk besluit van 3 juli 1996.

§ 2. In de rust- en verzorgingsstehuizen zijn de personeelsnormen per kwalificatie, uitgedrukt in voltijs equivalent en per dertig reehbehenden, de volgende :

a) voor de afhankelijkheids categorie B :
- 5 verpleegkundigen;
- 5 leden van het verzorgend personeel;
- 1 kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist;

b) voor de afhankelijkheids categorie C :
- 5 verpleegkundigen;
- 6 leden van het verzorgend personeel;
- 1 kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist;
- 0,5 personeelslid voor reactivering;

c) voor de reehbehbenden die omwille van hun psychische afhankelijkheid gerangschikt zijn in de afhankelijkheids categorie C (categorie C) :
- 5 verpleegkundigen;
- 6,5 leden van het verzorgend personeel;
- 1 kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist;
- 0,5 personeelslid voor reactivering;

d) bij het overmaken van de vragenlijst, zoals bedoeld in artikel 32, kan een inrichting uitdrukkelijk vragen aan de Dienst om, gedurende een overgangsfasie die aflopen op 30 september 2004, de norm zoals bedoeld onder het punt a) als volgt toe te passen :
- 4 verpleegkundigen;
- 5 leden van het verzorgend personeel;
- 1 kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist.

Sectie 3. - De leden van het verzorgingspersoneel en het personeel voor reactivering

Art. 4. § 1. De leden van het verzorgingspersoneel moeten over ten minste één van de volgende bekwaamheden beschikken :
- het brevet of diploma secundair onderwijs of studiegetuigschrift secundaire onderwijs of kwalificatiegetuigschrift of het getuigschrift van secundair onderwijs van : gezins- en sanitaire hulp, kinderzorg, verpleegassistenten, leefgroepwerking, gezins- en bejaardenhulp, « aide familiale », bijzondere jeugdzorg, personenzorg, « assistant(e) en gériatrie », « éducation », « moniteur de collectivités », « auxiliaires polyvalentes des services à domicile et en collectivités ».

Met verzorgingspersoneel worden gelijkgesteld de personen die geslaagd zijn in een opleiding die is erkend door de bevoegde overheid of in een opleiding die voorkomt op een lijst die wordt opgemaakt door de Federale Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. De lijst hiervan wordt door deze Minister aan de Dienst meegedeeld.

Op hun verzoek ontvangen de leden van het verzorgingspersoneel van de Dienst een registratienummer ter attestering van hun bekwaamheid, op voorwaarde dat ze één van de voornoemde bekwaamheden bezitten of de noodzakelijke bewijsstukken voorleggen.
§ 2. Les membres du personnel de réactivation doivent disposer d’au moins une des qualifications suivantes :
- gradués ou licenciés en kinésithérapie;
- gradués ou licenciés en logopédie;
- gradués en ergotherapie;
- graduat en thérapeute du travail;
- graduat en sciences de réadaptation;
- diététiciens gradués;
- gradués ou licenciés en orthopédagogie;
- licenciés en psychomotricité;
- licenciés en psychologie;
- assistants psychologues, gradués et assimilés;
- assistants sociaux gradués et assimilés;
- « gegradeerde in de gezinswetenschappen »;
- licenciés en gérontologie;
- éducateurs gradués.

Section 4. — De la continuité des soins

Art. 5. Les institutions qui au cours de la période de référence hébergent en moyenne au moins 10 bénéficiaires classés dans la catégorie B et/ou C et qui au cours de la même période de référence hébergent au moins 40 % de bénéficiaires classés dans la catégorie B et/ou C par rapport au nombre moyen de lits agréé, doivent assurer la continuité des soins de jour comme de nuit par au moins un membre du personnel infirmier, soignant ou de réactivation. Pour ce faire elles disposent au cours de la période de référence d’au moins 5 équivalents temps plein de ce personnel salarié ou statutaire, dont au moins 2 équivalents temps plein pratiquent de l’art infirmier.

CHAPITRE III. — Du calcul de l’allocation forfaitaire

Art. 6. L’allocation complète est composée des parties suivantes :

a) Partie A1 : le financement du personnel normé;
b) Partie A2 : une intervention destinée à encourager l’utilisation de moyens de soins supplémentaires;
c) Partie B : le financement du matériel de soins visé à l’article 147. §§ 1er et 2 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 précité;

d) Partie C : le financement de la fonction palliative;
e) Partie D : une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données;
f) Partie E : le complément fonctionnel pour l’infirmière en chef en MRS;
g) Partie F : l’intervention pour le médecin coordinateur en MRS.

Section 1er. — Partie A1 : le financement du personnel normé

Art. 7. Le financement du personnel normé visé aux articles 2, 3 et 5 couvre le salaire qui, quelle que soit la qualification de ce personnel, est composé des éléments suivants :
a) le salaire mensuel brut;
b) les prestations irrégulières;
c) le double pécule de vacances;
d) la prime de fin d’année;
e) les charges patronales suivant les montants qui sont d’application dans le secteur privé;
f) les primes annuelles de 148,74 et 12,67 euros;
g) deux jours de congé supplémentaires;
h) une intervention dans l’assurance contre les accidents du travail;
ij) une intervention dans le coût du secrétariat social;
i) une intervention dans le coût de la médecine du travail;
j) une intervention dans les frais de déplacement vers et à partir du lieu de travail;
l) une intervention dans le coût des vêtements de travail.

Art. 8. § 1er. Le Service calcule le nombre d’équivalents temps plein par qualification présents dans l’institution au cours de la période de référence.

§ 2. De la détermination du personnel pour réactivation doivent tenir compte des besoins suivants :
- gegradeerden of licentiaaten kinésitherapie;
- gegradeerden of licentiaaten logopédie;
- gegradeerden ergotherapie;
- graduaat arbeidstherapie;
- graduaat readaptatiewetenschappen;
- gegradeerde diëtisten;
- gegradeerden of licentiaaten in de ortho-pedagogie;
- licentiaaten in de psychomotoriek;
- licentiaaten in de psychologie;
- gegradeerde psychologisch assistenten en gelijkgestelden;
- gegradeerde maatschappelijk assistenten en gelijkgestelden;
- gegradeerde in de gezinswetenschappen;
- licentiaaten in de geroentologie;
- gegradeerde opvoeders.

Section 4. — De continuité de la verzorging

Art. 5. De inrichtingen die in de referentieperiode gemiddeld minstens 10 rechthebbenden in de categorie B en/of C huisvesten en die in de referentieperiode minstens t.w.v. het gemiddeld aantal erkende bedden 40 % rechthebbenden huisvesten in de categorie B en/of C, moeten de continuïteit van de verzorging zowel overdag als 's nachts verzekeren door minstens een lid van het verpleegkundig personeel, het verzorgend personeel of het personeel voor reactivering. Daartoe beschikken zij gemiddeld tijdens de referentieteriode over minstens 5 voltijdse equivalenten van dat loontrekkend of statutair personeel, waarvan minstens 2 voltijds equivalenten verpleegkundigen.

HOOFDSTUK III. — De berekening van de forfaitaire tegemoetkoming

Art. 6. De volledige tegemoetkoming bevult de volgende onderdelen :
a) Deel A1 : de financiering van de personeelsnorm;
b) Deel A2 : een tegemoetkoming als aanmoediging voor bijkomende zorgspanningen;
c) Deel B : de financiering van het verzorgingsmateriaal zoals bedoeld in artikel 147, §§ 1 en 2 van het hiervoor vermeld koninklijk besluit van 3 juli 1996;
d) Deel C : de financiering van de palliatieve functie;
e) Deel D : een partiële tegemoetkoming in de beheerskosten en in de kosten voor de gegevensoverdracht;
f) Deel E : het functiecompliment voor de hoofdverpleegkundige in RVT;
g) Deel F : de tegemoetkoming voor de coördinerend geneesheer in RVT.

Section 1. — Deel A1 : de financiering van de personeelsnorm

Art. 7. De financiering van de personeelsnorm zoals bedoeld in de artikelen 2, 3 en 5 dekt de loonkost die voor elke personeelskwalificatie is samengesteld uit :
a) het bruto maandloon;
b) de onregelmatige prestaties;
c) het dubbel vakantiegeld;
d) de eindejaarspremie;
e) de patronale lasten volgens de bedragen die van toepassing zijn in de private sector;
f) de jaarlijkse premie van 148,74 euro en van 12,67 euro;
g) twee bijkomende dagen verlof;
h) een tussenkomst in de arbeidsongevallenverzekering;
i) een tussenkomst in de kosten voor sociale secretariaat;
j) een tussenkomst in de kosten voor interbedrijfsgeneeskundige dienst;
k) een tussenkomst in de kosten voor verplaatsing en naar het werk;
l) een tussenkomst in de kosten voor beroepsledigheid.

Art. 8. § 1. De Dienst berekent het aantal voltijds equivalenten per kwalificatie dat in de inrichting aanwezig is tijdens de referentieperiode.
§ 2. Lors du calcul visé au § 1er, les règles suivantes sont d'application :

1) Pour la période d'occupation à temps plein :
L'équivalent temps plein par trimestre tx =
\[(P/(P + NP)) \times (d1/d2)\]

où :
\[P = \text{nombre de journées prestées et nombre de journées assimilées dans le trimestre tx}\]
\[NP = \text{nombre de jours non assimilés dans le trimestre tx}\]
\[d1 = \text{nombre de jours calendrier d'occupation à temps plein}\]
\[d2 = \text{nombre de jours calendrier au cours du trimestre}\]

2) L'équivalent temps plein pour les membres du personnel occupés à temps partiel :
L'équivalent temps plein par trimestre tx =
\[(P/H)\]

où :
\[P = \text{le nombre d'heures prestées et/ou assimilées au cours du trimestre, à l'exception du nombre d'heures d'occupation à temps plein comme visé au point 1}\]
\[H = \text{nombre de jours du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés légaux, au cours du trimestre, multiplié par } 7.6 \text{ heures par jour}\]

3) L'équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé à l'aide des résultats du calcul aux points 1) et 2) et est égal à :

(somme des équivalents temps plein par trimestre tx pendant la période de référence/nombre de trimestres pendant la période de référence);

b) les membres du personnel qui :
- tombent sous l'application du « manuel social » en application de l'arrêté royal du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand,
- ou qui tombent sous l'application des dispositions de l'article 4, § 1er, 3 de l'arrêté royal du 23 septembre 2002 portant exécution de l'article 59 de la loi programme du 2 janvier 2001 en ce qui concerne les mesures en matière de prestations de travail et la fin de carrière (les "remplaçants")
- ou qui tombent sous l'application des dispositions de l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 24 avril 2002 rendant obligatoire la convention collective de travail du 14 juin 2000, conclue au sein de la Commission paritaire des services de santé, relative à un projet de formation en art infirmier,

ne sont pas pris en considération.

Par contre, le nombre d'heures de dispense de prestations de travail, accordée en exécution de l'arrêté royal du 23 septembre 2002 précite, doit être compris dans l'équivalent temps plein visé au point a).

c) les institutions de moins de 25 lits peuvent faire appel jusqu'au 30 juin 2004 à des praticiens de l'art infirmier qui sont liés à elles par un contrat d'entreprise. Le nombre de ces praticiens de l'art infirmier indépendants est limité à un équivalent temps plein, ce qui correspond à 38 heures par semaine au maximum. Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 3 (continuité des soins) ces praticiens de l'art infirmier indépendants sont exclus.

L'équivalent temps plein d'un praticien de l'art infirmier indépendant par trimestre tx est égal à :
\[(P/D) \text{ où } D = \text{nombre de jours du lundi au vendredi, à l'exclusion des jours fériés légaux, au cours du trimestre, multiplié par } 7.6 \text{ heures par jour}\]

§ 2. Bij de berekening zoals bedoeld in § 1 gelden de volgende regels :

a) het voltijs equivalent van het loontrekkend of statutair personeelslid wordt als volgt bepaald:

1) Voor de periode van voltijdse tewerkstelling :
Het voltijs equivalent per trimester tx =
\[(P/(P+NP)) \times (d1/d2)\]

waarbij :
\[P = \text{aantal gepresteerde en het aantal gelijkgestelde dagen in}
\text{trimester tx}\]
\[NP = \text{aantal niet gelijkgestelde dagen in trimester tx}\]
\[d1 = \text{aantal kalenderdagen van voltijdse tewerkstelling}\]
\[d2 = \text{aantal kalenderdagen in het trimester}\]

2) Het voltijs equivalent voor deeltijds werkende personeelsleden :
Het voltijs equivalent per trimester tx =
\[(P/H)\]

waarbij :
\[P = \text{aantal gepresteerde en/of geassimilleerde uren tijdens het}
\text{trimester, met uitsluiting van het aantal uren van voltijdse tewerkstelling zoals bedoeld onder punt 1)}\]
\[H = \text{aantal dagen van maandag tot vrijdag, met uitsluiting van de}
\text{wettelijke feestdagen, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag}\]

3) Het voltijs equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de berekening in punt 1) en 2) en is gelijk aan :

(som van de voltijs equivalenten per trimester tx in de referentieperiode/ aantal trimesters in de referentieperiode)

b) de personeelsleden die :
- onder de toepassing vallen van de « sociale maribel » in toepassing van het koninklijk besluit van 18 juli 2002 houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profit sector,
- of die onder de toepassing vallen van de bepalingen van artikel 4, § 1, 3 van het koninklijk besluit van 23 september 2002 tot uitvoering van artikel 59 van de programmawet van 2 januari 2001 wat de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan benyt betreft (de zogenaamde vervangers),
- of die onder de toepassing vallen van de bepalingen van artikel 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 24 april 2002 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 14 juni 2000, gesloten in het Parijs Comité voor de gezondheidszaken, betreffende een vormingsproject tot verpleegkundigen,

worden niet in aanmerking genomen.

