

## Dienst voor geneeskundige verzorging

**Correspondent:** Directie Verzorgingsinstellingen  
en -diensten

**Tel.:** 02/739.78.35 **Fax:** 02/739.73.52

**E-Mail:** [Rob.Rvt@riziv.fgov.be](mailto:Rob.Rvt@riziv.fgov.be)

**Onze Referte:** Omz-ROB-RVT-2012/6

**Brussel, 19 december 2012.**

1. **Wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996: invoering van een nieuwe categorie D in de ROB's en RVT's.**
2. **Wijziging van het Ministerieel Besluit van 6 november 2003: financiering van de nieuwe categorie D in de ROB's en algemene herziening van de formulering van de financieringsregels.**
3. **Wijziging van de formulieren voor de aanvraag om tegemoetkoming en van de katzschaal.**

Mevrouw, mijnheer,

In het *Belgisch Staatsblad* van 17 december 2012 werden twee besluiten bekendgemaakt, waarvan u een kopie in de bijlage vindt.

In die twee besluiten worden in grote lijnen de volgende kwesties behandeld:

1. De creatie en financiering van een categorie D;
2. Verschillende aanpassingen van de reglementering die betrekking hebben op de volgende punten:
  - 2.1. Definitie van hoofdverpleegkundige en directeur
  - 2.2. Registratie van het verzorgingspersoneel
  - 2.3. Lijst van de bekwamingen van het personeel voor reactivering
  - 2.4. Continuïteit van de verzorging
  - 2.5. Afrondingsregels
  - 2.6. Gevolgde regels voor de berekening van de voltijds equivalenten
  - 2.7. Uitsluiting van sommige contracten voor de basisfinanciering
  - 2.8. Activiteit van de directeur
  - 2.9. Flexibiliteit en compensatieregels
  - 2.10. Berekening van de anciënniteit
  - 2.11. Jaarlijkse loonkost van het personeel voor reactivering
  - 2.12. Forfait voor het verzorgingsmateriaal (deel B1)
  - 2.13. Forfait voor de palliatieve functie (deel C)
  - 2.14. Functiecomplement van de hoofdverpleegkundige, van de hoofdparamedicus en van de verpleegkundig coördinator (deel E2)
  - 2.15. Referentiepersoon dementie (deel E3)
  - 2.16. Schrapping van deel E4
  - 2.17. Coördinerend geneesheer (deel F)

1.25.02.00

- 2.18. Verantwoordelijke voor de bijkomende vorming van het personeel op het gebied van dementie (deel H)
- 2.19. Voorwaarden die moeten worden vervuld om aanspraak te kunnen maken op de tegemoetkoming
- 2.20. Informatie die aan het RIZIV moet worden meegedeeld.

## 1. De creatie en financiering van een categorie D

In België zijn meer dan 160.000 personen als dement geregistreerd en dat aantal stijgt voortdurend als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Om beter in te spelen op de specifieke behoeften van de ouderen met dementie, heeft een werkgroep van vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, verenigingen van rusthuizen, artsen en deskundigen voorstellen gedaan om dementie beter te begeleiden. Die werkgroep heeft in het bijzonder voorgesteld om een betere omkadering van dementie te financieren *door het creëren van een categorie D* in de ROB's en RVT's.

**In categorie D kunnen alle personen bij wie de diagnose van dementie werd gesteld als gevolg van een gespecialiseerd diagnostisch bilan, worden ondergebracht ongeacht hun fysieke afhankelijkheid.**

Hun omkadering is vergelijkbaar met die van categorie B in de ROB's, op één verschil na, namelijk dat er minder verpleegkundigen en meer personeelsleden voor reactivering worden gefinancierd.

Concreet betekent dit dat de patiënten die nu in de categorieën A en B, zelfs O, zijn ondergebracht in die categorie D worden opgenomen, op voorwaarde dat de diagnose van dementie door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie wordt gesteld. De patiënten in de categorie "C dement" (Cd) blijven in die categorie ondergebracht.

Met de bijgevoegde besluiten wordt concrete vorm gegeven aan die maatregelen.

In het besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 zijn de volgende bepalingen opgenomen:

- in de ROB's en RVT's wordt voortaan een onderscheid gemaakt tussen:
  - de personen die fysiek zwaar afhankelijk zijn (categorie C);
  - de gedesoriënteerde personen (of personen bij wie de diagnose van dementie is gesteld) die fysiek zwaar afhankelijk zijn (categorie Cd);
  - en de personen die, *ongeacht hun fysieke afhankelijkheid*, bij wie de diagnose van dementie werd gesteld als gevolg van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de geriatrie of in de psychiatrie is opgesteld of bevestigd, en dat in een schriftelijk verslag is opgenomen (categorie D).
- de te volgen procedure ingeval een aanvraag om tegemoetkoming bij de verzekeringsinstelling wordt ingediend voor een rechthebbende die in categorie D is ondergebracht, is de volgende:
  - de datum waarop de diagnose van dementie is gesteld, *moet in het verzorgingsdossier worden vermeld*;
  - telkens een rechthebbende die in categorie D is ondergebracht, in aanmerking zou komen om van categorie te veranderen alleen op basis van de *fysieke* criteria van de katzschaal, moet de instelling een aangepaste evaluatieschaal aan zijn verzekeringsinstelling bezorgen (bijvoorbeeld als een "A" een "B" wordt). De mededeling van die informatie doet in geen geval afbreuk aan het feit dat de rechthebbende in categorie D ondergebracht blijft, behalve als hij hierdoor in categorie Cd kan worden ondergebracht.
- die maatregelen treden in werking op **1 januari 2013**. Om budgettaire redenen is de inwerkingtreding van categorie D *in de RVT's* echter uitgesteld. Die inwerkingtreding

is gepland voor 1 juli 2013 – onder voorbehoud van de goedkeuring van het Verzekeringscomité, na gunstig advies van de Commissie voor Begrotingscontrole. Praktisch gezien zal een D-patiënt in tussentijd dus niet in een RVT kunnen worden opgenomen, tenzij hij minstens aan de fysieke criteria van categorie B voldoet, en moet hij aan de verzekeringsinstellingen als een B- (of C-patiënt) worden doorgegeven.

Het besluit tot wijziging van het Ministerieel Besluit van 6 november 2003 voorziet :

- enerzijds, de invoering van een specifieke norm voor de patiënten die *vanaf 1 januari 2013* in de afhankelijkheids categorie D in ROB worden opgenomen (**artikel 2**), wat voor 30 patiënten overeenstemt met:
  - 1,2 verpleegkundigen;
  - 4 leden van het verzorgingspersoneel;
  - 1,25 personeelsleden voor reactivering;
  - 1,4 personeelsleden voor reactivering per 30 patiënten die verblijven in een erkend bed voor kortverblijf (liaisonfunctie);
- anderzijds, de invoering van een specifieke norm voor de patiënten die *vanaf 1 juli 2013* in de afhankelijkheids categorie D in RVT worden opgenomen (**artikel 3**), wat voor 30 patiënten overeenstemt met:
  - 2,5 verpleegkundigen;
  - 5,2 leden van het verzorgingspersoneel;
  - 1 kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist;
  - 2,5 personeelsleden voor reactivering;
  - bijkomend 0,1 lid van het personeel voor reactivering dat een bewaking heeft in palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van de terminale patiënten;
- en ten slotte, in de financiering van die nieuwe norm vanaf 1 januari 2013 in de ROB's (**artikel 6, 2°** en **artikel 23**) en vanaf een datum die nog door het Verzekeringscomité moet worden vastgesteld, in de RVT's (cf. **artikel 28, 1°**). Voor 2013 wordt in een bijkomende financiering van 22,11 euro (deel Z5) voorzien, afhankelijk van het **aantal A-patiënten met een diagnose dementie op 1 januari 2013** – en die bijgevolg vanaf die datum in categorie D mogen worden ondergebracht. Wij vragen u dus om ons uiterlijk op 31 januari 2013 het aantal A-patiënten met een diagnose dementie op 1 januari 2013 (en die vanaf dan in afhankelijkheids categorie D worden ondergebracht) mee te delen op een formulier dat we u begin volgend jaar zullen bezorgen.

Voor 2014 zal dezelfde bijkomende financiering worden toegekend in functie van het **gemiddelde aantal D-patiënten** die tussen 1 januari en 30 juni 2013 zijn gehuisvest.

Er moet worden opgemerkt dat die bijkomende financiering niet van toepassing is voor de nieuwe inrichtingen die na 30 september 2012 werden erkend, omdat die financiering onmiddellijk in hun forfait zal worden geïntegreerd.

## 2. Verschillende aanpassingen in het financieringsbesluit van 6 november 2003

In dat ministerieel besluit zijn ook verschillende bepalingen opgenomen tot wijziging of actualisering van sommige regels, om sommige onduidelijkheden te corrigeren, of om de interpretatie van de bestaande financieringsregels te bepalen. Dit zijn de belangrijkste aanpassingen (de vermelde artikels verwijzen naar de artikels in het wijzigingsbesluit van het MB van 6 november 2003):

### 2.1. Definitie van de hoofdverpleegkundige en van de directeur (artikel 1)

Voor de hoofdverpleegkundige wordt verwezen naar het Koninklijk Besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis.

De beheerder of de loontrekkende of statutaire verantwoordelijke van de inrichting wordt voortaan aangeduid met de benaming “**directeur**”, als volgt gedefinieerd: “*de persoon die door de inrichtende macht belast is met het dagelijks beheer van de inrichting*”.

## **2.2. Registratie van het verzorgingspersoneel (artikel 4, 1°)**

Er wordt aan herinnerd dat alleen de personen die niet voldoen aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een registratie als zorgkundige door de FOD Volksgezondheid (met toepassing van het Koninklijk Besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige) nog een RIZIV-nummer kunnen aanvragen.