Daarentegen dient het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat is toegekend in uitvoering van het genoemde koninklijk besluit van 23 september 2002 begrepen te zijn in het voltijs equivalent zoals bedoeld onder punt a).

c) inrichtingen met minder dan 25 bedden kunnen tot 30 juni 2004 beroep doen op verpleegkundigen die met hen verbonden zijn door een ondernemingscontract. Het aantal zelfstandige verpleegkundigen wordt beperkt tot maximum één voltijs equivalent, hetgeen overeenkomt met maximum 38 uur per week. In het kader van de toepassing van de bepalingen van artikel 5 (continuïteit van versorging) worden deze zelfstandige verpleegkundigen uitgesloten.

Het voltijs equivalent van een zelfstandig verpleegkundige is per trimester tx gelijk aan :
\[(P/D) \text{ waarbij } D = \text{aantal dagen van maandag tot vrijdag, met uitsluiting van de}
\text{wettelijke feestdagen, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag}\]
L'équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé au moyen des résultats de la formule précitée et est égal à :

(la somme des équivalents temps plein par trimestre sur le nombre de trimestres au cours de la période de référence).

d) les institutions qui sont confrontées à un manque de personnel infirmier et qui sont dans l’impossibilité d’engager immédiatement du personnel salarié ou statutaire, peuvent faire appel aux services d’une société de travail intérimaire agréée par l’autorité compétente. Dans ce cas, elles doivent motiver ce recours auprès du Service au moyen d’offres d’emploi et de demandes adressées à l’une des instances suivantes : le « Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling in beroepsopleiding » (VDBAB), l’Office communautaire et régional de la formation professionnelle et de l’emploi (FOREm), le « Bruxelles gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling » (BGDA) ou l’Office régional bruxellois de l’emploi (ORBEm). Elles doivent également envoyer au Service une copie des factures sur lesquelles figurent les heures prestées par ce membre du personnel dans l’institution. Le Service peut aussi demander les documents nécessaires d’où il ressort qu’il s’agit d’un praticien de l’art infirmier qualifié. Ce praticien de l’art infirmier peut être pris en considération pour 38 heures par semaine au maximum.

L’équivalent temps plein par trimestre tx est dans ce cas-ci égal à :

[U/D] où :

U = le nombre d’heures prestées au cours du trimestre
D = le nombre de jours du lundi au vendredi, à l’exclusion des jours fériés légaux, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour

L’équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé au moyen des résultats de la formule précitée et est égal à :

(la somme des équivalents temps plein par trimestre tx au cours de la période de référence/le nombre de trimestres au cours de la période de référence).

e) afin d’éviter partiellement ou totalement la réduction prévue à l’article 12, les heures effectivement prestées par le gestionnaire indépendant d’une institution peuvent compenser pour un maximum de 19 heures par semaine un manque dans une qualité déterminée. La fixation du nombre d’heures prestées par trimestre et dans la qualification de ce gestionnaire, est effectuée par le gestionnaire indépendant lui-même dans une déclaration sur l’honneur.

L’équivalent temps plein par trimestre tx est dans ce cas-ci égal à :

[U/D] où :

U = le nombre d’heures prestées au cours du trimestre
D = le nombre de jours du lundi au vendredi, à l’exclusion des jours fériés légaux, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour

L’équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé au moyen des résultats de la formule précitée et est égal à :

(la somme des équivalents temps plein par trimestre tx au cours de la période de référence/le nombre de trimestres au cours de la période de référence).

f) pour le responsable qualifié salarié ou statutaire d’une institution, l’équivalent temps plein est déterminé selon les règles visées au point a) du présent paragraphe. 50 % de cet équivalent temps plein est pris en considération.

g) l’équivalent temps plein par trimestre tx d’un membre du personnel de réactivation indépendant lié à l’institution par un contrat d’entreprise est égal à :

[P/D] où :

P = nombre d’heures prestées au cours du trimestre
D = nombre de jours du lundi au vendredi, à l’exclusion des jours fériés légaux, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour

L’équivalent temps plein au cours de la période de référence est déterminé au moyen des résultats de la formule précitée et est égal à :

(la somme des équivalents temps plein par trimestre tx au cours de la période de référence/le nombre de trimestres au cours de la période de référence).

Het voltijds equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de hiervoor vermelde formule en is gelijk aan :

(som van de voltijds equivalenten per trimester tx in de referentieperiode/aantal trimesters in de referentieperiode).

d) de inzettingen die te kampen hebben met een tekort aan verpleegkundig personeel en die in de onmogelijkheid zijn om ommidellijk loontrekkend of statutair verpleegkundig personeel aan te werven, kunnen beroep doen op de diensten van een door de bevoegde overheidsinstantie ingestelde interim-onderneming. In dat geval dient dit aan de Dienst te worden gemotiveerd aan de hand van aanvragen voor het aanwerven van personeel bij één van de volgendeinstanties : de Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding (VDBAB), de " Office communautaire et régional de la formation professionnelle et de l’emploi" (FOREm), de "Brusselse gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling " (BGDA) of de "Office régional bruxellois de l’emploi" (ORBEm). Aan de Dienst dient eveneens een kopie van de facturen waarop het aantal in de inrichting gepresteerde uren van dit personeelslid staat vermeld, te worden overgemaakt. De Dienst kan ook de nodige documenten vragen waaruit blijkt dat het gaat om een gekwalificeerde verpleegkundige. Een verpleegkundige kan voor maximaal 38 uur per week in aanmerking worden genomen.

Het voltijds equivalent per trimester tx is in dit geval gelijk aan :

[U/D] waarbij :

U = aantal gepresteerde uren tijdens het trimester
D = aantal dagen van maandag tot vrijdag, met uitsluiting van de wettelijke feestdagen, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag

Het voltijds equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de hiervoor vermelde formule en is gelijk aan :

(som van de voltijds equivalenten per trimester tx in de referentieperiode/aantal trimesters in de referentieperiode).

e) om de vermindering zoals bedoeld in artikel 12 gedeeltelijk of volledig te vermijden, kunnen de effectief gepresteerde uren van de zelfstandige beheerder van een inrichting voor maximum 19 uur per week een tekort in een bepaalde kwalificatie compenseren. De bepaling van het aantal gepresteerde uren per trimester en de kwalificatie van deze beheerder, gebeurt door de zelfstandige beheerder zelf, met een verklaring op erewoord.

Het voltijds equivalent per trimester tx is in dit geval gelijk aan :

[U/D] waarbij :

U = aantal gepresteerde uren tijdens het trimester
D = aantal dagen van maandag tot vrijdag, met uitsluiting van de wettelijke feestdagen, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag

Het voltijds equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de hiervoor vermelde formule en is gelijk aan :

(som van de voltijds equivalenten per trimester tx in de referentieperiode/aantal trimesters in de referentieperiode).

f) voor de gekwalificeerde loontrekkende of statutaire verantwoordelijke voor het dagelijks beheer van een inrichting wordt het voltijds equivalent bepaald volgens de regels, bedoeld in a) van onderhavige paragraaf. Hiervan wordt 50 % in aanmerking genomen.

g) het voltijds equivalent per trimester tx van een zelfstandig lid van het personeel voor reactivatie, aan de inrichting gebonden door een ondernemingscontract, is gelijk aan :

[P/D] waarbij :

P = aantal gepresteerde uren tijdens het trimester
D = aantal dagen van maandag tot vrijdag, met uitsluiting van de wettelijke feestdagen, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag

Het voltijds equivalent tijdens de referentieperiode wordt bepaald aan de hand van de resultaten van de hiervoor vermelde formule en is gelijk aan :

(som van de voltijds equivalenten per trimester tx in de referentieperiode/aantal trimesters in de referentieperiode).
§ 3. Pour l’application des dispositions du présent arrêté, une personne physique occupée à temps plein dans une institution est prise en considération pour une durée de travail moyenne de 38 heures par semaine au maximum.

Art. 9, § 1er. Le Service calcule le niveau d’encadrement, en équivalents temps plein et par qualification, dont devrait disposer l’institution pendant la période de référence (norme théorique), et cela suivant les normes visées au chapitre II.

§ 2. Lors du calcul visé au § 1er, les règles suivantes sont d’application :

a) le nombre moyen de bénéficiaires par catégorie est égal à :

[le nombre de journées facturées des bénéficiaires par catégorie de dépendance au cours de la période de référence/le nombre de jours calendrier au cours de la période de référence] ;

b) la norme théorique est obtenue en multipliant le nombre de bénéficiaires par catégorie par la norme du personnel exprimée dans les articles 2 et 3 par 30 bénéficiaires.

Art. 10. Si le personnel présent par qualification, déterminé selon les dispositions de l’article 8, est supérieur ou égal à la norme théorique par qualification comme prévu dans l’article 9, le financement par équivalents temps plein dans certaine qualification est égal au coût salarial visé à l’article 13.

Art. 11. Si l’institution, au cours de la période de référence, ne satisfait pas à la norme théorique pour une ou plusieurs qualifications de personnel visées à l’article 9, ce déficit par qualification peut dans certains cas être compensé par un excédent de personnel salarié dans une autre qualification. Toutefois, cette compensation n’est pas possible lorsqu’il s’agit d’un déficit relatif à la qualification d’un kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopedie par 30 bénéficiaires en MRS.

La hiérarchie suivante est alors d’application :

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

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

c) s’il y a un déficit de personnel de réactivation, un certain nombre de praticiens de l’art infirmier A1 peuvent d’abord combler ce déficit de personnel de réactivation, avant d’être affectés à la norme pour le personnel infirmier. Ce n’est possible que si l’institution dispose de suffisamment de membres du personnel pour satisfaire à la norme globale, en outre, seuls les praticiens de l’art infirmier A1 qui viennent en excédent de 20 % de la norme du personnel infirmier peuvent être pris en considération pour l’application de cette mesure. Le déficit ainsi créé parmi les praticiens de l’art infirmier peut alors être compensé suivant les dispositions du point i) ;

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

e) s’il y a encore un excédent de personnel de réactivation, il faut l’affecter au déficit restant de personnel soignant ;

f) s’il y a un excédent de personnel soignant, il faut l’affecter au déficit restant de praticiens de l’art infirmier.

La compensation est appliquée selon les règles suivantes :

a) le déficit de membres du personnel de réactivation ne peut être compensé que par un excédent de membres du personnel infirmier A1 ;

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

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

Dans cette situation, le montant à financer est déterminé comme suit :

a) pour le personnel qui remplit la norme visée à l’article 8 dans sa propre qualification, le financement par équivalent temps plein pour une certaine qualification est égal au coût salarial visé à l’article 13 ;

b) les règles suivantes sont d’application pour le personnel qui, en application du présent article, est pris en considération pour la compensation d’un déficit de personnel dans une autre qualification :

le praticien de l’art infirmier A1 qui compense un déficit de personnel de réactivation, est indemnisé selon le coût salarial d’un praticien de l’art infirmier A1 ;

§ 3. Voor de toepassing van de bepalingen van dit besluit wordt een fysieke persoon die voltijds in een inrichting is tewerkgesteld, in aanmerking genomen voor een gemiddelde arbeidsduur van maximaal 38 uur per week.

Art. 9, § 1. De Dienst berekent, in voltijds equivalenten, het personeelsniveau, waarover de inrichting moet beschikken tijdens de referentieperiode (theoretische norm) en dit volgens de normen zoals bedoeld in hoofdstuk II.

§ 2. Bij de berekening zoals bedoeld in § 1 gelden de volgende regels :

a) het gemiddeld aantal rechthebbenden per categorie is gelijk aan :

[het aantal gefactureerde dagen van de rechthebbenden per afhankeelijkheidscategorie in de referentieperiode/het aantal kalenderdagen in de referentieperiode] ;

b) de theoretische norm wordt bekeken door het aantal rechthebbenden per categorie te vormen gemiddeld met de personeelsnorm die in de artikelen 2 en 3 is uitgedrukt per 30 rechthebbenden.

Art. 10. Indien het aanwezige personeel per kwalificatie dat wordt bepaald volgens de bepalingen van artikel 8, groter of gelijk is aan de theoretische norm per kwalificatie zoals bedoeld in artikel 9, is de financiering per voltijds Equivalent normgevend met de personeelsnorm die in de artikelen 2 en 3 is uitgedrukt per 30 rechthebbenden.

Art. 11. Indien de inrichting tijdens de referentieperiode één of meerdere personeelskwalificaties niet voldoet aan de theoretische norm zoals bedoeld in artikel 9, kan dit tekort per kwalificatie in een aantal gevallen worden gecompenseerd door een overschot aan loontrekker personeelsleden, of een andere kwalificatie. Deze compensatie is niet mogelijk als het gaat om een tekort in de norm van een kinésithérapeute en/of ergotherapeut en/of logopedie, dat niet de 30 rechthebbenden in het RVT kan bereiken.