Er moet worden opgemerkt dat die bepaling slechts tot 30 juni 2013 zal gelden. Een besluit dat momenteel wordt voorbereid, bepaalt immers dat alle leden van het verzorgingspersoneel die nieuw door de inrichting zijn aangeworven, vanaf 1 juli 2013 voorlopig of definitief door de FOD Volksgezondheid moeten worden geregistreerd en dat gedurende een overgangperiode die loopt van 1 juli 2013 tot 30 juni 2015 het percentage van het reeds tewerkgestelde, maar niet-geregistreerde verzorgingspersoneel het percentage van 5 % niet mag overschrijden. Na 30 juni 2015 moeten alle leden van het verzorgingspersoneel als zorgkundige geregistreerd zijn door de FOD Volksgezondheid.

## **2.3. Lijst van de bekwamingen van het personeel voor reactivering (artikel 4, 2°)**

Die lijst werd herzien om daarin ook de bekwamingen van “graduaat of bachelor maatschappelijk verpleegkundige”, van “infirmière spécialisée en santé communautaire”, “graduaat of bachelor in de sociale gezondheidszorg” en van “bachelor of master in het sociaal werk” op te nemen. Daarmee zal al rekening worden gehouden voor de berekening van het forfait voor 2013.

## **2.4. Continuïteit van de verzorging (artikel 5)**

Voor de norm “continuïteit van de verzorging” zullen enerzijds de D-patiënten en anderzijds het verplegend uitzendpersoneel in aanmerking worden genomen (daarmee zal al rekening worden gehouden bij de berekening van het forfait voor 2013).

## **2.5. Afrondingsregels (artikel 6, 3°)**

De volgende afrondingsregels worden toegepast, waarbij met het cijfer dat volgt op de af te ronden decimaal geen rekening wordt gehouden wanneer het lager is dan vijf en de af te ronden decimaal wordt met een eenheid wordt verhoogd als dat cijfer gelijk is aan of hoger is dan vijf:

- voor de berekening van het aantal voltijds equivalenten (VTE's): alle (tussen)berekeningen worden per kwalificatie afgerond tot 3 cijfers na de komma;
- voor de berekening van de bedragen uitgedrukt in euro: alle berekeningen worden afgerond tot 2 cijfers na de komma;
- voor de berekening van de anciënniteit: alle berekeningen worden afgerond tot 3 cijfers na de komma;
- voor de berekening van het gemiddelde aantal rechthebbenden en niet-rechthebbenden: alle berekeningen worden afgerond tot 3 cijfers na de komma.

## **2.6. Gevolgde regels voor de berekening van de voltijds equivalenten (artikel 8, § 1)**

Verduidelijking van de regels die worden gevolgd bij de berekening van de voltijds equivalenten (de meeste regels waren al in de huidige tekst opgenomen; de anderen treden in werking op 1 juli 2013):

- 1° een fysiek persoon die voltijds bij dezelfde werkgever is tewerkgesteld, wordt in aanmerking genomen voor een *gemiddelde* arbeidsduur van maximum 38 uur per week, met inbegrip van de uitzendverpleegkundigen;
- 2° het maximum aantal gepresteerde uren per dag is beperkt tot 11 uur;
- 3° vaststelling (aan de hand van een formule) van het *maximum* aantal uren per trimester;
- 4° vaststelling (aan de hand van een formule) van het *minimum* aantal te presteren dagen per trimester voor een voltijds equivalent;
- 5° voor deze maxima wordt rekening gehouden met alle gepresteerde en/of gelijkgestelde dagen of uren in de loop van het trimester, ook al zijn die dagen of uren gepresteerd in meerdere inrichtingen van/bij dezelfde werkgever.
- 6° de dagen waarop de werknemer met beschikbaarheid is (in openbare instellingen), worden niet in aanmerking genomen;
- 7° in geval van ontslag wordt de compenserende opzeggingsvergoeding niet in aanmerking genomen;
- 8° indien de prestaties van een personeelslid worden gespreid over verschillende activiteiten, worden deze gepresteerde uren/dagen in de volgende orde in aanmerking genomen:
  - men elimineert eerst alle uren die worden gefinancierd in het kader van de zorgvernieuwingsprojecten, de specifieke overeenkomsten voor patiënten met de ziekte van Huntington, Multiple Sclerose, enz. alsook de uren die in een centrum voor dagverzorging zijn gepresteerd of die via de nomenclatuur zijn gefactureerd;
  - men elimineert vervolgens de uren die werden gepresteerd als vervangers van personeelsleden met eindloopbaan;
  - vervolgens houdt men geen rekening met de uren die elders werden gefinancierd in de hoedanigheid van referentiepersoon dementie of lid van de mobiele equipe;
  - en ten slotte berekent men de uren die nog in aanmerking kunnen komen voor de berekening van het forfait.

## **2.7. Uitsluiting van sommige contracten van de basisfinanciering (artikel 8, § 2)**

Exhaustieve lijst van de voltijds equivalenten die niet in aanmerking worden genomen voor de berekening van het forfait (de meesten waren al in de huidige tekst opgenomen; de anderen treden in werking op 1 juli 2013):

- 1° de werknemers "sociale maribel";
- 2° de vervangers van personeelsleden in het kader van de eindloopbaan;
- 3° de vervangers van werknemers van minstens 50 jaar die een specifieke verlofregeling genieten in het kader van de maatregelen inzake eindloopbaan;
- 4° de vervangers van het personeel dat recht heeft op het vormingsproject tot verpleegkundigen;
- 5° de vervangers van het personeel dat recht heeft op een opleidingsproject tot verpleegkundigen in de openbare sector;
- 6° de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van de zorgvernieuwingsprojecten;
- 7° de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van de specifieke overeenkomsten voor patiënten die lijden aan de ziekte van Huntington, multiple sclerose, enz.;
- 8° de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van het generatiepact;
- 9° de animatoren die door de Vlaamse Gemeenschap worden gefinancierd;
- 10° de referentiepersoon dementie die in deel E 3 wordt gefinancierd;
- 11° de referentiepersoon dementie (openbare sector) of de leden van de mobiele equipe (private sector) die in het kader van artikel 4bis van het Koninklijk Besluit "derde luik" worden gefinancierd;
- 12° de personeelsleden die in een centrum voor dagverzorging werken;

13° de personeelsleden die in het kader van artikel 60, § 7 van de OCMW-wet worden gefinancierd;

14° de personeelsleden die werken onder het statuut van een leercontract of een overeenkomst inzake inschakeling in het maatschappelijk en beroepsleven;

15° de uren tijdens dewelke de prestaties van een loontrekkende kinesitherapeut via de nomenclatuur worden gefactureerd.

## **2.8. Activiteit van de directeur (artikel 8, §§ 5 en 6; van toepassing vanaf 1 juli 2013)**

De effectief in zijn kwalificatie gepresteerde uren van de zelfstandige directeur van een inrichting kunnen een tekort in die kwalificatie compenseren, voor maximum 19 uur per week wat de naleving van de normen betreft, en voor een maximum van 38 uur per week wat de continuïteit van de verzorging betreft.

In een inrichting kan maximum en op hetzelfde ogenblik één fysiek persoon de functie van directeur uitoefenen.

De directeur kan deze uren slechts laten gelden in maximum één inrichting. In geval de Dienst vaststelt dat een persoon in meerdere inrichtingen als directeur is aangesteld, zal in geen enkel geval met die dagen of uren rekening worden gehouden.

## **2.9. Flexibiliteit en compensatieregels (artikel 9)**

De compensatieregels (in artikel 11 van het basisbesluit) werden nog versoepeld (daarmee zal al rekening worden gehouden voor de berekening van het forfait voor 2013):

- de compensaties door A1-verpleegkundigen kunnen zo nodig, ook door A2-verpleegkundigen worden ingevuld;
- de huidige wetgeving bepaalt: *“het tekort aan verpleegkundigen kan voor maximum 20 % door een teveel aan personeelsleden voor reactivering en/of verzorgingspersoneel worden gecompenseerd”*. In het bijgevoegde wijzigingsbesluit wordt daaraan toegevoegd dat *“dit percentage van 20 % verhoogd kan worden tot 30 % voor de inrichtingen die minstens 7 VTE verpleegkundigen tewerkstellen”*.

## **2.10. Berekening van de anciënniteit (artikel 10, 1°)**

Verduidelijking van de regels voor de berekening van de anciënniteit. Er wordt in het bijzonder gepreciseerd dat:

- met uitzondering van de referentiepersoon dementie, de personeelsleden, bedoeld in het voormelde punt 2.7, niet in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelde anciënniteit in de inrichting;
- de anciënniteit per individu en per kwalificatie wordt berekend;
- indien een persoon meerdere contracten heeft, rekening wordt gehouden met zijn anciënniteit op de laatste dag van de referentieperiode of op het einde van zijn contract.

## **2.11. Jaarlijkse loonkosten van het personeel voor reactivering (artikel 10, 2° en 3°)**

Aanpassing van het percentage en van de berekeningswijze van de onregelmatige en ongemakkelijke prestaties van de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten en het personeel voor de reactivering (verhoging van 0,74 % tot 0,79 % van het brutomaandloon) (cf. **artikel 7**), als gevolg van de uitbreiding van de ongemakkelijke prestaties voor die personeelsleden vanaf 1 januari 2011.

## **2.12. Forfait voor het verzorgingsmateriaal (deel B1) (artikel 14)**

Eenzelfde bedrag als het bedrag dat voor de patiënten van categorie B is uitgetrokken, werd voor de patiënten van categorie D ingevoerd.

### **2.13. Forfait voor de palliatieve functie (deel C) (artikel 15)**

Artikel 22 van het basisbesluit werd geherformuleerd om enerzijds de berekeningsformule van het bedrag van deel C op te nemen en om anderzijds duidelijker te vermelden dat de patiënten die in de categorieën Cc en Cd zijn ondergebracht, wel degelijk deel uitmaken van de patiënten die in categorie C zijn opgenomen (zoals dat ook in andere artikelen wordt gepreciseerd). De patiënten die in categorie D zullen worden ondergebracht, zijn niet opgenomen omdat hiervoor geen budget is uitgetrokken (van toepassing vanaf 1 juli 2013).