Daarbij geldt de volgende hiërarchie :

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

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

c) indien er nog een tekort is aan personeelsleden voor reactivering kunnen een aantal A1-verpleegkundigen vooraleer ze worden toegewezen aan de norm voor verpleegkunde, eerst toewezen worden aan dit tekort aan personeelsleden voor reactivering. Dit is mogelijk op voorwaarde dat de inrichting beschikt over voldoende personeelsleden om de globale norm op te vullen. Enkel de A1 verpleegkundigen die aanwezig zijn bovenop 80 % van de norm van de verpleegkundigen kunnen voor deze manier in aanmerking komen. Het tekort dat op die manier ontstaat bij de verpleegkundigen kan dan gecompenseerd worden volgens de bepalingen van punt b) ;

d) indien er een teveel is aan personeelsleden voor reactivering, dit toewijzen aan het tekort aan verpleegkundigen;

e) indien er nog een teveel is aan personeelsleden voor reactivering, dit toewijzen aan het resterend tekort aan verpleegkundigen;

De compensatie wordt toegepast volgens de volgende regels :

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

b) het tekort aan verpleegkundigen kan voor maximum 20 % worden gecompenseerd door een teveel aan personeelsleden voor reactivering en/of van het verzorgingspersoneel ;

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

In deze situatie wordt het te financieren bedrag als volgt bepaald :

a) voor het personeel dat de norm zoals bedoeld in artikel 8 opvolgt in zijn eigen kwalificatie is de financiering per voltijds equivalent in een bepaalde kwalificatie gelijk aan de loonkost zoals bedoeld in artikel 13 ;

b) voor het personeel dat in toepassing van dit artikel in aanmerking komt voor het compenseren van een tekort aan personeel in een andere kwalificatie gelden de volgende regels :

- de verpleegkundige A1 die een tekort aan personeel voor reactivering compenseert, wordt vergoed volgens de loonkost van een A1 verpleegkundige ;
- le personnel de réactivation qui compense un déficit de praticiens de l'art infirmier est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel de réactivation;

- le personnel soignant qui compense un déficit de praticiens de l'art infirmier est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel soignant;

- le membre du personnel qui compense un déficit de membres du personnel soignant est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel soignant.

Le financement par équivalent temps plein est égal au coût salarial visé à l'article 13.

Art. 12. Si après l'application de l'article 8, § 2, e), et de l'article 11, il subsiste encore un déficit dans une certaine qualification, la réduction suivante est déterminée comme suit :

(le déficit en pourcentage résidant dans cette qualification x le coût salarial par ETP visé à l'article 13 x le déficit d'ETP).

Cette réduction est appliquée au montant calculé à l'article 17.

Art. 13. § 1er. Le coût salarial dépend de l'ancienneté moyenne par qualification dans l'institution. Cette ancienneté moyenne est déterminée par qualification comme suit :

[somme de (l'ancienneté du membre du personnel x ETP de ce membre du personnel)/nombre total ETP dans cette qualification].

Par ancienneté, on entend l'ancienneté bâchémique le dernier jour de la période de référence ou, pour les membres du personnel qui ont quitté l'institution, l'ancienneté bâchémique telle qu'elle est d'application à la date finale du contrat. L'ancienneté bâchémique d'un membre du personnel est au maximum égale à (son âge - 18 ans).

Pour ce calcul, il n'est pas tenu compte des membres du personnel qui travaillent dans l'institution avec un contrat d'intérimaire ou comme gestionnaire avec un statut de travailleur indépendant. Les personnes qui y travaillent en qualité de travailleur indépendant sont comptées avec une ancienneté de zéro année.

Pour un calcul correct de l'ancienneté moyenne par qualification, les institutions doivent communiquer l'ancienneté bâchémique, le nombre de journées et/ou d'heures prestées pour toutes les personnes (salariées, statutaires, travailleurs indépendants, intérimaires) qui travaillaient dans l'institution en tant que praticien de l'art infirmier, personnel de réactivation ou personnel soignant au cours de la période de référence.

§ 2. Le coût salarial pour un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier gradué (A1) s'élève à, si l'ancienneté moyenne dans l'institution pour tous les praticiens de l'art infirmier :

a) est inférieure à 8 ans : 48.643 euros;

b) à partir de 8 ans et moins de 12 ans : 50.029 euros;

c) à partir de 12 ans : 51.811 euros.

§ 3. Le coût salarial pour un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier A2 s'élève à, si l'ancienneté moyenne dans l'institution pour tous les praticiens de l'art infirmier :

a) est inférieure à 8 ans : 44.090 euros;

b) à partir de 8 ans et moins de 12 ans : 45.475 euros;

c) à partir de 12 ans : 47.257 euros.

§ 4. Le coût salarial pour un équivalent temps plein aide soignant s'élève à, si l'ancienneté moyenne dans l'institution pour tous les aides soignants :

a) est inférieure à 6 ans : 36.352 euros;

b) à partir de 6 ans et moins de 10 ans : 36.963 euros;

c) à partir de 10 ans : 38.466 euros.

§ 5. Le coût salarial pour un équivalent temps plein membre du personnel de réactivation et pour un kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un logopéde s'élève à, si l'ancienneté moyenne dans l'institution pour tous les membres de ce personnel :

a) est inférieure à 8 ans : 40.152 euros;

b) à partir de 8 ans et moins de 10 ans : 43.209 euros;

c) à partir de 10 ans : 44.436 euros.

het personeel voor reactivering dat een tekort aan verpleegkundigen compenseert, wordt vergoed volgens de loonkost van een personeelslid voor reactivering;

- de verzorgende die een tekort aan verpleegkundige compenseert, wordt vergoed volgens de loonkost van een verzorgende;

het personeelslid dat een tekort aan verzorgenden compenseert, wordt vergoed volgens de loonkost van een verzorgende.

De financiering per voltijds equivalent is gelijk aan de loonkost zoals bedoeld in artikel 13.

Art. 12. Indien er na toepassing van artikel 8, § 2, e) en artikel 11 nog steeds een tekort is aan personeel in een bepaalde kwalificatie wordt hiervoor de volgende vermindering bepaald :

(het overblijvend procentueel tekort in deze kwalificatie x de loonkost per FTE zoals bedoeld in artikel 13 x aantal FTE tekort).

Deze vermindering wordt toegepast op het bedrag dat in artikel 17 wordt berekend.

Art. 13. § 1. De loonkost is afhankelijk van de gemiddelde ancienniteit per kwalificatie in de inrichting. Deze gemiddelde ancienniteit wordt per kwalificatie als volgt bepaald :

[som van (ancienniteit van het personeelslid x FTE van dit personeelslid)/totaal aantal FTE in deze kwalificatie].

Onder ancienniteit wordt de baremiegke ancienniteit bedoeld op de laatste dag van de referentieperiode of voor de personeelsleden die in de inrichting hebben verbleven, de baremiegke ancienniteit zoals van toepassing op de einddatum van het contract. De baremiegke ancienniteit van een personeelslid is maximum gelijk aan (zijn leeftijd - 18).

Bij deze berekening wordt geen rekening gehouden met de persoeilsleden die in de inrichting werkzaam zijn met een interim-contract, of als beheerder met een statuut als zelfstandige. De personen die er werkzaam zijn op zelfstandige basis worden meegerekend aan een ancienniteit van nul jaar.

Voor een correcte berekening van de gemiddelde ancienniteit per kwalificatie, dienen de inrichtingen de baremiegke ancienniteit, het aantal gepresteerde dagen en/ of uren en de kwalificatie mee te delen voor alle personen (koortrekkenden, statutaires, zelfstandigen, inte-
n interstate) die tijdens de referentieperiode werkzaam waren in de inrichting als verpleegkundige, personeel voor reactivering of als verzorgende.

§ 2. De loonkost voor een voltijds equivalent gegradeerde verpleeg-
kundige (A1) bedraagt, indien de gemiddelde ancienniteit van alle verpleegkundigen in de inrichting :

a) kleiner is dan 8 jaar : 48.643 euro;

b) vanaf 8 jaar en kleiner is dan 12 jaar : 50.029 euro;

c) vanaf 12 jaar : 51.811 euro.

§ 3. De loonkost voor een voltijds equivalent verpleegkundige A2 bedraagt, indien de gemiddelde ancienniteit van alle verpleegkundigen in de inrichting :

a) kleiner is dan 8 jaar : 44.090 euro;

b) vanaf 8 jaar en kleiner is dan 12 jaar : 45.475 euro;

c) vanaf 12 jaar : 47.257 euro.

§ 4. De loonkost voor een voltijds equivalent verzorgende bedraagt, indien de gemiddelde ancienniteit van alle verzorgenden in de inrichting :

a) kleiner is dan 6 jaar : 36.352 euro;

b) vanaf 6 jaar en kleiner is dan 10 jaar : 36.963 euro;

c) vanaf 10 jaar : 38.466 euro.

§ 5. De loonkost voor een voltijds equivalent personeelslid voor reactivering en voor een kinésitherapeut, een ergotherapeut of een logopedist bedraagt, indien de gemiddelde ancienniteit van alle leden van dit personeel in de inrichting :

a) kleiner is dan 6 jaar : 40.152 euro;

b) vanaf 6 jaar en kleiner is dan 10 jaar : 43.209 euro;

c) vanaf 10 jaar : 44.436 euro.
Art. 14. Dans les institutions qui, après l’application des articles 8, 9 et 11, disposent encore d’une réserve en personnel de réactivation, il est tenu compte, lors de la fixation du montant à financer pour la norme de personnel fixée à l’article 17, d’un certain nombre d’équivalents temps plein qui s’élève au maximum à:

\[ \text{nombre moyen de bénéficiaires } 0 \times 0.10 \text{ équivalents temps plein membre du personnel de réactivation} + \text{nombre moyen de bénéficiaires } A \times 0.20 \text{ équivalents temps plein membre du personnel de réactivation})/30 \text{ bénéficiaires.} \]

Le nombre moyen de bénéficiaires 0 et A correspond au nombre calculé en exécution de l’article 9, § 2, a.

Lorsque la réserve visée au premier alinéa est insuffisante pour remplir cet équivalent temps plein de 0,10 ou 0,20/30 bénéficiaires, la différence peut être compensée par un excédent de praticiens de l’art infirmer A1.

Art. 15. Dans les institutions qui ne tombent pas sous l’application de l’article 12 ou de l’article 16, § 1er, alinéa 2, un certain nombre de praticiens de l’art infirmer A1 qui remplissent les normes pour praticiens de l’art infirmer visées aux articles 2 et 3 sont financés suivant les coûts salariaux d’un praticien de l’art infirmer A1. Le nombre de praticiens de l’art infirmer A1 ainsi financés s’élève à 30 % au maximum pour la période qui se situe entre la période théorique concernant les praticiens de l’art infirmer visée à l’article 9.

Art. 16. § 1er. Si l’institution satisfait aux dispositions de l’article 5 et si la norme visée à l’article 2 est inférieure à deux praticiens de l’art infirmer et trois membres du personnel soignant, lors de la fixation du montant à financer pour le personnel normé visé à l’article 17, la base de départ est de deux équivalents temps plein praticiens de l’art infirmer et de trois équivalents temps plein membres du personnel soignant.

Si ce personnel n’était pas présent dans cette institution durant la période de référence, le coût salarial du personnel normé défini à l’article 13 est diminué de 30 %.

§ 2. Dans les institutions qui ne répondent pas aux conditions fixées par l’article 5 et qui n’assurent pas la continuité des soins visée au même article, le financement du personnel répondant à la norme visée à l’article 2 pour les catégories B et C est diminué de 30 %.

Art. 17. Le montant total du financement de la norme de personnel est égal à:

\[ \text{[la somme du nombre d’équivalents temps plein dans une qualification précise x le coût salarial de cette qualification],} \]

où:

- le nombre d’équivalents temps plein est fixé en application des articles 8, 9, 11, 14, 15 et 16;
- le coût salarial est fixé en application des articles 13 et 16, alinéa 2.

Le cas échéant, ce montant est réduit selon les dispositions de l’article 12, sauf en cas d’application des dispositions de l’article 16, §§ 1er, alinéa 2, ou 2.

Le montant du financement de la norme de personnel par jour et par bénéficiaire s’élève à:

\[ \text{[Montant total du financement de la norme de personnel/ nombre de jours facturés pour les bénéficiaires durant la période de référence]} \]

Art. 18. § 1er. Le montant par jour et par bénéficiaire visé à l’article 17 est adapté lorsque dans l’institution, durant la période de référence ou d’un tiers de la période de référence et de la période de facturation, le rapport entre le nombre de lits MRS et le nombre de lits MRPA se modifie.

Le montant de l’adaptation est égal à:

\[ \text{[nombre de lits MRS après adaptation/nombre total de lits après adaptation x (nombre de lits MRS avant adaptation/nombre total de lits avant adaptation) x 15 euros x [nombre de jours entre la date de départ et la période de référence x la date de l’adaptation du rapport avec au maximum le nombre de jours calendrier pendant la période de facturation]/le nombre de jours de la période de facturation}.} \]

§ 2. Le montant par jour et par bénéficiaire visé à l’article 17 est adapté lorsque durant la période de facturation, le rapport entre le nombre de lits MRS et le nombre de lits MRPA se modifie. Cette adaptation a lieu dès que ce rapport se modifie.

Le montant de l’adaptation est égal à:

\[ \text{[nombre de lits MRS après adaptation x (nombre total de lits après adaptation x nombre total de lits avant adaptation) x 15 euros x [nombre de jours entre la date de départ et la période de référence x la date de l’adaptation du rapport avec au maximum le nombre de jours calendrier pendant la période de facturation].} \]
Art. 19. § 1er. Le montant par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1er juillet et le 30 septembre s'élève à :

a) pour la période allant de la date d’agrément au 31 mars de l’année qui suit, ce montant s’élève à 14,05 euros;

b) pour le reste de la période de facturation (du 1er avril de l’année qui suit jusqu’au 31 décembre), ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au quatrième trimestre;

c) le montant de la période de facturation qui suit est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au quatrième trimestre et aux premier et deuxième trimestres de l’année qui suit.

§ 2. Le montant par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1er octobre et le 31 décembre s’élève à :

a) pour la période allant de la date d’agrément au 30 juin de l’année qui suit, ce montant s’élève à 14,05 euros;

b) pour le reste de la période de facturation (du 1er juillet de l’année qui suit jusqu’au 31 décembre), ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au premier trimestre;

c) le montant de la période de facturation qui suit est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond aux première et deuxième trimestres de l’année qui suit celle de l’agrément.

§ 3. Le montant par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1er janvier et le 31 mars s’élève à :

a) pour la période allant de la date d’agrément au 30 septembre suivant, ce montant s’élève à 14,05 euros;

b) pour le reste de la période de facturation (du 1er octobre au 31 décembre) ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au deuxième trimestre de l’année qui suit celle de l’agrément;

c) le montant de la période de facturation qui suit est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au deuxième trimestre de l’année qui suit celle de l’agrément.

§ 4. Le montant par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1er avril et le 30 juin s’élève à :

a) pour la période allant de la date de l’agrément à la fin de la période de facturation en cours (31 décembre) ce montant s’élève à 14,05 euros;

b) le montant de la période de facturation qui suit est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au troisième trimestre (c’est-à-dire le trimestre qui suit celui de l’agrément).

Section 2. - Partie A 2 : intervention destinée à encourager l’utilisation de moyens de soins supplémentaires

Art. 20. Lorsqu’une institution ne tombe pas sous le coup des dispositions de l’article 12 ou de l’article 16, § 1er, alinéa 2, et lorsque le coût salarial total des praticiens de l’art infirmier, du personnel de réaction et du personnel soignant, calculé en fonction du coût visé à l’article 13, est supérieur au montant total du financement de la norme de personnel visée à l’article 17, une intervention supplémentaire est fixée à titre d’incitant pour des efforts supplémentaires au niveau des soins, à condition de satisfaire les conditions suivantes :

- [coût du personnel présent : (coût du personnel financé x tous les patients/bénéficiaires)] est supérieur ou égal à 40,000 euros;

- et que :

  - [coût du personnel présent : (coût du personnel financé x tous les patients/bénéficiaires)]/coût du personnel financier] est supérieur ou égal à 4 %;

- [le coût du personnel présent correspond aux coûts salariaux par qualification visés à l’article 13, multipliés par le nombre d’équivalents temps plein par qualification;]

- le coût du personnel financier correspond au montant total du financement de la norme du personnel visée à l’article 17 ou 19.

Art. 19. § 1. Le bedrag per rechtshelgende en per dag voor een nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 juli en 30 september bedraagt :

a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 31 maart van het jaar dat daarop volgt bedraagt dit bedrag 14,05 euro;

b) voor de rest van de factureringsperiode (van 1 april van het jaar dat daarop volgt tot 31 december) wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het vierde trimester;

c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste en tweede trimester van het jaar dat daarop volgt.

§ 2. Het bedrag per rechtshelende en per dag voor een nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 oktober en 31 december bedraagt :

a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 30 juni van het jaar dat daarop volgt bedraagt dit bedrag 14,05 euro;

b) voor de rest van de factureringsperiode (van 1 juli van het jaar dat daarop volgt tot 31 december) wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste trimester;

c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het eerste en het tweede trimester van het jaar dat volgt op dat van de erkenningsdatum.

§ 3. Het bedrag per rechtshelende en per dag voor een nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 januari en 31 maart bedraagt :

a) voor de periode van de erkenningsdatum tot 30 september bedraagt dit bedrag 14,05 euro;

b) voor de rest van de factureringsperiode (van 1 oktober tot 31 december) wordt dit bedrag berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het tweede trimester van het jaar dat volgt op dat van de erkenningsdatum;

c) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het tweede trimester van het jaar dat volgt op dat van de erkenningsdatum.

§ 4. Het bedrag per rechtshelende en per dag voor een nieuwe inrichting die erkend wordt tussen 1 april en 30 juni bedraagt :

a) voor de periode van de erkenningsdatum tot het einde van de loopte factureringsperiode (31 december) bedraagt dit bedrag 14,05 euro;

b) het bedrag van de daarop volgende factureringsperiode wordt berekend volgens de bepalingen van de artikelen 8 tot 16, waarbij de referentieperiode overeenstemt met het derde trimester (dit is het trimester dat volgt op dat van de erkenningsdatum).

Sectie 2. - Deel A2 : tegemoetkoming als aansoediging voor bijkomende zorgspanningen

Art. 20. Indien een inrichting niet onder de toepassing valt van de bepalingen van artikel 12 of artikel 16, § 1, tweede lid, en indien de totale loonkosten van de verpleegkundigen, het personeel voor reactie- en het verzorgingspersoneel, berekend volgens de kosten zoals bedoeld in artikel 13, hoger is dan het totaal bedrag voor de financiering van de personeelsnorm zoals bedoeld in artikel 17 of 18, wordt een bijkomende tegemoetkoming bepaald als aansoeding voor bijkomende zorgspanningen, op voorwaarde dat :

- [kostprijs aanwezig personeel - (kostprijs gefinancierd personeel x alle patiënten/rechtshelbenden)] groter is of gelijk aan 40,000 euro;

- en dat :

  - [kostprijs aanwezig personeel - (kostprijs gefinancierd personeel x alle patiënten/rechtshelbenden)/kostprijs gefinancierd personeel groter] is of gelijk aan 4 %;

- waarbij :

  - de kostprijs van het aanwezig personeel overeenstemt met de loonkosten per kwalificatie zoals bedoeld in artikel 13, vermenigvuldigd met het aantal voltijden equivalenten per kwalificatie;

  - de kostprijs van het gefinancierd personeel overeenstemt met het totaal bedrag voor de financiering van de personeelsnorm zoals bedoeld in artikel 17 of 18.
L’intervention s’élève alors à 75 % du [coût du personnel présent - (coût du personnel financé) x (tous les patients/bénéficiaires)] avec un maximum de 84 % du coût du personnel financier.

Section 3. - Partie B : le financement du matériel de soins

Art. 21. Le coût par jour d’hébergement et par bénéficiaire pour le matériel de soins visé à l’article 147, § 1er et 2 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 précité s’élève à :

\[
[0.13 \text{ euro x nombre de bénéficiaires Cat 0}] + [0.26 \text{ euro x le nombre de bénéficiaires Cat A}] + [0.39 \text{ euro x le nombre de bénéficiaires Cat B}] + [0.53 \text{ euro x nombre de bénéficiaires Cat C}]/\text{le nombre de bénéficiaires}.
\]

Section 4. - Partie C : le financement de la fonction palliative

Art. 22. L’intervention de l’assurance soins de santé, destinée à financer la formation et la sensibilisation aux soins palliatifs du personnel des institutions, est fixée à 0,27 euro par minute et par patient hébergé classé dans les catégories de dépendance B ou C visées aux articles 148 et 159 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

Cette intervention est accordée aux maisons de repos et de soins, aux maisons de repos pour personnes âgées qui comptent une section qui a reçu un agrément spécial « maisons de repos et de soins » et aux maisons de repos pour personnes âgées qui, pendant la période de référence, ont hébergé en moyenne au moins 25 bénéficiaires classes dans les catégories B et/or C, lesquels représentent au moins 40 % du nombre de lits agréés au cours de la période de référence.

Art. 23. Au moyen de cette intervention, les institutions susvisées organisent une formation continue pour leur personnel dont le nombre total d’heures sur une année dite ci-après « scolaire » (allant du 1er septembre au 31 août) est au moins égal au nombre de patients B et C hébergés dans l’institution au 30 juin précédent.

Les institutions susvisées organisent cette formation soit pour l’ensemble de leur personnel, soit pour certains membres de leur personnel, en fonction des priorités qu’elles déterminent elles-mêmes. Elles veillent en particulier à ce que cette formation soit dispensée par des personnes hautement qualifiées dans le domaine des soins palliatifs.

Lorsque plusieurs membres du personnel de la même institution suivent la même formation en même temps, le décompte final des heures de formation à organiser par l’institution s’effectue en tenant compte du nombre de membres du personnel qui ont suivi cette formation, avec un maximum de 10 personnes par heure de formation.

Art. 24. Pour bénéficier de l’intervention visée à l’article 22, aliénés 1er, les institutions susvisées doivent satisfaire aux conditions suivantes :

1) élaborer une déclaration d’intention dans laquelle est décrite la politique que l’institution entretient en matière des soins palliatifs. Cette déclaration fait l’objet d’une large diffusion et est transmise à tout le moins au Service, à chaque membre du personnel, ainsi qu’aux patients hébergés. Les nouvelles institutions élaborent et diffusent cette déclaration au cours des six mois qui suivent leur agrément;

2) désigner un responsable de l’organisation, au sein de l’institution, des soins palliatifs et de la formation du personnel à la culture des soins palliatifs. Dans les maisons de repos et de soins, ce responsable est normalement le médecin coordinateur et conseiller ou l’infirmier en chef. Dans les maisons de repos pour personnes âgées, ce responsable est de préférence un praticien de l’art infirmier ou un membre du personnel qualifié jouissant déjà d’une certaine expérience en la matière;

3) pour les maisons de repos pour personnes âgées qui ne comptent pas de section bénéficiant d’un agrément spécial « maisons de repos et de soins » : conclure avec une association régionale consacrée aux soins palliatifs une convention prévoyant au moins une concertation périodique, dans les six mois qui suivent leur agrément.

Art. 25. Dans les délais visés à l’article 32, 1, les institutions susvisées transmettent au Service, sur un questionnaire électronique, le mémoire de l’évaluation suivante pour tous les patients décédés au cours de l’année écoulée :

- âge et sexe du patient;
- première date d’admission dans l’institution;
- détermination de la cause de décès;

De la même manière, les institutions spécialisées sont tenues de déterminer pour les patients décédés dans l’institution, dans le délai de cinq ans suivant la date de décès des patients décédés durant l’année civile précédant la date de rédaction de l’intervention survenue en l’année civile qui suit l’année de leur décès.

Section 3. - Deel B : de financiering voor het verzorgingsmaterieel

Art. 21. De kosten per dag huisvesting en per rechthebbende voor het verzorgingsmaterieel zoals bedoeld in artikel 147, § 1 en 2 van het hiervoor vermeld koninklijk besluit van 3 juli 1996 bedraagt:

\[
[0.13 \text{ euro x aantal rechthebbenden Cat 0}] + [0.26 \text{ euro x aantal rechthebbenden Cat A}] + [0.39 \text{ euro x aantal rechthebbenden Cat B}] + [0.53 \text{ euro x aantal rechthebbenden Cat C}]/\text{aantal rechthebbenden}.
\]

Section 4. - Deel C : de financiering van de palliatieve functie

Art. 22. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging die bestemd is voor de financiering van de opleiding en de sensibilisering voor de palliatieve verzorging van het personeel van de inrichtingen, wordt vastgesteld op 0.27 euro per dag en per opgenomen patiënt die is gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie B of C, bedoeld in de artikelen 148 en 150 van voornoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Die tegemoetkoming wordt verleend aan de rust- en verzorgingstehuizen, aan de rustoordens voor bejaarden met een afdeling die een bijzondere erkenning als 'rust- en verzorgingstehuis' heeft, en aan de rustoordens voor bejaarden die tijdens de referentieperiode gemiddeld minstens 25 rechthebbenden in de categorie B en/or C huisvesten die minstens 40 % uitmaken van het aantal erkende bedden in de referentieperiode.

Art. 23. Met de tegemoetkoming organiseren de voorneemde inrichtingen een continue opleiding voor hun personeel, waarvan het totale aantal uren over een jaar dat hierna 'schooljaar' (van 1 september tot 31 augustus) wordt genoemd, minstens gelijk is aan het aantal patiënten B en C die op de vorige 30 juni in de inrichting waren opgenomen.

Rekening houdende met de prioriteiten die ze zelf vaststellen, organiseren de voorneemde inrichtingen die opleiding ofwel voor hun personeel, ofwel voor sommige personeelsleden. Ze zien er in het bijzonder op toe dat die opleiding wordt gegeven door personen die hooggeschoold zijn op het vak van de palliatieve verzorging.

Wanneer verschillende personeelsleden van dezelfde inrichting tegelijkertijd dezelfde opleiding volgen, wordt bij de eindafrekening het aantal uren bepaald op basis van het aantal personeelsleden dat deze vorming heeft gevolgd, met een maximum van 10 personeelsleden per uur vorming.