### **2.14. Functiecomplement van de hoofdverpleegkundige, van de hoofdparamedicus en van de coördinerend verpleegkundige (deel E2) (artikel 18)**

De berekeningsformule werd verduidelijkt en de volgende preciseringen aangebracht:

- voor de hoofdverpleegkundigen in de RVT's mag dat bedrag worden gecumuleerd met het bedrag van deel E1;
- alle personeelsleden die in de inrichting aanwezig zijn, worden ook meegeteld in de samenstelling van het verzorgingsteam, ook de uitzendverpleegkundigen en diegenen die van de financiering zijn uitgesloten (cf. punt 2.7).

### **2.15. Referentiepersoon dementie (deel E3) (artikel 19)**

Er werden verschillende preciseringen aangebracht:

- gedurende eenzelfde periode wordt maximum één referentiepersoon dementie in aanmerking genomen, maar het is mogelijk dat tijdens de referentieperiode meerdere opeenvolgende referentiepersonen worden aangewezen. In andere woorden: de functie van referentiepersoon dementie kan maar door één personeelslid uitgeoefend worden. Bij zijn afwezigheid kan de functie echter door een ander personeelslid worden bekleed die aan de voorgeschreven voorwaarden voldoet (van toepassing vanaf 1 juli 2011);
- om in aanmerking te komen voor die financiering, moet de inrichting gedurende de referentieperiode gemiddeld 25 patiënten in afhankelijkheids categorie Cd hebben gehuisvest. Als aan die voorwaarde werd voldaan gedurende een referentieperiode, is ze nadien echter niet meer van toepassing – behalve als wordt vastgesteld dat de inrichting gedurende een volledige referentieperiode niet over een referentiepersoon dementie beschikt (van toepassing vanaf 1 juli 2011);
- de referentiepersoon dementie moet een contract hebben van minstens 19uur/week of als referentiepersoon dementie voor minstens 19 uur/week zijn benoemd (van toepassing vanaf 1 juli 2011);
- de referentiepersoon dementie moet loontrekkend of statutair zijn;
- een loontrekkende of statutaire directeur, een hoofdverpleegkundige, een hoofdparamedicus of een verpleegkundig coördinator mogen echter niet tegelijkertijd de functie van referentiepersoon dementie uitoefenen.

### **2.16. Schraping van deel E4 (artikel 6, 1° en artikel 20)**

Deel E4 (de financiering van een premie voor de bijzondere beroepstitels en beroepsbekwaamheden), ingevoegd bij het Ministerieel Besluit van 14 maart 2012, werd geschrapt omdat die financiering door de nationale overeenkomst tussen de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen, de centra voor dagverzorging en de verzekeringsinstellingen wordt geregeld.

### **2.17 Coördinerend geneesheer (deel F) (artikel 21; van toepassing vanaf 1 juli 2013)**

De formule voor de berekening van dat deel F wordt voortaan gebaseerd op het aantal patiënten *in het RVT* en dus niet meer op het aantal rechthebbenden.

## **2.18. Verantwoordelijke voor de navorming van het personeel op het gebied van dementie (deel H) (artikel 22; van toepassing vanaf 1 juli 2013)**

In principe is de verantwoordelijke voor de tenlasteneming binnen de inrichting van de problematiek inzake dementie en van de opleiding van het personeel de referentiepersoon dementie. Als de inrichting niet over een dergelijke referentiepersoon beschikt, dan is die verantwoordelijke in de RVT's normaliter de coördinerend geneesheer of de hoofdverpleegkundige, en in de ROB's een verpleegkundige of een gekwalificeerd lid van het personeel dat al een zekere ervaring op dat vlak bezit.

## **2.19. Voorwaarden die moeten worden vervuld om aanspraak te kunnen maken op de tegemoetkoming (artikel 24)**

Er wordt gepreciseerd dat de vergoeding van de ongemakkelijke prestaties sinds 1 januari 2011 wordt uitgebreid naar alle loontrekkende of statutaire personeelsleden (cf. het voormelde punt 2.11).

## **2.20. Gegevens die aan het RIZIV moeten worden meegedeeld (artikelen 25 en 26)**

De lijst van de documenten die de Dienst aan de inrichtingen kan vragen, werd geherformuleerd en vervolledigd, en er wordt gepreciseerd dat de elektronische vragenlijst in het bijzonder de volgende inlichtingen moet bevatten:

- het bankrekeningnummer van de inrichting;
- het KBO-nummer en het vestigingseenheidsnummer;
- de naam en het rijksregisternummer van de directeur;
- één of twee e-mailadressen waarnaar de Dienst nuttige informatie kan versturen.

Er moet worden opgemerkt dat alle berekeningen voortaan op het aantal patiënten worden gebaseerd en niet meer op het aantal rechthebbenden.

## **3. Wijziging van de formulieren voor de aanvraag om tegemoetkoming en van de katzschaal**

Bijgevoegd vindt u de aangepaste formulieren voor de aanvraag om tegemoetkoming (bijlage 40a) en de evaluatieschaal (bijlage 41).

Wij vestigen er uw aandacht op dat in geval van diagnose door een geneesheer-specialist en dus als een categorie D (of Cd) wordt gevraagd,

- de scores betreffende de *desoriëntatie van de patiënt in tijd en ruimte* niet moeten worden ingevuld;
- de *datum van de diagnose door een geneesheer-specialist* op de evaluatieschaal (bijlage 41) moet worden vermeld en in het individueel verzorgingsdossier van de patiënt moet worden opgenomen;
- de katzschaal altijd door *de behandelend geneesheer* moet worden ondertekend, behalve in geval van overschakeling van categorie D (waarvoor de behandelend geneesheer de katzschaal al heeft ondertekend) naar categorie Cd.

Die nieuwe formulieren zijn van toepassing vanaf **1 januari 2013**. Als u echter nog over oude formulieren beschikt, kunt u ze nog tot *31 maart 2013* gebruiken, behalve natuurlijk in geval van een aanvraag om tegemoetkoming voor een rechthebbende die in categorie D is ondergebracht.

## **4. Kappa-controles**

Voorlopig zal er in de controles **geen rekening worden gehouden** met de D-patiënten die mogelijk vanaf 1 januari 2013 in de ROB's aanwezig zijn (cf. *infra*, punt 5.3).



Wanneer het Koninklijk Besluit "Kappa" van 21 augustus 2008 gewijzigd zal zijn, zullen vervolgens de volgende maatregelen van toepassing zijn:

- voor de patiënten die tot afhankelijkheids categorie D behoren, worden alleen de criteria inzake fysieke afhankelijkheid onderzocht om te bepalen of zij niet in afhankelijkheids categorie Cd moeten worden ondergebracht;
- het lokaal college zal nagaan of de datum van het gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie wel degelijk in het verzorgingsdossier is vermeld. Indien dat niet het geval is, worden die patiënten opnieuw ondergebracht in de afhankelijkheids categorie die overeenstemt met hun fysieke en psychische afhankelijkheid tijdens het bezoek;
- indien de patiënten die vóór de controle tot afhankelijkheids criteria Cd behoorden en *bij wie de diagnose van dementie is gesteld*, niet beantwoorden aan de criteria inzake fysieke afhankelijkheid die met die categorie overeenstemmen, worden die patiënten opnieuw in afhankelijkheids categorie D ondergebracht.

## 5. Wat moet u doen met betrekking tot deze maatregelen?

**5.1.** Vooreerst moeten de evaluatieschalen van alle reeds door een geneesheer-specialist gediagnosticeerde patiënten die in uw inrichting zijn gehuisvest, door hun behandelend geneesheren worden ingevuld en ondertekend. Vervolgens stuurt u vanaf 1 januari 2013 de aanvragen om tegemoetkoming (bijlage 40a) naar de verzekeringsinstellingen samen met de evaluatieschalen van die patiënten die voortaan in categorie D mogen worden ondergebracht, en die door de behandelend geneesheer behoorlijk zijn ondertekend. **Let op:** de aanvragen betreffende de patiënten die reeds op 31 december 2012 gediagnosticeerd zijn, moeten uiterlijk op 7 januari verstuurd worden naar de verzekeringsinstellingen om vanaf 1 januari 2013 in aanmerking genomen te worden.

**5.2.** Indien u aanspraak wenst te maken op deel Z5, gelieve ons uiterlijk op 31 januari 2013 mee te delen **hoeveel A-patiënten** op 1 januari 2013 **D-patiënten** zijn geworden (dus zonder rekening te houden met de B-patiënten die D-patiënten zijn geworden), op een formulier dat we u tegen dan zullen bezorgen.

**5.3.** Gelieve ten slotte in geval van een "Kappa-controle" **het aantal patiënten mee te delen die ondergebracht zijn in categorie D** in de lijst die de inrichtingen aan het lokaal college moeten bezorgen en waarin alle patiënten in alfabetische volgorde zijn gerangschikt zonder vermelding van hun afhankelijkheids categorie of van hun verzekeringsinstelling.

**Een officieuze coördinatie van het Ministerieel Besluit van 6 november 2003 zal u weldra kunnen raadplegen op onze website.**

Voor alle bijkomende inlichtingen kunt u ons **tussen 9 en 12 uur** telefonisch bereiken op het nummer 02/739.78.35, per fax op het nummer 02/739.73.52 of per e-mail op het adres [rob.rvt@riziv.fgov.be](mailto:rob.rvt@riziv.fgov.be). Gelieve altijd uw RIZIV-nummer en uw telefoonnummer te vermelden.

Wij danken u alvast voor uw medewerking in het kader van de regeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Hoogachtend,

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder,  
Directeur-generaal.

# KONINKRIJK BELGIE

--- □ ---

## Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

---- □ ----

5 december 2012 - Koninklijk besluit tot wijziging 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.

*Albert II, Koning der Belgen,*

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, § 1, vijfde lid;

Gelet op 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;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 16 mei 2012;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 21 mei 2012 ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 16 juli 2012;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 30 augustus 2012;

Gelet op het voorafgaand onderzoek van de noodzaak om een effectbeoordeling waarbij werd besloten dat geen effectbeoordeling is vereist;

Gelet op het advies 52.068/2 van de Raad van State gegeven op 17 oktober 2012, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

**HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :**

# ROYAUME DE BELGIQUE

--- □ ---

## Service Public Fédéral Sécurité Sociale

---- □ ----

5 décembre 2012 - Arrêté royal modifiant 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.