Art. 24. Om de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 22, eerste lid, te genieten, moeten de voorneemde inrichtingen de volgende voorwaarden vervullen :

1) het opstellen van een intentieverklaring waarin het beleid wordt beschreven dat de inrichting van plan is te volgen op het vak van de palliatieve verzorging. Dit verklaring wordt op grote schaal verspreid en wordt ten minste aan de Dienst, aan elk personeelslid, alsook aan de opgenomen patiënten bezorgd. De nieuwe inrichtingen stellen die verklaring op en verspreiden ze binnen de zes maanden na hun erkenning;

2) het aanwijzen van een verantwoordelijke voor de organisatie binnen de inrichting van de palliatieve verzorging en van de opleiding van het personeel in de cultuur van de palliatieve verzorging. In de rust- en verzorgingstehuizen is die verantwoordelijke persoon normaal de coördinerend en adviesgevend geneesheer of de hoofdverpleegkundige. In de rustoordens voor bejaarden is die verantwoordelijke persoon bij voorkeur een verpleegkundige of een lid van het geschoolde personeel dat al een zekere ervaring op dat vak bezit;

3) voor de rustoordens voor bejaarden die geen sectie hebben met een bijzondere erkenning voor 'rust- en verzorgingstehuizen' : het stellen van een overeenkomst die minstens voorziet in een periodiek overleg, met een regionale vereniging die zich met palliatieve verzorging bezighoudt, binnen de zes maanden na hun erkenning.

Art. 25. Binnen de termijnen bedoeld in artikel 32, 1, bezorgen de voorneemde inrichtingen aan de Dienst op een elektronische vragenlijst waarop het model van de inrichting die in de inrichting wordt verstrekt, de volgende gegevens voor alle patiënten die het afgelopen jaar gestorven zijn :

- leeftijd en geslacht van de patiënt;
- eerste datum van opname in de inrichting;
date à laquelle l’équipe de soins a entamé les soins palliatifs;

date à partir de laquelle le patient répondait aux critères visés à l’article 3, 1er à 5. du décret royal du 2 décembre 1999 déterminant l’intervention de l’assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l’article 34, 14, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994; cette date doit être déterminée par le médecin de famille;

date de la fin d’hébergement dans l’institution;

lieu et date du décès.

L’institution communiquera également, sur le même document, un aperçu de la formation dispensée au cours de l’année scolaire écoulée.

Art. 26. Pour les nouvelles institutions, le Service applique les règles suivantes:

1. Pour les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial « maisons de repos et de soins » et les maisons de repos pour personnes âgées qui remplissent les conditions visées à l’article 22, alinéa 2 le dernier jour du mois qui suit celui de l’agrément, le nombre d’heures de formation à organiser par l’institution est déterminé au moyen de la formule suivante:

$$ H = P \times \frac{M}{12} $$

où :

$ H $ = le nombre d’heures de formation à organiser (arrondi à l’unité supérieure si les deux premières décimales constituent un nombre impair ou égal à 50);

$ P $ = le nombre de patients B et C hébergés dans l’institution le dernier jour du mois qui suit celui de l’agrément;

$ M $ = le nombre de mois compris entre le premier jour du mois qui suit celui de l’agrément et la fin de l’année scolaire en cours.

2. Pour les maisons de repos pour personnes âgées qui ne remplissent pas les conditions visées à l’article 22, alinéa 2 le dernier jour du mois qui suit celui de l’agrément, l’intervention visée à l’article 22, alinéa 1er est octroyée à partir de la première période de facturation qui suit la première période de référence au cours de laquelle ces conditions ont été remplies.

Section 5. Partie D : intervention partielle dans le coût de gestion et de transmission des données

Art. 27. Le coût par journée d’hébergement et par bénéficiaire pour la couverture des coûts de gestion et de transmission des données s’élève à 0,10 euro.

Section 6. Partie E : financement du complément de fonction pour les infirmiers en chef de MRS

Art. 28. Le coût par journée d’hébergement et par bénéficiaire pour la fonction d’infirmier en chef dans la section MRS s’élève à 

$$ [(0,55 \text{ euro} \times \text{n} \text{ombre de bénéficiaires en MRS})/\text{nombre total de bénéficiaires}] $$

Section 7. Partie F : financement du médecin coordinateur en MRS

Art. 29. Le coût par journée d’hébergement et par bénéficiaire pour la fonction du médecin coordinateur dans la section MRS s’élève à 

$$ [(0,47 \text{ euro} \times \text{n} \text{ombre de bénéficiaires en MRS})/\text{nombre total de bénéficiaires}] $$

Ce financement est destiné à rémunérer le médecin coordinateur et conseiller. Les prestations de ce médecin, lié à l’institution au minimum par un contrat d’entreprise, sont en moyenne de 2 heures 20’ par semaine et par 30 bénéficiaires. Un exemplaire du contrat liant le médecin coordinateur et conseiller à la maison de repos et de soins est transmis par l’institution au Service.

CHAPITRE IV. Conditions générales de l’intervention

Section 1er. Allocation complète ou partielle

Art. 30. Pour pouvoir prétendre à l’allocation complète visée à l’article 6, les institutions doivent répondre aux conditions suivantes:

1’ être agréées par l’autorité compétente;

datum waarop het verzorgingsteam de palliatieve verzorging heeft gestart;

datum vanaf wanneer de patiënt beantwoordde aan de criteria, bedoeld in artikel 3, 1 tot 5, van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetekoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuiszorg die bedoeld in artikel 34, 14, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uittesting, gecooördineerd op 14 juli 1994, die datum moet door de huisarts worden vastgesteld;

datum van het einde van het verblijf in de inrichting;

plaats en datum van het overlijden.

De inrichting geeft op datzelfde document eveneens een overzicht van de opleiding die tijdens het afgelopen schooljaar is gegeven.

Art. 26. Voor de nieuwe inrichtingen past de Dienst de volgende regels toe:

1. Voor de rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden die beschikken over een afdeling met een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis en de rustoorden voor bejaarden die de laatste dag van de maand de voorwaarden van artikel 34, 14, zoals voorzien in artikel 22, tweede lid, waarin het aantal uren opleiding dat moet worden georganiseerd door de inrichting vastgesteld met de volgende formule:

$$ H = P \times \frac{M}{12} $$

waarbij:

$ H $ = het aantal uren opleiding dat moet worden georganiseerd (afgerond tot de nauwstbymeenheid als de eerste twee decimale hoger dan of gelijk zijn aan 0,50);

$ P $ = het aantal patiënten B en C dat de laatste dag van de maand die volgt op die van de erkenning in de inrichting zijn opgenomen;

$ M $ = het aantal maanden tussen de eerste dag van de maand die volgt op die van de erkenning en het einde van het lopende schooljaar.

2. Voor de rustoorden voor bejaarden die de laatste dag van de maand die volgt op die van de erkenning niet voldoen aan de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 22, tweede lid, wordt de tegemoetekoming bedoeld in artikel 22, eerste lid, toegekend vanaf de eerste factureringsperiode die volgt op de eerste referentieperiode tijdens welke die voorwaarden zijn vervuld.

Sectie 5. Deel D : partijelijke tegemoetkoming in de beheerskost en in de kost voor de gegevensoverdracht

Art. 27. De kost per dag huishouding en per rechthebbende voor de dekking van de beheerskost en de kost voor de gegevensoverdracht bedraagt 0,10 euro.

Sectie 6. Deel E : financiering van het functioneel complement voor hoofdverpleegkundige in de RVT

Art. 28. De kost per dag huishouding en per rechthebbende voor de functie van hoofdverpleegkundige in de RVT-afdeling bedraagt:

$$ [(0,55 \text{ euro} \times \text{n} \text{umber of rechthebbenden in RVT})/\text{totaal aantal rechthebbenden}] $$

Sectie 7. Deel F : financiering van de coördinerend geneesheer in de RVT

Art. 29. De kost per dag huishouding en per rechthebbende voor de functie van de coördinerend geneesheer in de RVT-afdeling bedraagt:

$$ [(0,47 \text{ euro} \times \text{n} \text{umber of rechthebbenden in RVT})/\text{totaal aantal rechthebbenden}] $$

Deze financiering is bestemd voor de vergoeding van de coördinerend en raadgevend arts. De prestaties van die arts, die op zijn minst door een ondernemingscontract aan de inrichting verbonden is, bedragen gemiddeld 2 uur 20 per week en per 30 rechthebbenden. Een exemplaar van het contract waardoor de coördinerend en raadgevend arts verbonden is aan het rust- en verzorgingstehuis, wordt door de inrichting aan de Dienst bezorgd.

HOOFDSTUK IV. Algemene voorwaarden van de tussenkomst

Sectie 1. De volledige of partijelijke tegemoetkoming

Art. 30. Om aanspraak te kunnen maken op de in artikel 6 bedoelde volledige tegemoetkoming moeten de inrichtingen beantwoorden aan de volgende voorwaarden:

1’ erkend zijn door de bevoegde overheid:
2 pour les maisons de repos et de soins : adhérer à la convention nationale entre les maisons de repos et de soins et les organismes assureurs visée à l’article 47 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée;
3 pour les maisons de repos pour personnes âgées : adhérer à la convention nationale entre les maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs visée à l’article 47 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée;
4 tenir effectivement le dossier de soins individuel visé à l’article 152, § 4, de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 précité;

l’accord sectoriel sur une révision générale des échelles de traitement pour le personnel des secteurs régional et local de la Communauté flamande et des grandes lignes communautaires pour une politique cohérente du personnel dans les administrations locales et régionales (circulaire BA 93/07 du 18 juin 1993 de la Communauté flamande);
- la circulaire du 27 mai 1994 du Ministre des Affaires intérieures et de la Fonction publique du Gouvernement wallon concernant la révision générale des barèmes applicable aux pouvoirs provinciaux et locaux de Wallonie ;
- la Charte sociale du 28 avril 1994 : Harmonisation du statut administratif et révision générale des barèmes pour le personnel des pouvoirs locaux de la Région de Bruxelles-Capitale ;
- le protocole n 59/1 du 13 juin 1991 relatif à l’accord intersectoriel de programmation sociale pour les années 1991-1994 applicable à l’ensemble des services publics :
- l’Allgemeine Revision der Sätze der Gehaltstabellen für die Diensttätigen der öffentlichen Sozialhilfizentren des deutschen Sprachgebiets (Rundschreiben von 11 Januar 1995) ».

Art. 31. Le nombre d’allocations complètes que l’institution peut porter en compte pour ses bénéficiaires au cours de la période de facturation est limité par le quota de journées visé à l’article 2 de l’arrêté royal du 9 juillet 2003 portant exécution de l’article 69, § 4, alinéa 2, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Dès le lendemain du jour où ce quota est atteint, seule une intervention partielle peut encore être portée en compte à tous les organismes assureurs pendant les jours calendrier restants de la période de facturation. Cette intervention partielle est égale au maximum à la somme des parties B, C, D, E et F. La date à laquelle le quota est atteint doit être mentionnée sur les notes de frais.

Section 2 - Communication de données au Service

Art. 32. Les institutions transmettent une fois par an au Service les documents suivants :
1 dans les 60 jours après que le Service en ait fait la demande, un questionnaire électronique clôné complété dont le modèle est fourni par le Service;
2 si le Service en fait la demande, la copie des diplômes du personnel infirmier et/ou de réactivation nouvellement engagé ;
3 si le Service en fait la demande, une copie de la déclaration ONSS ou de la déclaration ONSS-APL comportant l’effectif du personnel, ainsi qu’une copie des contrats d’emploi propres à l’institution ou une copie de la délibération du pouvoir organisateur dans le cas d’un service public ;
4 si le Service en fait la demande, une copie des contrats d’entreprise conclus avec le personnel indépendant visé à l’article 8, § 2, c et g), une copie des factures comprenant le nombre d’heures prélevant pour ce personnel, ainsi que les preuves de paiement ;
5 si le Service en fait la demande, une déclaration d’où il ressort que les avantages visés à l’article 30, § 5, sont bien appliqués ;
6 si le Service en fait la demande, le nombre de lits agréés et la répartition des patients hébergées par catégories de dependance à une date déterminée .
Art. 33. Dans le questionnaire électronique visé à l’article 32, 1, les données suivantes sont notamment reprises par trimestre : 

1. données en rapport avec l’institution : 
   a) le numéro ONSS ou ONSS-APL ; 
   b) le statut ;
   c) la durée moyenne de travail hebdomadaire pour les prestations à temps plein ;
   d) le nombre de journées facturées par catégorie de dépendance et par mutualité pour les patients non reçus au point d) ;
   e) le nombre de journées facturées par catégorie de dépendance et par mutualité pour les patients non reçus au point d) ;

2. données relatives à l’ensemble du personnel infirmier, soignant et de réactivation : par personne : 
   a) nom et prénom ;
   b) numéro d’inscription au registre national ;
   c) nombre de journées prestées et/ou assimilées comme visé à l’article 8, § 2, a) ;
   d) nombre de journées non assimilées comme visé à l’article 8, § 2, a) ;
   e) nombre de journées prestées et/ou assimilées comme visé à l’article 8, § 2, a) ;
   f) nombre d’heures prestées comme visé à l’article 8, § 2, c), d), e) et g) ;
   g) la qualification professionnelle ;
   h) le statut : salarié ou statutaire, intérimaire, indépendant, responsable salarial et / ou statutaire, indépendant et les informations relatives aux dispositions visées à l'article 8, § 2, d) ;
   i) s’il s’agit d’un nouveau membre du personnel ou si l’engagement a pris fin, la date du début et/ou de la fin ;
   j) l’ancienneté barémique visée à l’article 13 ;

3. les données visées à l’article 25 en rapport avec la fonction palliative.