*Albert II, Roi des Belges,*

**A tous, présents et à venir, Salut.**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5 ;

Vu 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 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 16 mai 2012 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, émis le 21 mai 2012 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 16 juillet 2012 ;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 30 août 2012 ;

Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise ;

Vu l'avis 52.068/2 du Conseil d'Etat donné le 17 octobre 2012, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat ;

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

**NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS :**

**Artikel 1.** Artikel 148, eerste lid, 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, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 13 juni 1999 en 13 oktober 2004, wordt gewijzigd als volgt:

1° het tweede streep wordt vervangen als volgt :

“- categorie C: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt die:

- fysisch afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én zij zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, én zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;

- psychisch afhankelijk zijn (categorie Cd):

zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, én zij zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten,

of het gaat om rechthebbenden waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag, de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd én die afhankelijk zijn om zich te wassen en te kleden, én afhankelijk zijn wegens incontinentie, én afhankelijk zijn voor transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.”.

2° het volgend streep wordt toegevoegd :

“- categorie D: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag, de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd.”.

**Art. 2.** Artikel 150 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 13 juni 1999, 9 juli 2003, 13 oktober 2004 et 28 september 2006, wordt gewijzigd als volgt:

1° het vierde streep wordt vervangen als volgt :

“- categorie C: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt die:

- fysisch afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 148, alinéa 1<sup>er</sup>, 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, modifié par les arrêtés royaux des 13 juin 1999 et 13 octobre 2004, sont apportées les modifications suivantes :

1° le second tiret est remplacé comme suit :

« - catégorie C : y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

- sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger,

ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger. ».

2° le tiret suivant est ajouté :

« - catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie. ».

**Art. 2.** A l'article 150 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 13 juin 1999, 9 juillet 2003, 13 octobre 2004 et 28 septembre 2006, sont apportées les modifications suivantes :

1° le quatrième tiret est remplacé comme suit :

« - catégorie C: y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants

te wassen en te kleden, én zij zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, én zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;

- psychisch afhankelijk zijn (categorie Cd):

zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, én zij zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten,

of het gaat om rechthebbenden waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag, de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd, én die afhankelijk zijn om zich te wassen en te kleden, én afhankelijk zijn wegens incontinentie, én afhankelijk zijn voor transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.”.

2° het volgend streep wordt toegevoegd :

“- categorie D: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag, de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd.”.

**Art. 3. § 1.** Artikel 152, § 3, tweede alinea, van hetzelfde besluit, vervangen door het koninklijk besluit van 7 april 2005, wordt vervolledigd met de volgende zin:

“De aanvraag voor een tegemoetkoming voor een rechthebbende die is geklasseerd in de categorie D kan pas ingediend worden op voorwaarde dat in het verzorgingsdossier zoals bedoeld in § 4 de datum is vermeld waarop de diagnose van dementie is gesteld.”.

**§ 2.** Artikel 152, § 4, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 13 juni 1999,.

1° in de eerste alinea, worden de woorden “in de afhankelijkheidscategorieën A, B en C” vervangen door de woorden “in de afhankelijkheidscategorieën A, B, C, Cd, Cc en D”;

2° § 4 wordt vervolledigd als volgt :

“d) als de rechthebbende in de categorie D geklasseerd is: de datum van het gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie.”.

pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

- sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger,

ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger. ».

2° le tiret suivant est ajouté :

« - catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie. ».

**Art. 3. § 1<sup>er</sup>.** L'article 152, § 3, alinéa 2, du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 7 avril 2005, est complété par la phrase suivante :

« La demande pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D ne peut être introduite que si la date où le diagnostic de démence a été posé est mentionnée dans le dossier de soins visé au § 4. ».

**§ 2.** Dans l'article 152, § 4, du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 13 juin 1999, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « la catégorie de dépendance A, B ou C » sont remplacés par les mots « la catégorie de dépendance A, B, C, Cd, Cc ou D » ;

2° le § 4 est complété comme suit :

« d) si le bénéficiaire est classé dans la catégorie D : la date du bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie. ».

**Art. 4.** Artikel 153, § 2, van hetzelfde besluit, vervangen bij het koninklijk besluit van 4 april 2003 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 28 september 2006, wordt vervolledigd met het volgende lid:

“Indien het gaat om een rechthebbende die is geklasseerd in de categorie D, en telkens als hij enkel op basis van de fysieke criteria in de evaluatieschaal van categorie zou wijzigen, dient de inrichting een aangepaste evaluatieschaal aan de verzekeringsinstelling over te maken. Het meedelen van deze informatie aan de verzekeringsinstelling doet geen afbreuk aan het feit dat de rechthebbende, op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, geklasseerd blijft in de categorie D, tenzij het gaat om een rechthebbende die daardoor geklasseerd wordt in de categorie Cd.”

**Art. 5.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2013, met uitzondering van artikel 1 dat in werking treedt op 1 juli 2013.

**Art. 6.** De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 5 december 2012.

VAN KONINGSWEGE :

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

**Art. 4.** L'article 153, § 2, du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 4 avril 2003 et modifié par l'arrêté royal du 28 septembre 2006, est complété par l'alinéa suivant :

« S'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie D, chaque fois qu'il serait susceptible de changer de catégorie sur la seule base des critères physiques de l'échelle d'évaluation, l'institution doit transmettre une échelle d'évaluation adaptée à son organisme assureur. La communication de cette information à l'organisme assureur ne porte aucun préjudice au fait que le bénéficiaire reste classé dans la catégorie D lorsqu'il l'est sur base d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, sauf s'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie Cd. ».

**Art. 5.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013, à l'exception de l'article 1<sup>er</sup> qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2013.

**Art. 6.** Le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 5 décembre 2012.

PAR LE ROI :

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

Laurette ONKELINX

## KONINKRIJK BELGIE

---- ♦ ----

Federale overheidsdienst Sociale Zekerheid

---- ♦ ----

**5 december 2012 - Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden**

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 37, § 12, eerste lid, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 19 december 2008;

Gelet op het Ministerieel Besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 16 mei 2012 en 6 juni 2012;

Gelet op het voorstel van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, uitgebracht op 21 mei 2012 en 11 juni 2012;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 16 juli 2012;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 30 augustus 2012;

Gelet op het advies 52.063/2 van de Raad van State gegeven op 17 oktober 2012, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Besluit:

**Artikel 1.** Artikel 1 van het Ministerieel Besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 19 oktober 2004, 28 februari 2005, 16 februari 2007, 2 maart 2009 en 4 mei 2010, wordt gewijzigd als volgt:

## ROYAUME DE BELGIQUE

---- ♦ ----

Service public fédéral Sécurité Sociale

---- ♦ ----

**5 décembre 2012 - Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées**

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, article 37, § 12, alinéa 1<sup>er</sup>, modifié par les lois du 20 décembre 1995 et du 19 décembre 2008 ;

Vu l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné les 16 mai 2012 et 6 juin 2012 ;

Vu la proposition du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, émise les 21 mai 2012 et 11 juin 2012 ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 16 juillet 2012 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 30 août 2012 ;

Vu l'avis 52.063/2 du Conseil d'Etat donné le 17 octobre 2012, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat ;

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, modifié par les arrêtés ministériels des 19 octobre 2004, 28 février 2005, 16 février 2007, 2 mars 2009 et 4 mai 2010, sont apportées les modifications suivantes :

1° in 8°, worden al de woorden na de woorden “gecoördineerde wet van 14 juli 1994” geschrapt;

2° een 15°*bis* wordt toegevoegd:

“15°*bis* “hoofdverpleegkundige”: het personeelslid, bedoeld in de punten B, 3, e) en f) van Bijlage 1 bij het Koninklijk Besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzonder erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels;”;

3° een 18° wordt toegevoegd:

“18° “directeur”: de persoon die door de inrichtende macht belast is met het dagelijks beheer van de inrichting.”.

**Art. 2.** Artikel 2, § 2, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 16 februari 2007, 4 juli 2008 en 10 december 2009, wordt vervolledigd als volgt:

“f) voor de patiënten die in de afhankelijkheidscategorie D zijn opgenomen:

- 1,2 verpleegkundigen;
- 4 leden van het verzorgingspersoneel;
- 1,25 personeelsleden voor reactivering;
  
- 1,4 personeelsleden voor reactivering per 30 patiënten die verblijven in een erkend bed voor kortverblijf (liaisonfunctie)”.

**Art. 3.** Artikel 3, § 2, e), van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 28 februari 2005, wordt vervangen als volgt:

“e) voor de patiënten die in de afhankelijkheidscategorie D zijn opgenomen:

- 2,5 verpleegkundigen;
- 5,2 leden van het verzorgend personeel;
- 1 kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist;
- 2,5 personeelsleden voor reactivering;
- bijkomend 0,1 lid van het personeel voor reactivering dat een bekwaaming heeft in palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van de terminale patiënten.”.

**Art. 4.** In artikel 4 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 16 februari 2007 en 14 maart 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in § 1, laatste lid, worden de woorden “en alleen als ze niet voldoen aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een registratie als zorgkundige door de FOD Volksgezondheid met toepassing van het Koninklijk Besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige,” na de woorden “Op hun verzoek” ingevoegd.

1° au 8°, tous les mots suivant les mots « coordonnée le 14 juillet 1994 précitée » sont supprimés ;

2° un 15°*bis* est ajouté :

« 15°*bis* "infirmier(ère) en chef" : le membre du personnel visé aux points B, 3, e) et f), de l'Annexe 1 à l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises ; » ;

3° un 18° est ajouté :

« 18° “directeur” : la personne chargée par le pouvoir organisateur de la gestion journalière de l'institution. ».

**Art. 2.** L'article 2, § 2, du même arrêté, modifié par les arrêtés ministériels des 16 février 2007, 4 juillet 2008 et 10 décembre 2009, est complété comme suit :

« f) pour les patients classés dans la catégorie de dépendance D :

- 1,2 praticiens de l'art infirmier ;
- 4 membres du personnel soignant ;
- 1,25 membres du personnel de réactivation ;
- 1,4 membres du personnel de réactivation par 30 patients qui occupent un lit de court séjour agréé (fonction de liaison). ».

**Art. 3.** L'article 3, § 2, e), du même arrêté, modifié par l'arrêté ministériel du 28 février 2005, est remplacé comme suit :

« e) pour les patients classés dans la catégorie de dépendance D :

- 2,5 praticiens de l'art infirmier;
- 5,2 membres du personnel soignant;
- 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède ;
- 2,5 membres du personnel de réactivation;
- 0,1 membre supplémentaire du personnel de réactivation, compétent en matière de soins palliatifs, pour le soutien aux soins des patients en phase terminale. ».

**Art. 4.** Dans l'article 4 du même arrêté, modifié par les arrêtés ministériels des 16 février 2007 et 14 mars 2012, sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1<sup>er</sup>, dernier alinéa, après les mots « A leur demande, » sont insérés les mots : « et seulement s'ils ne remplissent pas les conditions pour un enregistrement comme aide-soignant par le SPF Santé publique en application de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant, ».

2° § 2 wordt vervangen als volgt:

“§ 2. De personeelsleden voor reactivering moeten over ten minste een van de volgende bekwaleringen beschikken of over een bekwalering die daarmee gelijkgesteld is door de bevoegde overheid:

- graduaat of licentiaat of master in de kinesitherapie;
- graduaat of bachelor of licentiaat of master in de logopedie;
- graduaat of bachelor in de ergotherapie;
- graduaat of bachelor in de arbeidstherapie;
- graduaat of bachelor in de readaptatiewetenschappen;
- graduaat of bachelor in de dieetleer;
- graduaat of bachelor of licentiaat of master in de pedagogie of de orthopedagogiek;
- graduaat of bachelor of postgraduaat of master in de psychomotoriek;
- licentiaat of master in de psychologie;
- graduaat of bachelor psychologisch assistent;
  
- graduaat of bachelor sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg of maatschappelijk verpleegkundige of “infirmière spécialisée en santé communautaire”;
- bachelor of master in het sociaal werk;
- graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen;
  
- licentiaat of master in de gerontologie;
- graduaat of bachelor opvoeder.”.

**Art. 5.** In artikel 5, tweede lid, van hetzelfde besluit, vervangen bij het Ministerieel Besluit van 10 december 2009, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° de woorden “de categorie B en/of C” worden telkens vervangen door de woorden “de categorieën B, C, Cd, Cc en/of D”
- 2° het tweede lid wordt aangevuld met de volgende zin: “Het verplegend uitzendpersoneel, bedoeld in artikel 8, § 2, d), wordt ook in aanmerking genomen.”.

**Art. 6.** In artikel 6 van hetzelfde besluit, vervangen bij het Ministerieel Besluit van 4 juli 2008 en gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 2 maart 2009, 4 mei 2010 en 14 maart 2012, waarvan de bestaande tekst § 1 zal vormen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° in punt g) worden de woorden “Deel E 4: financiering van een premie voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden” geschrapt;
- 2° een punt o) wordt toegevoegd:  
“o) Deel Z5: de financiering van de afhankelijkheids-categorie D tussen 1 januari 2013 en 31 december 2014.”.
- 3° een § 2 wordt toegevoegd:

2° le § 2 est remplacé comme suit :

« § 2. Les membres du personnel de réactivation doivent disposer d’au moins une des qualifications suivantes ou d’une qualification assimilée à celles-ci par l’autorité compétente :

- graduat ou licence ou master en kinésithérapie;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie;
- graduat ou baccalauréat en ergothérapie;
- graduat ou baccalauréat en thérapie du travail;
- graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation ;
- graduat ou baccalauréat en diététique;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en pédagogie ou en orthopédagogie;
- graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité;
- licence ou master en psychologie;
- graduat ou baccalauréat d’assistant en psychologie;
- graduat ou baccalauréat d’assistant social ou “in de sociale gezondheidszorg” ou d’infirmière sociale ou d’infirmière spécialisée en santé communautaire ;
- “bachelor of master in het sociaal werk”;
- “graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen”;
- licence ou master en gérontologie;
- graduat ou baccalauréat d’éducateur. ».

**Art. 5.** Dans l’article 5 du même arrêté, remplacé par l’arrêté ministériel du 10 décembre 2009, sont apportées les modifications suivantes :

- 1° les mots « la catégorie B et/ou C » sont remplacés chaque fois par les mots : « les catégories B, C, Cd, Cc et/ou D ».
- 2° l’alinéa 2 est complété par la phrase suivante : « Le personnel infirmier intérimaire visé à l’article 8, § 2, d), est également pris en considération. ».

**Art. 6.** Dans l’article 6 du même arrêté, remplacé par l’arrêté ministériel du 4 juillet 2008 et modifié par les arrêtés ministériels des 2 mars 2009, 4 mai 2010 et 14 mars 2012, dont le texte actuel formera le § 1<sup>er</sup>, sont apportées les modifications suivantes :

- 1° au point g), les mots « Partie E4 : le financement d’une prime pour des titres et qualifications professionnels particuliers » sont supprimés ;
- 2° un point o) est ajouté :  
« o) Partie Z5 : le financement de la catégorie de dépendance D entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 31 décembre 2014. ».
- 3° un § 2 est ajouté :



“§ 2. Bij de berekening van deze delen gelden de volgende afrondingsregels, waarbij met het cijfer dat volgt op de af te ronden decimaal geen rekening wordt gehouden wanneer het lager is dan vijf en de af te ronden decimaal met een eenheid wordt verhoogd als dat cijfer gelijk is aan of hoger is dan vijf:

- a) voor de berekening van het aantal voltijdse equivalent (VTE): alle (tussen)berekeningen worden per kwalificatie afgerond tot 3 cijfers na de komma, zowel het VTE per trimester als het VTE tijdens de referentieperiode, als het totaal aantal VTE per kwalificatie;
- b) voor de berekening van bedragen uitgedrukt in euro: alle berekeningen worden afgerond tot 2 cijfers na de komma;
- c) voor de berekening van de anciënniteit, bedoeld in artikel 13: alle berekeningen worden afgerond tot 3 cijfers na de komma;
- d) voor de berekening van het gemiddelde aantal rechthebbenden en niet-rechthebbenden: alle berekeningen worden afgerond tot 3 cijfers na de komma.”.

**Art. 7.** In artikel 7, b), van hetzelfde besluit, vervangen bij het Ministerieel Besluit van 14 maart 2012, worden de woorden “de onregelmatige prestaties van de leden van het personeel voor reactivering (0,74 % van het bruto maandloon)” vervangen door de woorden “de onregelmatige en de ongemakkelijke prestaties van de kinesitherapeuten, de ergotherapeuten, de logopedisten en van de leden van het personeel voor reactivering (0,79 % van het bruto maandloon)”.

**Art. 8. § 1.** Artikel 8, § 1, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt:

“Art. 8. § 1. De Dienst berekent het aantal voltijds equivalenten per kwalificatie dat in de inrichting aanwezig is tijdens de referentieperiode. Daarbij worden de volgende regels toegepast :

- 1° een fysiek persoon die voltijds bij dezelfde werkgever is tewerkgesteld, wordt in aanmerking genomen voor een gemiddelde arbeidsduur van maximum 38 uur per week, met inbegrip van zijn prestaties als een uitzendverpleegkundige;
- 2° het maximum aantal gepresteerde uren per dag is beperkt tot 11 uur;
- 3° het maximum aantal uren per trimester  $t_x$  bedraagt: aantal dagen van maandag tot vrijdag in het trimester  $t_x * 7,6$  uur/dag;
- 4° voor het minimum aantal te presteren dagen per trimester, inclusief de gelijkgestelde dagen, voor een voltijdse equivalent geldt de volgende regel :

« § 2. Pour le calcul de ces parties, les règles suivantes sont appliquées pour les arrondis, en négligeant le chiffre suivant la décimale à arrondir s'il est inférieur à cinq et en portant la décimale à arrondir à l'unité supérieure si ce chiffre est égal ou supérieur à cinq :

- a) pour le calcul du nombre d'équivalents temps plein (ETP) : tous les calculs par qualification, y compris les calculs intermédiaires, sont arrondis à trois décimales, tant pour le nombre d'ETP par trimestre que pour le nombre d'ETP pendant la période de référence ou le nombre total d'ETP;
- b) pour le calcul des montants exprimés en euros : tous les calculs sont arrondis à deux décimales ;
- c) pour le calcul de l'ancienneté visé à l'article 13 : tous les calculs sont arrondis à trois décimales ;
- d) pour le calcul du nombre moyen de bénéficiaires et de non bénéficiaires : tous les calculs sont arrondis à trois décimales. ».

**Art. 7.** Dans l'article 7, b), du même arrêté, remplacé par l'arrêté ministériel du 14 mars 2012, les mots « les prestations irrégulières des membres du personnel de réactivation (0,74 % du salaire mensuel brut) » sont remplacés par les mots : « les prestations irrégulières et les prestations inconfortables des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes et des membres du personnel de réactivation (0,79 % du salaire mensuel brut) ».