CHAPITRE V. - Dérangements et sanctions

Art. 34. Lorsqu’une maison de repos pour personnes âgées n’a pas adhéré à la convention entre les maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs, le montant de l’allocation, complète ou partielle, due à cette institution, ou à l’institution dont elle constitue une partie intégrante, est diminué de 25 %.

Art. 35. Si les données visées à l’article 32, 1 ne sont pas transmises dans le délai imparti et si l’institution ne répond pas dans les quinze jours au rappel que lui envoie le Service à l’expiration de ce délai, le montant des parts A1, A2 et C de l’allocation due à l’institution est diminué de 25 % lorsque l’institution transmet les données susvisées dans les 120 jours qui suivent l’expiration du délai visé à l’article 32, 1.

Si les données visées à l’article 32, 1 sont transmises avec un retard de plus de 120 jours, l’institution ne pourra prétendre qu’à l’allocation partielle visée à l’article 31, alinéa 2, diminuée de la partie C.

Art. 36. La restriction visée à l’article 8, § 2, e), qui limite les heures du gestionnaire à prendre en considération à un maximum de 19 heures au lieu de 38 heures par semaine, et la restriction visée au point d) du même article, qui limite l’équivalent temps plein du responsable qualifié salarié ou statutaire d’une institution à prendre en considération à 50 % au lieu de 100 %, sont appliquées pour la première fois pour le calcul de l’intervention à partir du 1er janvier 2005.

Art. 37. Si, pendant la première période de référence et après l’application des articles 8, § 2, e), et 11, il subsiste encore un déficit de personnel infirmier et si ce déficit résulte d’un accident du travail, d’une maladie de plus d’un mois ou d’un repos d’accouchement ou d’allaitement d’un ou plusieurs praticiens de l’art infirmier employés par l’institution, le déficit peut être comblé par du personnel de réactivation, salarié ou statutaire, jusqu’à 50 % des normes pour le personnel infirmier à condition que l’institution puisse établir avoir tout mis en œuvre pour recruter le personnel infirmier nécessaire, au moyen des éléments suivants :

- la copie des offres d’emploi parues régulièrement dans la presse ;
- la copie des demandes adressées à l’une des instances énumérées à l’article 8, § 2, d), et des réponses de ces instances ;
- et la copie des demandes adressées à des sociétés de travail intermédiaire et des réponses de ces sociétés.

Art. 33. En la elektronische vragenlijst zoals bedoeld in artikel 32, 1, worden onder meer de volgende gegevens opgenomen per trimester :

1. gegevens met betrekking tot de inrichting :
   a) het RSZ of RSZ-PPO-nummer ;
   b) het statuut ;
   c) de gemiddelde wekelijkse arbeidstijd voor voltijdse prestaties ;
   d) aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de rechtshelpende per ziekenfonds ;
   e) aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de patiënten die niet zijn opgenomen in punt d) ;

2. gegevens voor alle verpleegkundigen, personeel voor rectorverzorging en verzorgers : per persoon :
   a) naam en voornamen ;
   b) inschrijvingsnummer in het rijksregister ;
   c) aantal gepresteerde en/of gelijkgestelde dagen zoals bedoeld in artikel 8, § 2, a) ;
   d) aantal niet gelijkgestelde dagen, zoals bedoeld in artikel 8, § 2, a) ;
   e) aantal gepresteerde en/of geassimuleerde uren zoals bedoeld in artikel 8, § 2, a) ;
   f) aantal gepresteerde uren zoals bedoeld in artikel 8, § 2, c), d), e) en g) ;
   g) de beroepskwalificatie ;
   h) statuut : loonontvanger of statuutair, interm, zelfstandige, loonontvanger of statuutair verantwoordelijke, zelfstandig beheerder, beheerder, of de gegevens met betrekking tot de bepalingen van artikel 8, § 2, d) ;
   i) indien het gaat om een nieuw personeelslid of indien een einde werd gesteld aan de teverwachting, de begin- en/of einddatum ;
   j) de baremtekententijden zoals bedoeld in artikel 13 ;

3. de gegevens zoals bedoeld in artikel 25 met betrekking tot de palliatieve functie.

HOOFDSTUK V. - Afwijkingen en sancties

Art. 34. Als een rustoord voor bejaarden niet is toegedoten tot de overeenkomst tussen de rustoordsen voor bejaarden en de verzekeringenmaatschappijen, wordt dit bedrag van de volledige of partiële tegemoetkoming dat verschuldigd is aan die inrichting of aan de inrichting waarvan het integraal deel uitmaakt, verminderd met 25 %.

Art. 35. Indien de gegevens zoals bedoeld in artikel 32, 1 niet worden overgemaakt binnen de gestelde termijn, en indien de inrichting niet antwoordt binnen de 15 dagen na de herinnering die haar is gegeven door de Dienst na het verstrijken van die termijn, wordt het bedrag van de delen A1, A2 en C verminderd met 25 %, op voorwaarde dat de inrichting de gegevens overmaakt binnen de 120 dagen na het verstrijken van de in artikel 32, 1 bedoelde termijn.

Indien de in artikel 32, 1 bedoelde gegevens worden overgemaakt met een vertraging van meer dan 120 dagen heeft de inrichting enkel recht op de partiële tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 31, tweede lid, verminderd met deel C.

Art. 36. De beperking zoals bedoeld in artikel 8, § 2, e), die het aantal in aanmerking te nemen uren van de beheerder beperkt tot maximum 19 uur in plaats van 38 uur per week en de beperking in punt d) van hetzelfde artikel die het in aanmerking te nemen voltijdse equivalent van de gerealiseerde of statuutair verantwoordelijke van de inrichting beperkt tot maximum 50 % in plaats van 100 %, worden voor het eerst toegepast voor de berekening van de tegemoetkoming vanaf 1 januari 2005.

Art. 37. Indien er tijdens de eerste referentieperiode na toepassing van artikel 8, § 2, e) en artikel 11 nog steeds een tekort is aan verpleegkundig personeel, en indien dat tekort aan verpleegkundig personeel het gevolg is van een arbeidsongeval, een ziekte van meer dan een maand of een zwangerschap- of moederschapsoverval van één of meerdere verpleegkundigen tevergekend door de inrichting, kan het tekort worden opgevuld door loonontvanger of statuutair personeel voor rectorverzorging, tot een maximum van 50 % van de personeelsnormen van het verpleegkundig personeel, op voorwaarde dat de inrichting kan aantonen alles in het werk gesteld te hebben om het nodige verpleegkundig personeel aan te vullen, aan de hand van :

- de kopie van regelmatig in de pers verschenen werkzaamheden ;
- de kopie van aanvragen, gericht aan een van de in artikel 8, § 2, d) opgesomde instanties, en van de antwoorden van die instanties ;
- de kopie van aanvragen, gericht aan interim-ondernemingen, en van de antwoorden van die ondernemingen.
CHAPITRE VI. Des institutions non agréées

Art. 38. Les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos pour personnes âgées, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, sont enregistrées par le Service en application de l’arrêté royal du 19 décembre 1997 fixant les conditions auxquelles doivent répondre les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos pour personnes âgées, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, au sens de l’article 34, 12, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 39. Dans les institutions enregistrées, le montant de l’allocation forfaitaire est limité à 1,27 euro par jour et par bénéficiaire.

Art. 40. Les institutions enregistrées doivent justifier qu’elles disposent de 0,25 ETP praticien de l’art infirmier salarié ou statutaire par 30 bénéficiaires hébergés. Si cette norme n’est pas respectée, aucune allocation ne peut être accordée.

Art. 41. Les dispositions des articles 32 à 34 sont également d’application pour les institutions enregistrées.

Si les données visées à l’article 32, 1 ne sont pas transmises dans le délai imparti et si l’institution ne répond pas dans les quinze jours au rappel que lui envoie le Service à l’expiration de ce délai, le montant de l’allocation visée à l’article 39 est réduit à 0,10 euro.

CHAPITRE VII. Desitions finales

Art. 42. Les montants mentionnés dans le présent arrêté, à l’exception de celui visé à l’article 41, annulés 2, sont basés sur l’indice pivot 109,45 dans la base 1996 = 100 et sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de lien à l’indice des prix à la consommation du Royaume dans le secteur public.

Art. 43. L’arrêté ministériel du 19 mai 1992 fixant l’intervention visée à l’article 37, 12, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins est abrogé.

Art. 44. L’arrêté ministériel du 5 avril 1995 fixant l’intervention visée à l’article 37, 12, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les prestations visées à l’article 34, 12, de la même loi, est abrogé.

Art. 45. L’arrêté ministériel du 22 novembre 2001 fixant l’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités destinée à financer la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées est abrogé.

Art. 46. 1er. Le Service est chargé de l’exécution du présent arrêté. Il communique en temps utile aux institutions et aux organismes assureurs le montant de l’allocation complète ou partielle à laquelle chaque institution peut prétendre en vertu des dispositions contenues dans le présent arrêté, ainsi que le quota de journée visée à l’article 31.

§ 2. Les données visées aux articles 32 et 33 peuvent être contrôlées dans l’institution ou auprès des organismes assureurs par les services de l’INAMI compétents à cet effet.

Art. 47. Le Comité de l’assurance soins de santé de l’INAMI est chargé d’évaluer, sur base des travaux préparatoires de la commission de conventions compétente, l’impact des dispositions contenues dans le présent arrêté au cours de l’année qui suit la date de son entrée en vigueur.

Art. 48. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2004, à l’exception des articles 22 à 26, 32, 33, 35 et 45, qui entrent en vigueur le 1er septembre 2003.

Bruxelles, le 6 novembre 2003.

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

R. DEMOTTE

HOOFDSTUK VI. - Niet erkende inrichtingen

Art. 38. De inrichtingen die zonder erkend te zijn als rustoord voor bejaarden, de woonplaats of de gewone verblijfplaats van bejaarden zijn, worden geregistreerd door de Dienst overeenkomstig het koninklijk besluit van 19 december 1997 tot vaststelling van de voorwaarden welke moeten worden vervuld door de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, een gemeenschappelijke woonplaats of verblijfplaats van bejaarden vormen als bedoeld in artikel 34, 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 39. In de geregistreerde inrichtingen wordt het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming beperkt tot 1,27 euro per dag en per rechtbehbbende.

Art. 40. De geregistreerde inrichtingen moeten bewijzen dat ze beschikken over 0,25 FTE loontrekende of statutaire verpleegkundigen per 30 opgenomen rechtshbbenden. Als die norm niet wordt gehaald, kan geen enkele tegemoetkoming worden toegekend.

Art. 41. De bepalingen van de artikelen 32 tot 34 zijn eveneens van toepassing voor de geregistreerde inrichtingen.

Indien de gegevens zoals bedoeld in artikel 32, 1 niet worden overgenomen binnen de gestelde termijn, en indien de inrichting niet antwoord binnen de 15 dagen na de herinnering die haar is gestuurd door de Dienst na het verstrijken van die termijn, wordt de tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 39 verminderd tot 0,10 euro.

HOOFDSTUK VII. - Slotbepalingen

Art. 42. De in dit besluit vermelde bedragen, met uitzondering van het bedrag bedoeld in artikel 41, tweede lid, worden gekoppeld aan het spilindex 109,45 in de basis 1996 = 100 en worden aangepast overeenkomstig de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexvijf van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

Art. 43. Het ministerieel besluit van 19 mei 1992 tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen, wordt opgeheven.

Art. 44. Het ministerieel besluit van 4 april 1995 tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 4 juli 1994 voor die in artikel 34, 12, van dezelfde wet bedoelde verstrekkingen wordt opgeheven.

Art. 45. Het ministerieel besluit van 22 november 2001 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bestemd voor de financiering van de opleiding van de personeelsleden voor de verzorgende en verzorgingsstehuizen en in de rustoordeels voor bejaarden wordt opgeheven.

Art. 46. 1. De Dienst wordt belast met de uitvoering van dit besluit. Hij deelt te gepaste tijde aan de inrichtingen en aan de verzekeringsinstellingen het bedrag van de volledige of partiële tegemoetkoming mee, waarop de instelling aanspraak kan maken op basis van de bepalingen opgenomen in dit besluit, alsook het quotum van dagen bedoeld in artikel 31.

§ 2. De in artikelen 32 en 33 bedoelde gegevens kunnen in de inrichting of bij de verzekeringsinstellingen worden geregistreerd door de daarvoor bevoegde diensten van het RIZIV.

Art. 47. Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV is tijdens het jaar dat volgt op de inwerkingtreding van dit besluit, belast met de evaluatie van de weerslag van de bepalingen die er in zijn opgenomen op basis van de voorbereidende werkzaamheden van de bevoegde overeenkomstencommissie.

Art. 48. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2004, met uitzondering van artikelen 22 tot 26, 32, 33, 35 en 45, die in werking treden op 1 september 2003.