**Art. 8. § 1<sup>er</sup>.** L'article 8, § 1<sup>er</sup>, du même arrêté est remplacé comme suit :

« Art. 8. § 1<sup>er</sup>. Le Service calcule le nombre d'équivalents temps plein par qualification présents dans l'institution au cours de la période de référence. Pour ce faire, les règles suivantes sont appliquées :

- 1° une personne physique occupée à temps plein chez le même employeur est prise en considération pour une durée de travail moyenne de 38 heures par semaine au maximum, y compris ses prestations comme praticien de l'art infirmier en tant qu'intérimaire ;
- 2° le nombre maximum d'heures prestées par jour est limité à 11 ;
- 3° le nombre maximum d'heures par trimestre  $t_x$  s'élève à : nombre de jours du lundi au vendredi pendant le trimestre  $t_x * 7,6$  heures par jour ;
- 4° pour un équivalent temps plein, le nombre minimum de jours à prester par trimestre, y compris les jours assimilés, est déterminé au moyen de la règle suivante :

$$[(P * 11) + (NP * 7,6)] \geq H * (d_1/d_2)$$

waarbij:

P = aantal gepresteerde en aantal gelijkgestelde dagen in trimester  $t_x$

NP = aantal niet-gelijkgestelde dagen in trimester  $t_x$

H = aantal dagen van maandag tot vrijdag, gedurende het trimester, vermenigvuldigd met 7,6 uur per dag

$d_1$  = aantal kalenderdagen van voltijdse tewerkstelling

$d_2$  = aantal kalenderdagen in het trimester;

$$[(P * 11) + (NP * 7,6)] \geq H * (d_1/d_2)$$

où :

P = nombre de journées prestées et nombre de journées assimilées dans le trimestre  $t_x$

NP = nombre de jours non assimilés dans le trimestre  $t_x$

H = nombre de jours du lundi au vendredi, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour

$d_1$  = nombre de jours calendrier d'occupation à temps plein

$d_2$  = nombre de jours calendrier au cours du trimestre ;

- |   |   |
|---|---|
| 5° voor deze maxima wordt rekening gehouden met alle gepresteerde en/of gelijkgestelde dagen of uren in de loop van het trimester, ook al zijn die dagen of uren gepresteerd in meerdere inrichtingen van/bij dezelfde werkgever. Als de Dienst vaststelt dat deze maxima zijn overschreden, zal hij die dagen of uren beperken tot het aanvaarde maximum. Het toegelaten maximum aan prestaties wordt dan proportioneel verdeeld over de verschillende inrichtingen op basis van het aantal uren van het contract van de persoon in iedere inrichting; | 5° pour ces maxima, il est tenu compte de toutes les journées prestées et/ou assimilées ou heures prestées et/ou assimilées au cours du trimestre, même si ces journées ou heures ont été prestées dans plusieurs institutions auprès du même employeur. En cas de dépassement de ces maxima constaté par le Service, celui-ci les limite au maximum autorisé. Le maximum de prestations admis est alors réparti proportionnellement entre les différentes institutions, en fonction du nombre d'heures du contrat de la personne dans chaque institution ; |
| 6° de dagen waarop de werknemer met beschikbaarheid is, worden niet in aanmerking genomen;  | 6° les journées pendant lesquelles le travailleur est mis en disponibilité ne sont pas prises en considération ;  |
| 7° in geval van ontslag wordt de compenserende opzeggingsvergoeding niet in aanmerking genomen;   | 7° en cas de licenciement, l'indemnité compensatoire de préavis n'est pas prise en considération ;  |
| 8° indien de prestaties van een personeelslid worden gespreid over verschillende activiteiten, worden deze gepresteerde uren/dagen in volgorde toegewezen aan :   | 8° si les prestations d'un membre du personnel sont réparties entre plusieurs activités, ces heures/jours prestés sont attribués dans l'ordre pour :  |
| a) prestaties zoals bedoeld in artikel 8, § 2, b), 6°, 7°, 12° en 15°;  | a) les prestations visées à l'article 8, § 2, b), 6°, 7°, 12° et 15° ;  |
| b) prestaties zoals bedoeld in artikel 8, § 2, b), 2°;  | b) les prestations visées à l'article 8, § 2, b), 2° ;  |
| c) prestaties zoals bedoeld in artikel 8, § 2, b), 10° en 11°;  | c) les prestations visées à l'article 8, § 2, b), 10° et 11° ;  |
| d) en tenslotte de prestaties die het voorwerp uitmaken van de forfaitaire tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 17."   | d) et enfin les prestations faisant l'objet de l'allocation forfaitaire, comme visé à l'article 17. ».  |

**§ 2.** Artikel 8, § 2, b), van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 16 februari 2007, 4 juli 2008, 10 december 2009, 4 mei 2010 en 14 maart 2012, wordt vervangen als volgt:

"b) de VTE's van de volgende personeelsleden worden niet in aanmerking genomen voor de berekening van de tegemoetkoming, zoals bedoeld in artikel 17:

**§ 2.** L'article 8, § 2, b), du même arrêté, modifié par les arrêtés ministériels des 16 février 2007, 4 juillet 2008, 10 décembre 2009, 4 mai 2010 et 14 mars 2012, est remplacé comme suit :

« b) les ETP des membres du personnel suivants ne sont pas pris en considération pour le calcul de l'allocation visée à l'article 17 :

- 1° de personeelsleden die onder de toepassing vallen van de “sociale maribel” met 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 onder de toepassing vallen van de “fiscale maribel” met toepassing van het Koninklijk Besluit van 13 juni 2010 tot wijziging van het voornoemde Koninklijk Besluit van 18 juli 2002;
- 1° les membres du personnel qui tombent sous l'application du "maribel 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 du "maribel fiscal" en application de l'arrêté royal du 13 juin 2010 modifiant l'arrêté royal du 18 juillet 2002 précité ;
- 2° de personeelsleden die onder de toepassing vallen van de bepalingen van artikel 4, § 1, 3° van het Koninklijk Besluit van 15 september 2006 tot uitvoering van artikel 59 van de wet van 2 januari 2001 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen, wat de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan betreft (de “vervangers”);
- 2° les membres du personnel qui tombent sous l'application des dispositions de l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 3° de l'arrêté royal du 15 septembre 2006 portant exécution de l'article 59 de la loi du 2 janvier 2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses, en ce qui concerne les mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière (les "remplaçants") ;
- 3° de vervangers van de werknemers van minstens 50 jaar, die de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan niet genieten, maar die een bijkomend verlof genieten in het kader van het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de sector van de geneeskundige verzorging en dat in 2005 door de Federale Regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers;
- 3° les remplaçants des travailleurs d'au moins 50 ans, qui ne bénéficient pas des mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière, mais qui bénéficient d'un congé supplémentaire dans le cadre de l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations représentatives concernées des employeurs et des travailleurs ;
- 4° de personeelsleden die onder de toepassing vallen van de bepalingen van artikel 6 van de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 15 februari 2012 waarbij algemeen verbindend wordt verklaard de collectieve arbeidsovereenkomst van 11 april 2011, gesloten in het Paritair Comité voor de gezondheidsinrichtingen en -diensten, betreffende het vormingsproject tot verpleegkundigen;
- 4° les membres du personnel qui tombent sous l'application des dispositions de l'article 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 15 février 2012 rendant obligatoire la convention collective de travail du 11 avril 2011, conclue au sein de la Commission paritaire des établissements et des services de santé, relative au projet de formation en art infirmier ;
- 5° de personeelsleden die onder de toepassing vallen van artikel 17 van het protocol van raamakkoord van 26 juli 2000 betreffende het opleidingsproject tot verpleegkundige in de federale Gezondheidssector;
- 5° les membres du personnel qui tombent sous l'application de l'article 17 du protocole d'accord cadre du 26 juillet 2000 relatif au projet de formation en vue de l'obtention du titre d'infirmier dans les secteurs fédéraux de la Santé ;
- 6° de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van het Koninklijk Besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen;
- 6° les membres du personnel qui sont financés dans le cadre de l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles ;
- 7° de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van de overeenkomsten gesloten met toepassing van artikel 22 van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- 7° les membres du personnel qui sont financés dans le cadre de conventions conclues en application de l'article 22 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée ;
- 8° de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van het Koninklijk Besluit van 27 april 2007 houdende de algemene uitvoeringsbepalingen van de maatregelen ten gunste van de tewerkstelling van
- 8° les membres du personnel qui sont financés dans le cadre de l'arrêté royal du 27 avril 2007 portant les dispositions générales d'exécution des mesures en faveur de l'emploi des jeunes

	jongeren in de sociale profitsector voortspruitend uit de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact;		dans le secteur non marchand résultant de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations ;
9°	de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van bijlage XIV bij het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 houdende de subsidiëring van de animatiewerking in de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf;	9°	les membres du personnel financés dans le cadre de l'annexe XIV de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 portant le subventionnement des activités d'animation dans les centres de soins résidentiels et dans les centres de court séjour ;
10°	de referentiepersoon voor dementie die in deel E 3 wordt gefinancierd;	10°	la personne de référence pour la démence financée dans la partie E3 ;
11°	de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van de maatregelen bedoeld in artikel 4bis van het Koninklijk Besluit van 17 augustus 2007 tot uitvoering van de artikelen 57 en 59 van de programmawet van 2 januari 2001 wat de harmonisering van de barema's en de loonsverhogingen in bepaalde gezondheidsinrichtingen betreft;	11°	les membres du personnel financés dans le cadre des mesures visées à l'article 4bis de l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution des articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins ;
12°	de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van het Ministerieel Besluit van 22 juni 2000 tot vaststelling van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de centra voor dagverzorging;	12°	les membres du personnel financés dans le cadre de l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour ;
13°	de personeelsleden die gefinancierd worden in het kader van artikel 60, § 7 van de OCMW-wet;	13°	les membres du personnel financés dans le cadre de l'article 60, § 7, de la loi sur les CPAS ;
14°	de personeelsleden die werken onder het statuut van een leercontract of een overeenkomst inzake inschakeling in het maatschappelijk en beroepsleven, bedoeld in het Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 28 juli 1998 betreffende de overeenkomst inzake inschakeling in het maatschappelijk en beroepsleven van de centra voor alternatieve opleiding en onderwijs;	14°	les membres du personnel qui bénéficient d'un contrat d'apprentissage ou d'une convention d'insertion socio-professionnelle visée dans l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 28 juillet 1998 relatif à la convention d'insertion socioprofessionnelle des centres d'éducation et de formation en alternance ;
15°	het aandeel VTE gedurende hetwelk de prestaties van de loontrekkende kinesitherapeut via de nomenclatuur worden gefactureerd.	15°	les parties d'ETP pendant lesquelles les prestations du kinésithérapeute salarié sont facturées via la nomenclature.

Daarentegen moet het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat is toegekend ter uitvoering van het voornoemde Koninklijk Besluit van 15 september 2006, begrepen zijn in het voltijds equivalent bedoeld onder punt a).".

§ 3. Artikel 8, § 2, c), van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 19 oktober 2004, wordt opgeheven.

§ 4. In artikel 8, § 2, d) van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 19 oktober 2004, worden de woorden "maximum 38 uur per week" vervangen door de woorden "een gemiddelde van maximum 38 uur per week".

§ 5. Artikel 8, § 2, e), eerste lid, van hetzelfde besluit, vervangen bij het Ministerieel Besluit van 16 februari 2007, wordt vervangen als volgt:

"e) om de vermindering zoals bedoeld in artikel 12 of de

Par contre, le nombre d'heures de dispense de prestations de travail, accordée en exécution de l'arrêté royal du 15 septembre 2006 précité, doit être compris dans l'équivalent temps plein visé au point a). ».

§ 3. L'article 8, § 2, c), du même arrêté, modifié par l'arrêté ministériel du 19 octobre 2004, est abrogé.

§ 4. Dans l'article 8, § 2, d), du même arrêté, modifié par l'arrêté ministériel du 19 octobre 2004, les mots « 38 heures par semaine au maximum » sont remplacés par les mots : « une moyenne de 38 heures par semaine au maximum ».

§ 5. L'article 8, § 2, e), alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, remplacé par l'arrêté ministériel du 16 février 2007, est remplacé comme suit :

« e) afin d'éviter partiellement ou totalement la

verminderingen zoals bedoeld in artikel 16, §§ 2 en 3, gedeeltelijk of volledig te vermijden, kunnen de effectief in zijn kwalificatie gepresteerde uren van de zelfstandige directeur van een inrichting een tekort in die kwalificatie compenseren, voor maximum 19 uur per week wat de toepassing van artikel 12 betreft, en voor maximum 38 uur per week wat de toepassing van artikel 16, §§ 2 of 3 betreft. Het aantal gepresteerde uren per trimester en in de kwalificatie van die directeur wordt, door de zelfstandige directeur zelf bepaald, met een verklaring op erewoord.

réduction prévue à l'article 12 ou les réductions prévues à l'article 16, §§ 2 ou 3, les heures effectivement prestées dans sa qualification par le directeur indépendant d'une institution peuvent compenser un manque dans cette qualification, pour un maximum de 19 heures par semaine en ce qui concerne l'application de l'article 12, et pour un maximum de 38 heures par semaine en ce qui concerne l'application de l'article 16, §§ 2 ou 3. La fixation du nombre d'heures prestées par trimestre et dans la qualification de ce directeur est effectuée par le directeur indépendant lui-même dans une déclaration sur l'honneur.

Een zelfstandig directeur kan deze uren slechts laten gelden in maximum één inrichting. In geval de Dienst vaststelt dat een zelfstandig directeur deze uren meedeelt in meerdere inrichtingen, en waarbij het totaal van 19 uur of 38 uur wordt overschreden, zal in geen enkel geval met deze uren rekening worden gehouden. In een inrichting kan maximum en tegelijkertijd één fysiek persoon de functie van zelfstandig directeur uitoefenen.”.

Le directeur indépendant ne peut faire valoir ces heures que dans une seule institution au maximum. Si le Service constate qu'un directeur indépendant communique ces heures dans plusieurs institutions et que le total de 19 heures ou de 38 heures est ainsi dépassé, il ne sera en aucun cas tenu compte de ces heures. Dans une institution, une seule personne physique au maximum peut exercer au même moment la fonction de directeur indépendant. ».

**§ 6.** Artikel 8, § 2, f), van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 16 februari 2007, wordt vervangen als volgt:

**§ 6.** L'article 8, § 2, f), du même arrêté, modifié par l'arrêté ministériel du 16 février 2007, est remplacé comme suit :

“f) voor de gekwalificeerde loontrekkende of statutaire directeur van een inrichting wordt het voltijds equivalent bepaald volgens de regels, bedoeld in a) van onderhavige paragraaf. De effectief in zijn kwalificatie gepresteerde uren van die loontrekkende of statutaire directeur worden in aanmerking genomen voor maximum 50 % van zijn totaal voltijds equivalent voor het naleven van de normen bedoeld in de artikelen 2, 3 of 5, § 2, en voor gemiddeld maximum 38 uur per week, om de verminderingen bedoeld in artikel 16, §§ 2 of 3 te vermijden. In een inrichting kan maximum en tegelijkertijd één fysiek persoon de functie van directeur uitoefenen.

« f) pour le directeur qualifié salarié ou statutaire d'une institution, l'équivalent temps plein est déterminé selon les règles visées au point a) du présent paragraphe. Les heures effectivement prestées dans sa qualification par ce directeur salarié ou statutaire sont prises en considération pour un maximum de 50% de son ETP total en ce qui concerne le respect des normes visées à l'article 2, 3 ou 5, § 2, et pour un maximum de 38 heures par semaine en moyenne, afin d'éviter les réductions prévues à l'article 16, §§ 2 ou 3. Dans une institution, une seule personne physique au maximum peut exercer au même moment la fonction de directeur.

Dit aantal uren wordt bepaald volgens de regels zoals bedoeld onder de punten a) of b). Een loontrekkende of statutaire directeur van een inrichting kan in deze functie slechts één keer in aanmerking worden genomen. Indien de Dienst vaststelt dat een persoon als directeur wordt meegedeeld in meerdere inrichtingen zal in geen enkel geval met deze dagen of uren rekening worden gehouden.”.

Ce nombre d'heures est déterminé conformément aux règles visées aux points a) ou b). Un travailleur salarié ou un directeur statutaire d'une institution ne peut être pris en considération pour cette fonction qu'une seule fois. Si le Service constate qu'une personne est communiquée comme directeur dans plusieurs institutions, il ne sera en aucun cas tenu compte de ces jours ou heures. ».

**§ 7.** Artikel 8, § 3, van hetzelfde besluit wordt opgeheven.

**§ 7.** L'article 8, § 3, du même arrêté est abrogé.

**Art. 9.** Artikel 11 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij ministerieel besluit van 19 oktober 2004, wordt gewijzigd als volgt:

**Art. 9.** Dans l'article 11 du même arrêté, modifié par l'arrêté ministériel du 19 octobre 2004, sont apportées les modifications suivantes :

1° Het tweede lid, a), wordt vervangen als volgt:

1° l'alinéa 2, a), est remplacé comme suit :

“ a) indien er een teveel is aan A1 of A2 verpleegkundigen, moet eerst het teveel aan A1 verpleegkundigen en vervolgens het teveel aan A2 verpleegkundigen worden toegewezen aan het tekort aan personeelsleden voor reactivering “;

« a) s'il y a un excédent de praticiens de l'art infirmier A1 ou A2, il faut d'abord affecter l'excédent de praticiens de l'art infirmier A1, puis l'excédent de praticiens de l'art infirmier A2, au déficit de personnel de réactivation » ;

- |    |   |    |   |
|----|---|----|---|
| 2° | in het tweede lid, b) en c) worden na de woorden "A1 verpleegkundige", telkens de woorden "of A2 verpleegkundige" ingevoegd;  | 2° | dans l'alinéa 2, b) et c), après les mots « infirmier A1 », sont insérés chaque fois les mots « ou A2 » ;   |
| 3° | in het derde lid, a) worden na de woorden "A1 verpleegkundige", de woorden "of A2 verpleegkundige, met voorrang voor de A1's" ingevoegd;  | 3° | dans l'alinéa 3, a), après les mots « infirmier A1 », sont insérés les mots « ou A2, avec priorité pour les A1 » ;  |
| 4° | het derde lid, b), wordt vervolledigd met de volgende zin: "Dit percentage van 20 % kan verhoogd worden tot 30 % voor de inrichtingen die minstens 7 VTE verpleegkundigen tewerkstellen"; | 4° | l'alinéa 3, b), est complété par la phrase suivante : «Ce pourcentage de 20 % peut être augmenté jusqu'à 30 % pour les institutions qui occupent au moins 7 ETP praticiens de l'art infirmier » ; |
| 5° | in het vierde lid, b), eerste streepje worden na de woorden "A1 verpleegkundige" telkens de woorden "of A2 verpleegkundige" ingevoegd;  | 5° | dans l'alinéa 4, b), premier tiret, après les mots « infirmier A1 », sont insérés chaque fois les mots « ou A2 ».   |

**Art. 10.** Artikel 13 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 19 oktober 2004, 30 juni 2010 en 14 maart 2012, wordt gewijzigd als volgt:

1° § 1 wordt vervangen als volgt:

« § 1. De loonkost is afhankelijk van de gemiddelde anciënniteit per kwalificatie van het verzorgingspersoneel in de inrichting met uitzondering van de in artikel 8, § 2, b) bedoelde personeelsleden – met uitzondering van de in 10° bedoelde referentiepersoon demencie, die ook in aanmerking wordt genomen. Die gemiddelde anciënniteit wordt per kwalificatie bepaald als volgt:

som van (de anciënniteit van het personeelslid x VTE van dat personeelslid) / totale aantal VTE's in die kwalificatie.

Onder anciënniteit wordt de baremieke anciënniteit bedoeld op de laatste dag van de referentieperiode of voor de personeelsleden die de inrichting hebben verlaten of die een andere kwalificatie hebben gekregen, de baremieke anciënniteit zoals die van toepassing is op de einddatum van het contract. De baremieke anciënniteit van een personeelslid is maximum gelijk aan (zijn leeftijd - 18).

De anciënniteit wordt per individu en per kwalificatie berekend. Indien een persoon meerdere contracten tijdens de referentieperiode heeft, wordt rekening gehouden met zijn anciënniteit op de laatste dag van de referentieperiode of op het einde van zijn contract.