Brussel, 6 november 2003.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

R. DEMOTTE
INFORMATIONS PRATIQUES

Correspondance

Notre adresse : INAMI
Service des soins de santé
Section Etablissements de soins
Avenue de Tervuren 211
1150 BRUXELLES

Votre numéro d’agrément : à mentionner dans toute correspondance
Votre numéro de téléphone : à mentionner éventuellement

Accueil

Téléphonique : (02) 739 78 35, de 9 à 12 heures
FAX : (02) 739 73 52
e-mail : MRPA.MRS@inami.fgov.be

En nos bureaux : de 9 à 12 heures, ou sur rendez-vous
avenue de Tervuren 211 (3e étage) – 1150 BRUXELLES

A communiquer obligatoirement par écrit
changez d’adresse, adhésion à la convention.

Site Internet

CONVENTION ENTRE LES MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES AGEES ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs du 5 novembre 2003, sous la présidence de Monsieur André MAES, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur G. VEREECKE, Fonctionnaire dirigeant f.f. du Service des soins de santé, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

— les organismes assureurs;

d'autre part,

— le « Verbond der verzorgingsinstellingen »;
— la Fédération des institutions hospitalières de Wallonie;
— l’Association des établissements publics de soins;
— l’Union des villes et communes belges;
— la Fédération des maisons de repos privées de Belgique.
PREAMBULE

Les membres de la commission de conventions entre les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins de jour et les organismes assureurs ont convenu de mettre sur pied, au cours de l’année 2004, un groupe de travail qui examinera les modalités de la mise en place généralisée, si possible à partir du 1er juillet 2004 et au plus tard pour le 1er janvier 2005, d’une facturation sur support électronique.
Article 1er.

La présente convention définit, en ce qui concerne l'intervention de l'assurance pour les prestations visées à l'article 34, 12° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et les modalités de son paiement, les rapports entre, d'une part, les institutions visées à l'article 34, 12° et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi que les rapports entre ces institutions et les organismes assureurs.

Les institutions visées à l'article 34, 12° de la loi précitée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités seront appelées «institutions» dans la présente convention.

Article 2.

§ 1er. L'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est celle prévue à l'article 37, § 12 de la loi coordonnée précitée, couvrant le paquet de soins visés à l'article 34, 12° de ladite loi.

§ 2. L'intervention visée au § 1er couvre :

1° les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier;

2° les prestations de kinésithérapie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet;

3° les prestations de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet;

4° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale y compris l'ergothérapie;

5° le matériel de soins, comprenant les produits dont la liste a été établie par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention entre les maisons de repos et les organismes assureurs;

6° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans les institutions qui comportent une section bénéficiant d'un agrément spécial « maison de repos et de soins » et dans les institutions qui comptent, par rapport au nombre total de lits agréés, 40 % ou plus de patients classés dans les catégories de dépendance B et C et qui hébergent en outre au moins 25 patients classés dans les catégories de dépendance B et C.

§ 3. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est dû pour chaque journée d'hébergement comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après 8 heures le lendemain.

Sont comptés ensemble pour une seule journée d'hébergement, le jour d'entrée et le jour de sortie sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées conjointement : admission du bénéficiaire avant 12 heures le jour de son entrée et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de sa sortie.

Toutefois, si un bénéficiaire décède le jour même de son admission, le paiement de l'intervention est dû.
§ 4. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n’est pas dû en cas d’absence temporaire du bénéficiaire de l'institution.

§ 5. Des séjours de vacances collectifs organisés et dirigés par les institutions et sous la responsabilité de celles-ci peuvent être octroyés aux bénéficiaires hébergés dans les institutions. Les institutions portent en compte aux organismes assureurs le montant tel qu’il est prévu au § 3. Le nombre de jours accordé dans le cadre des séjours de vacances collectifs est de quatorze jours par année civile.

Les institutions doivent communiquer aux organismes assureurs, deux semaines avant le début du séjour de vacances, les noms des participants ainsi que les dates, la durée et le lieu de ces séjours.

La notification aux organismes assureurs du séjour de vacances doit se faire à l’aide du document établi par le Comité de l’assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention entre les maisons de repos et les organismes assureurs.

§ 6. L’octroi de l’intervention visée au § 1er empêche pour le bénéficiaire concerné toute intervention particulière de l’assurance soins de santé dans le coût des prestations visées au § 2.

Article 3.

§ 1er. La demande d’intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, ainsi que la demande de prolongation et la notification de fin d’hébergement doivent être adressées à l’organisme assureur selon les dispositions des articles 152, § 3 et 153, § 2 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.

§ 2. Le paiement de l’intervention est subordonné à la notification d’un engagement de paiement par l’organisme assureur, qui en fixe la date de début et la durée de validité, conformément aux dispositions de l’article 153, § 2 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

Article 4.

§ 1er. L’organisme assureur s’engage à payer directement à l’institution l’intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière.

§ 2. A cet effet, l’institution établit, par bénéficiaire et par trimestre civil, une note de frais individuelle, dont le modèle est fixé par le Comité de l’assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de convention entre les maisons de repos et les organismes assureurs.

Ladite note de frais individuelle est accompagnée d’une note de frais récapitulatifs, dont le modèle est également fixé par le Comité de l’assurance susvisé, sur proposition de ladite Commission de convention.

§ 3. Les notes de frais individuelles sont établies au moins en deux exemplaires dont l’un est envoyé à l’organisme assureur et l’autre au bénéficiaire.

§ 4. Le montant des notes de frais présentées à l’organisme assureur est dû dès réception de celles-ci, sous réserve de rectifications ultérieures.

§ 5. Pour autant que les notes de frais trimestrielles soient introduites au plus tard le 20 du premier mois du trimestre civil suivant celui auquel elles se rapportent, l’organisme assureur verse à l’institution, moyennant introduction par cette dernière, à la même date, d’une note provisoire servant de note d’échéance, une somme égale à la moitié du montant des notes trimestrielles susvisées. L’organisme assureur en effectue le paiement au plus tard le 15 du deuxième mois du trimestre civil considéré. La somme ainsi versée est déduite du montant porté en compte sur les notes de frais immédiatement postérieures.
Cependant, pour le premier trimestre considéré à partir de l'adhésion de l'institution à la présente convention, si cette institution introduit au plus tard le 15 du deuxième mois de ce trimestre une note provisoire servant de note d'échéance, l'organisme assureur verse à l'institution, au plus tard le 1er du troisième mois, une somme égale à la moitié du montant de cette note provisoire.

En cas de non-paiement des notes de frais avant la fin du deuxième mois qui suit le mois de leur introduction, un intérêt moratoire est dû à partir du premier jour qui suit ce délai, sans mise en demeure; le taux de cet intérêt correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne, majoré de 1,75 %, fixé à la date d'expiration du délai de paiement. Ces intérêts de retard ne sont cependant pas dus si le retard est imputable au transfert tardif des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée.

L'institution est tenue d'introduire ses notes de frais avant la fin du deuxième mois du trimestre civil qui suit celui auquel elles se rapportent pour que l'intérêt moratoire soit dû en cas de paiement retardé par les organismes assureurs.

§ 6. En cas de manquements répétés dans l'établissement et l'envoi des notes de frais, des demandes de prolongation, et des notifications d'entrée et de fin de séjour, l'organisme assureur en avise l'institution par lettre recommandée. Si l'institution n'a pas pris de mesure endéans les 30 jours pour remédier aux manquements constatés, l'organisme assureur en informe la Commission de convention, laquelle délibère sur les mesures à prendre.

Article 5.

L'institution s'engage à :

a) fournir aux organismes assureurs les documents qui leur sont nécessaires au remboursement des frais facturés et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière;

b) permettre au Collège national des médecins-conseils, aux collèges locaux, aux médecins-conseils des organismes assureurs et aux médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission;

c) fournir à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité les données statistiques déterminées par la Commission de convention.

d) permettre aux membres de la Commission de convention désignés par elle et aux fonctionnaires du Service des soins de santé, d'effectuer les visites et leur fournir les renseignements nécessaires afin qu'ils puissent contrôler les données qui, en exécution de l'arrêté ministériel fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée, pour les prestations visées à l'article 34, 12°, de la même loi, doivent être transmises à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité par l'institution.

En aucun cas, la fourniture de ces renseignements ne peut comporter le déplacement de pièces nécessaires à l'exercice de cette mission de contrôle.
Article 6.

L’institution s’engage à ne réclamer, ni au bénéficiaire, ni à l’organisme assureur pour les prestations couvertes par l’intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, aucun autre montant que celui visé à l’article 2 de la présente convention. Il ne peut davantage être compris dans le prix de la journée d’hébergement de l’institution.

Dans le prix de la journée d’hébergement sont compris au minimum et ne peuvent dès lors pas faire l’objet d’une facturation distincte :

1° les frais de logement et d’hôtellerie ;

2° les aléses et l’entretien de la literie ;

L’éventuelle mise à la disposition, à l’intention des personnes qui ont des difficultés à se déplacer de manière autonome, de chaises roulantes (voiturettes manuelles standard), de béquilles ou de tribunes (cadres de marche adultes avec 4 appuis fixes ou avec 2 appuis fixes et 2 roues sans siège), ne peut pas être porté en compte séparément au bénéficiaire.

Le coût du matériel d’incontinence est soit compris dans le prix de la journée d’hébergement, soit porté en compte séparément au bénéficiaire. Toutefois, les institutions qui ont obtenu l’inclusion de ces coûts dans leur prix de la journée d’hébergement ne peuvent changer de système sans l’accord du Ministère des Affaires économiques. L’option choisie est mentionnée dans la formule d’adhésion.

Lors de l’admission dans l’institution ainsi que lors de chaque modification de prix, le bénéficiaire ou sa famille doivent être informés de façon précise du prix de la journée d’hébergement et de tous les suppléments éventuels.

Toute adaptation du prix de journée d’hébergement dans l’institution devra être déclarée préalablement au Ministère des Affaires économiques, conformément à la réglementation en matière de prix.

Article 7.

La Commission de convention entre les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins de jour, et les organismes assureurs, intervient pour prévenir tout litige pouvant naître de l’application de la présente convention.

En cas d’infraction aux dispositions de la présente convention, l’institution ou l’organisme assureur est tenu de verser à l’Institut national d’assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité forfaitaire de 125 euros par infraction.

La Commission de convention décide de l’application des clauses pénales.

Article 8.

L’institution est tenue de reproduire sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs le numéro d’immatriculation ou numéro d’enregistrement qui lui a été attribué par le Service des soins de santé de l’INAMI à la suite de son agrément ou de son enregistrement.

Article 9.

L’objectif budgétaire pour les interventions couvrant le paquet de soins visés à l’article 34, 12°, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités précitée est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.
Dès qu'un dépassement significatif ou un risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire est constaté, en application de l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnisités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mesures de corrections suivantes sont appliquées :

- les parties contractantes proposent, après analyse du dépassement ou du risque de dépassement, des mesures de corrections spécifiques qui tiennent compte des causes de ce dépassement;

- en l’absence de propositions de mesures sélectives ou en cas d’insuffisance desdites mesures, une réduction linéaire immédiate et automatique des montants de l’intervention visée à l’article 2 sera appliquée. La somme des pourcentages de réduction appliqués au cours d’une même année civile ne peut dépasser 5 % des montants susmentionnés.

La diminution éventuelle de l’intervention de l’assurance devra en tout cas s’accompagner de l’adaptation des normes de personnel requises auxquelles il convient de satisfaire pour pouvoir prétendre aux différentes interventions de l’assurance.

L’application des mesures de correction visées à l’alinéa 2 ne peut être invoquée, ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère, pour dénoncer cette convention.

**Article 10.**

La présente convention entre en vigueur le 1er janvier 2004, à l’exception des dispositions de l’article 2, § 2, 2°, et § 6 en ce qu’elles visent les prestations de kinésithérapié, qui entreront en vigueur à une date qui reste à fixer par un arrêté royal.

Elle est valable jusqu’au 31 décembre 2005 et n’est pas reconduite tacitement.

**Article 10bis.**

Par dérogation aux dispositions de l’article 10, cette convention peut être dénoncée avant le 1er novembre 2004 par lettre recommandée adressée au Service des Soins de santé de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité ; cette dénonciation doit être faite par au moins trois quarts des membres d’un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans ce cas, elle a pour effet d’annuler la convention à partir du 1er janvier 2005.
Article 11.

Par dérogation aux dispositions de l'article 10, l'adhésion à la présente convention par une institution nouvellement agréée ou par une institution ayant fait l'objet d'une reprise ou d'une fusion, produit ses effets à partir du premier jour du mois suivant celui de la notification au Service des soins de santé de l'institut national d'assurance maladie-invalidité de l'adhésion, par ladite institution, à la présente convention, sauf si cette adhésion a lieu dans les 30 jours suivant la réception, par l'institution, de la présente convention. Dans ce cas, l'adhésion produit ses effets à partir de la date de l'agrément, de la reprise ou de la fusion.

Fait à Bruxelles, le 5 novembre 2003.

Pour les organismes assureurs :

N. BEUN  
J.P. BRONCKAERS  
F. FALEZ  
J. GUILLAUME  
V. HENNE  
A. LECLERCQ  
M. LOIX  
G. MORREN

Pour les organisations représentatives des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées et des centres de soins de jour :

CI. BOEHRINGER  
Ch. CASTERMANS  
G. DECOENE  
V. FREDERICQ  
R. GIJBELS  
A. HENREAUX  
J.M. ROMBEAUX  
T. WINDEY
CONVENTION ENTRE LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS
ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les maisons de repos et de soins et les organismes assureurs du 5 novembre 2003, sous la présidence de Monsieur André MAES, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur G. VEREECKE, Fonctionnaire dirigeant f.f. du Service des soins de santé, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

— les organismes assureurs;

d'autre part,

— le «Verbond der verzorgingsinstellingen»;
— la Fédération des institutions hospitalières de Wallonie;
— l'Association des établissements publics de soins;
— l'Union des villes et communes belges;
— la Fédération des maisons de repos privées de Belgique.
PREAMBULE

Les membres de la commission de conventions entre les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins de jour et les organismes assureurs ont convenu de mettre sur pied, au cours de l’année 2004, un groupe de travail qui examinera les modalités de la mise en place généralisée, si possible à partir du 1er juillet 2004 et au plus tard pour le 1er janvier 2005, d’une facturation sur support électronique.
Article 1er.

La présente convention définit, en ce qui concerne l'intervention de l'assurance pour les prestations visées à l'article 34, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et les modalités de son paiement, les rapports entre, d'une part, les maisons de repos et de soins visées à l'article 34, 11° et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi que les rapports entre ces maisons de repos et de soins et les organismes assureurs.

Article 2.

§ 1er. L’intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est celle prévue à l'article 37, § 12 de la loi coordonnée précitée, couvrant le paquet de soins visés à l'article 34, 11° de ladite loi.

§ 2. L'intervention visée au § 1er couvre :

1° les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier;

2° les prestations de kinésithérapie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet;

3° les prestations de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet;

4° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie;

5° le matériel de soins, comprenant les produits dont la liste a été établie par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention entre les maisons de repos et les organismes assureurs;

6° les missions du médecin coordinateur et conseiller;

7° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs.

§ 3. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est dû pour chaque journée d'hébergement comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après 8 heures le lendemain.

Sont comptés ensemble pour une seule journée d'hébergement, le jour d'entrée et le jour de sortie sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées conjointement : admission du bénéficiaire avant 12 heures le jour de son entrée et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de sa sortie.

Toutefois, si un bénéficiaire décède le jour même de son admission, le paiement de l'intervention est dû.

§ 4. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est pas dû en cas d'absence temporaire du bénéficiaire de la maison de repos et de soins.

§ 5. Peuvent être octroyés aux bénéficiaires hébergés dans les maisons de repos et de soins, des séjours de vacances collectifs organisés et dirigés par les institutions et sous la responsabilité de celles-ci. Les institutions portent en compte aux organismes assureurs le montant tel qu'il est prévu au § 3. Le nombre de jours accordé dans le cadre des séjours de vacances collectifs est de quatorze jours par année civile.

Les maisons de repos et de soins doivent communiquer aux organismes assureurs, deux semaines avant le début du séjour de vacances, les noms des participants ainsi que les dates, la durée et le lieu de ces séjours.
La notification aux organismes assureurs du séjour de vacances doit se faire à l'aide du document établi par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la commission de convention entre les maisons de repos et de soins et les organismes assureurs.

§ 6. L'octroi de l'intervention visée au § 1er empêche pour le bénéficiaire concerné toute intervention particulière de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations visées au § 2.

Article 3.

§ 1er. La demande d'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, ainsi que la demande de prolongation et la notification de fin d'hébergement doivent être adressées à l'organisme assureur selon les dispositions des articles 152, § 3 et 153, § 2, 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.

§ 2. Le paiement de l'intervention est subordonné à la notification d'un engagement de paiement par l'organisme assureur, qui en fixe la date de début et la durée de validité, conformément aux dispositions de l'article 153, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

Article 4.

§ 1er. L'organisme assureur s'engage à payer l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière, directement à la maison de repos et de soins.

§ 2. À cet effet, la maison de repos et de soins établit, par bénéficiaire et par trimestre civil, une note de frais individuelle, dont le modèle est fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission de convention maisons de repos et de soins - organismes assureurs.

Ladite note de frais individuelle est accompagnée d'une note de frais récapitulative, dont le modèle est également fixé par le Comité de l'assurance susvisé, sur proposition de ladite Commission de convention.

§ 3. Les notes de frais individuelles sont établies au moins en deux exemplaires dont l'un est envoyé à l'organisme assureur et l'autre au bénéficiaire.

§ 4. Le montant des notes de frais présentées à l'organisme assureur est dû dès réception de celles-ci, sous réserve de rectifications ultérieures.

§ 5. Pour autant que les notes de frais trimestrielles soient introduites au plus tard le 20 du premier mois du trimestre civil suivant celui auquel elles se rapportent, l'organisme assureur verse à la maison de repos et de soins, moyennant introduction par cette dernière, à la même date, d'une note provisoire servant de note d'échéance, une somme égale à la moitié du montant des notes trimestrielles susvisées. L'organisme assureur en effectue le paiement au plus tard le 15 du deuxième mois du trimestre civil considéré. La somme ainsi versée est déduite du montant porté en compte sur les notes de frais immédiatement postérieures.

Cependant, pour le premier trimestre considéré à partir de l'adhésion de la maison de repos et de soins à la présente convention, si cette maison de repos et de soins introduit au plus tard le 15 du deuxième mois de ce trimestre une note provisoire servant de note d'échéance, l'organisme assureur verse à la maison de repos et de soins, au plus tard le 1er du troisième mois, une somme égale à la moitié du montant de cette note provisoire.
En cas de non-paiement des notes de frais avant la fin du deuxième mois qui suit le mois de leur introduction, un intérêt moratoire est dû à partir du premier jour qui suit ce délai, sans mise en demeure; le taux de cet intérêt correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne, majoré de 1,75 %, fixé à la date d'expiration du délai de paiement. Ces intérêts de retard ne sont cependant pas dus si le retard est imputable au transfert tardif des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée.

La maison de repos et de soins est tenue d'introduire ses notes de frais avant la fin du deuxième mois du trimestre civil qui suit celui auquel elles se rapportent pour que l'intérêt moratoire soit dû en cas de paiement tardif par les organismes assureurs.

§ 6. En cas de manquements répétés dans l'établissement et l'envoi des notes de frais, des demandes de prolongation, et des notifications d'entrée et de fin de séjour, l'organisme assureur en avise la maison de repos et de soins par lettre recommandée. Si la maison de repos et de soins n'a pas pris de mesure endéans les 30 jours pour remédier aux manquements constatés, l'organisme assureur en informe la Commission de convention, laquelle délibère sur les mesures à prendre.

Article 5.

La maison de repos et de soins s'engage à :

a) fournir aux organismes assureurs les documents qui leur sont nécessaires au remboursement des frais facturés et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière;

b) permettre au Collège national des médecins-conseils, aux collèges locaux, aux médecins-conseils des organismes assureurs et aux médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission;

c) fournir à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité les données statistiques déterminées par la Commission de convention;

d) permettre aux membres de la Commission de convention désignés par elle et aux fonctionnaires du Service des soins de santé, d'effectuer les visites et leur fournir les renseignements nécessaires afin qu'ils puissent contrôler les données qui, en exécution de l'arrêté ministériel fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée pour les prestations visées à l'article 34, 11°, de la même loi, doivent être transmises à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité par l'institution.

En aucun cas, la fourniture de ces renseignements ne peut comporter le déplacement de pièces nécessaires à l'exercice de cette mission de contrôle.

Article 6.

La maison de repos et de soins s'engage à ne réclamer, ni au bénéficiaire, ni à l'organisme assureur pour les prestations couvertes par l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, aucun autre montant que celui visé à l'article 2 de la présente convention. Il ne peut davantage être compris dans le prix de la journée d'hébergement de la maison de repos et de soins.
Dans le prix de la journée d'hébergement sont compris au minimum et ne peuvent dès lors pas faire l'objet d'une facturation distincte :

1° les frais de logement et d'hôtellerie;

2° les alèses et l'entretien de la literie;

L'éventuelle mise à la disposition, à l'intention des personnes qui ont des difficultés à se déplacer de manière autonome, de chaises roulantes (voiturettes manuelles standard), de béquilles ou de tribunes (cadres de marche adultes avec 4 appuis fixes ou avec 2 appuis fixes et 2 roues sans siège), ne peut pas être porté en compte séparément au bénéficiaire.

Le coût du matériel d'incontinence est soit compris dans le prix de la journée d'hébergement, soit porté en compte séparément au bénéficiaire. Toutefois, les maisons de repos et de soins qui ont obtenu l'inclusion de ces coûts dans leur prix de la journée d'hébergement, ne peuvent changer de système sans l'accord du Ministère des Affaires économiques. L'option choisie est mentionnée dans la formule d'adhésion.

Lors de l'admission dans la maison de repos et de soins ainsi que lors de chaque modification de prix, le bénéficiaire ou sa famille doivent être informés de façon précise du prix de la journée d'hébergement et de tous les suppléments éventuels.

Toute adaptation du prix de journée d'hébergement dans la maison de repos et de soins devra être déclarée préalablement au Ministère des Affaires économiques, conformément à la réglementation en matière de prix.

Article 7.

La Commission de convention entre les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins de jour et les organismes assureurs, intervient pour prévenir tout litige pouvant naître de l'application de la présente convention.

En cas d'infraction aux dispositions de la présente convention, la maison de repos et de soins ou l'organisme assureur est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité forfaitaire de 125 euros par infraction.

La Commission de convention décide de l'application des clauses pénales.

Article 8.

La maison de repos et de soins est tenue de reproduire sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs le numéro d'immatriculation qui lui a été attribué après son adhésion à la présente convention.

Article 9.

L'objectif budgétaire pour les interventions couvrant le paquet de soins visés à l'article 34, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnisés précitée est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.
Dès qu’un dépassement significatif ou un risque de dépassement significatif de l’objectif budgétaire est constaté, en application de l’arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l’article 51, § 4, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mesures de correction suivantes sont appliquées :

- les parties contractantes proposent après analyse du dépassement ou du risque de dépassement, des mesures de corrections spécifiques qui tiennent compte des causes de ce dépassement;

- en l’absence de propositions de mesures sélectives ou en cas d’insuffisance desdites mesures, une réduction linéaire immédiate et automatique des montants de l’intervention visée à l’article 2 sera appliquée. La somme des pourcentages de réduction appliqués au cours d’une même année civile ne peut dépasser 5 % des montants susmentionnés.

La diminution éventuelle de l’intervention de l’assurance devra en tout cas s’accompagner de l’adaptation des normes de personnel requises auxquelles il convient de satisfaire pour pouvoir prétendre aux différentes interventions de l’assurance.

L’application des mesures de correction visées à l’alinéa 2 ne peut être invoquée, ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère, pour dénoncer cette convention.

**Article 10.**

La présente convention entre en vigueur le 1er janvier 2004.

Elle est valable jusqu’au 31 décembre 2005 et n’est pas reconduite tacitement.

**Article 10bis**

Par dérogation aux dispositions de l’article 10, cette convention peut être dénoncée avant le 1er novembre 2004 par lettre recommandée adressée au Service des Soins de santé de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité ; cette dénonciation doit être faite par au moins trois quarts des membres d’un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans ce cas, elle a pour effet d’annuler la convention à partir du 1er janvier 2005.
Article 11.

Par dérogation aux dispositions de l'article 10, l'adhésion à la présente convention par une maison de repos et de soins nouvellement agréée ou par une maison de repos et de soins ayant fait l'objet d'une reprise ou d'une fusion, porte ses effets à partir du 1er jour du mois suivant celui de la notification au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de l'adhésion, par ladite maison de repos et de soins à la présente convention, sauf si cette adhésion a lieu dans les 30 jours suivant la réception, par la maison de repos et de soins, de la présente convention. Dans ce cas, l'adhésion produit ses effets à partir de la date de l'agrément, de la reprise ou de la fusion.

Fait à Bruxelles, le 5 novembre 2003.

Pour les organismes assureurs :

N. BEUN
J.P. BRONCKAERS
F. FALÉZ
J. GUILLAUME
V. HENNE
A. LECLERCQ
M. LOIX
G. MORRENN

Pour les organisations représentatives des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées et des centres de soins de jour,

Cl. BOEHINGER
Ch. CASTERMANS
G. DECOENE
V. FREDERICQ
R. GIJBELS
A. HENREAUX
J.M. ROMBEAUX
T. WINDEY
FORMULE D'ADHESION

Le (la) soussigné(e) ................................................................. (nom, prénom)
agissant au nom de l'institution .................................................................
....................................................................................................................... (dénomination) .................................. (numéro d'agrément)
située .............................................................................................................. (province ou région Bruxelles capitale)
....................................................................................................................... (rue + numéro)
....................................................................................................................... (numéro postal, commune)

agrée par le Ministre compétent : ......................................................................................

déclare avoir pris connaissance de la convention nationale entre les maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs conclue le 5 novembre 2003, et y adhérer sans restriction.

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la convention, je déclare que le coût du matériel d'incontinence sera facturé comme suit :

— compris dans le prix de la journée d'hébergement (*)
— porté en compte séparément au bénéficiaire (*)

Fait à ..................................................................................................................

Pour la maison de repos pour personnes âgées,
(nom et signature)

.........................................................................................................................

Cachet de l'institution

(*) Biffer la mention inutile.