Bij deze berekening wordt geen rekening gehouden met de personeelsleden die in de inrichting werkzaam zijn met een uitzendcontract, of als directeur met een statuut van zelfstandige. De personen die er werkzaam zijn op zelfstandige basis, worden meegeteld met een anciënniteit van nul jaar.

Voor een correcte berekening van de gemiddelde anciënniteit per kwalificatie delen de inrichtingen aan de Dienst de baremieke anciënniteit, het aantal gepresteerde dagen en/of uren mee voor alle personen (loontrekkers, statutairen, zelfstandigen, uitzendpersoneel) die tijdens de referentieperiode werkzaam waren in de inrichting als verpleegkundige, personeel voor reactivering of als

**Art. 10.** Dans l'article 13 du même arrêté, modifié par les arrêtés ministériels des 19 octobre 2004, 30 juin 2010 et 14 mars 2012, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1er est remplacé comme suit :

« § 1<sup>er</sup>. Le coût salarial dépend de l'ancienneté moyenne par qualification du personnel de soins dans l'institution à l'exclusion des membres du personnel visés à l'article 8, § 2, b) – à l'exception de la personne de référence pour la démence visée au 10° qui est également prise en considération. 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 barémique le dernier jour de la période de référence ou, pour les membres du personnel qui ont quitté l'institution ou qui ont changé de qualification, l'ancienneté barémique telle qu'elle est d'application à la date de la fin du contrat. L'ancienneté barémique d'un membre du personnel est au maximum égale à (son âge - 18 ans).

L'ancienneté est calculée par individu et par qualification. Si une personne est liée par plusieurs contrats pendant la période de référence, son ancienneté est prise en considération le dernier jour de la période de référence ou à la fin de son contrat.

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 directeur 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 communiquent au Service l'ancienneté barémique, le nombre de journées et/ou d'heures prestées pour toutes les personnes (salarisées, statutaires, travailleurs indépendants, intérimaires) qui travaillaient dans l'institution en tant que praticiens de l'art infirmier, membres du personnel

verzorgende.”

de réactivation ou membres du personnel soignant au cours de la période de référence. ».

2° § 5 wordt vervangen als volgt:

2° le § 5 est remplacé comme suit :

“ § 5. De loonkost voor een voltijds equivalent personeelslid voor reactivering en voor een kinesitherapeut, een ergotherapeut of een logopedist bedraagt, indien de gemiddelde anciënniteit van alle leden van dat personeel in de inrichting:

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

- a) minder is dan 4 jaar: 43.784,03 euro
- b) vanaf 4 jaar en minder dan 6 jaar: 47.196,14 euro
- c) vanaf 6 jaar en minder dan 10 jaar: 50.666,19 euro
- d) vanaf 10 jaar en minder dan 12 jaar: 52.047,10 euro
- e) vanaf 12 jaar: 53.842,19 euro. ” .

- a) est inférieure à 4 ans : 43.784,03 euros
- b) à partir de 4 ans et moins de 6 ans : 47.196,14 euros
- c) à partir de 6 ans et moins de 10 ans : 50.666,19 euros
- d) à partir de 10 ans et moins de 12 ans : 52.047,10 euros
- e) à partir de 12 ans : 53.842,19 euros. ».

3° een § 8 wordt toegevoegd:

3° un § 8 est ajouté :

“§ 8. Tussen 1 januari en 30 juni 2012 worden de bedragen, bedoeld in § 5, verhoogd met een inhaalbedrag van:

« § 8. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2012, les montants visés aux § 5 sont augmentés d'un montant de rattrapage s'élevant à :

- a) 40,76 euro
- b) 44,22 euro
- c) 47,72 euro
- d) 49,12 euro
- e) 50,90 euro.”.

- a) 40,76 euros
- b) 44,22 euros
- c) 47,72 euros
- d) 49,12 euros
- e) 50,90 euros. ».

**Art. 11.** In artikel 16, §§ 2 en 3, van hetzelfde besluit, vervangen bij het Ministerieel Besluit van 10 december 2009, worden de woorden “B en/of C” telkens vervangen door de woorden “B, C, Cd, Cc en/of D” en de woorden “B en C” worden vervangen door de woorden “B, C, Cd, Cc en D”.

**Art. 11.** Dans l'article 16, §§ 2 et 3, du même arrêté, remplacé par l'arrêté ministériel du 10 décembre 2009, les mots « B et/ou C » sont remplacés chaque fois par les mots « B, C, Cd, Cc et/ou D » et les mots « « B et C » sont remplacés par les mots « B, C, Cd, Cc et D ».

**Art. 12.** Artikel 19 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 19 oktober 2004 en 12 januari 2011 wordt gewijzigd als volgt:

**Art. 12.** Dans l'article 19 du même arrêté, modifié par les arrêtés ministériels des 19 octobre 2004 et 12 janvier 2011, sont apportées les modifications suivantes :

1° in de §§ 1 tot 4 worden de woorden “Het bedrag per rechthebbende en per dag” telkens vervangen door de woorden “Het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende en per dag”;

1° dans les §§ 1 à 4 les mots “Le montant par bénéficiaire et par jour » sont remplacés chaque fois par les mots « Le montant de l'allocation complète par bénéficiaire et par jour » ;

2° in § 5, tweede lid, a), worden de woorden “een bedrag A” vervangen door de woorden “het bedrag van de volledige tegemoetkoming per rechthebbende”;

2° dans le § 5, deuxième alinéa, a), les mots « un montant A » sont remplacés par les mots : « le montant de l'allocation complète par bénéficiaire » ;

3° in § 5, tweede lid, b) worden de woorden “dit bedrag A” vervangen door de woorden “dit bedrag”.

3° dans le § 5, deuxième alinéa, b) les mots « ce montant A » sont remplacés par les mots : « ce montant ».

**Art. 13.** In artikel 20 van hetzelfde besluit, vervangen bij het Ministerieel Besluit van 16 februari 2007 en gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 10 maart 2008, worden de woorden “niet onder de toepassing valt van de bepalingen van artikel 12 of artikel 16, § 2” vervangen door de woorden: “geen personeelstekort, zoals bedoeld in de artikelen 12 of 16, § 2, vertoont”.

**Art. 13.** Dans l'article 20 du même arrêté, remplacé par l'arrêté ministériel du 16 février 2007 et modifié par l'arrêté ministériel du 10 mars 2008, les mots « ne tombe pas sous le coup des dispositions de l'article 12 ou de l'article 16, § 2 » sont remplacés par les mots : « ne présente pas de déficit de personnel comme visé aux articles 12 ou 16, § 2 ».

**Art. 14.** Artikel 21 van hetzelfde besluit, vervangen bij het

**Art. 14.** L'article 21 du même arrêté, remplacé par

Ministerieel Besluit van 4 juli 2008 en gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 10 december 2009, wordt gewijzigd als volgt:

“Art. 21. De tegemoetkoming per dag huisvesting en per rechthebbende voor het verzorgingsmateriaal, bedoeld in artikel 147, §§ 1 en 2, van het voormelde Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 bedraagt:

$[(0,13 \text{ euro} \times \text{aantal patiënten Cat 0}) + (0,26 \text{ euro} \times \text{aantal patiënten Cat A}) + (0,39 \text{ euro} \times \text{aantal patiënten Cat B}) + (0,53 \text{ euro} \times \text{aantal patiënten Cat C en Cat Cd}) + (8,60 \text{ euro} \times \text{aantal patiënten Cat Cc}) + (0,39 \text{ euro} \times \text{aantal patiënten Cat D})] / \text{het aantal patiënten.}$

**Art. 15.** Artikel 22 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 19 oktober 2004 en 4 mei 2010, wordt vervangen als volgt:

“Art. 22. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging, die bestemd is voor de financiering van de opleiding en de sensibilisatie voor de palliatieve verzorging van al het personeel van de inrichtingen, wordt vastgesteld op 0,27 euro per dag en per opgenomen rechthebbende die gerangschikt is in de afhankelijkheidscategorieën B, C, Cd of Cc bedoeld in de artikelen 148 en 150 van het voormelde Koninklijk Besluit van 3 juli 1996.

Die tegemoetkoming wordt verleend aan de rust- en verzorgingstehuizen, aan de rustoorden voor bejaarden met een afdeling die een bijzondere erkenning van "rust- en verzorgingstehuis" heeft, en aan de rustoorden voor bejaarden die tijdens de referentieperiode gemiddeld minstens 25 patiënten in de categorieën B, C, Cd en/of Cc huisvestten, die minstens 40 % uitmaken van het aantal erkende bedden in de referentieperiode.

De tegemoetkoming per dag huisvesting en per rechthebbende bedraagt:

$[(0,27 \text{ euro} \times \text{aantal patiënten B, C, Cd, Cc}) / \text{totale aantal patiënten}].$  “

**Art. 16.** In artikel 23, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 19 oktober 2004 en 4 mei 2010, worden de woorden “rechthebbenden B en C” vervangen door de woorden “rechthebbenden B, C, Cd of Cc”.

**Art. 17.** In artikel 26, 1° van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 19 oktober 2004, worden de woorden “rechthebbenden B en C” vervangen door de woorden “rechthebbenden B, C, Cd of Cc”.

**Art. 18.** Artikel 28bis van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het Ministerieel Besluit van 2 maart 2009 en gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 4 mei 2010 en 14 maart 2012, wordt gewijzigd als volgt:

1° het eerste lid van § 1 wordt vervangen door de volgende leden:

“Art. 28bis. § 1. De tegemoetkoming per dag huisvesting en

l'arrêté ministériel du 4 juillet 2008 et modifié par l'arrêté ministériel du 10 décembre 2009, est remplacé comme suit :

« Art. 21. L'intervention par jour d'hébergement et par bénéficiaire pour le matériel de soins visé à l'article 147, §§ 1<sup>er</sup> et 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité s'élève à :

$[(0,13 \text{ euro} \times \text{nombre de patients Cat 0}) + (0,26 \text{ euro} \times \text{nombre de patients Cat A}) + (0,39 \text{ euro} \times \text{nombre de patients Cat B}) + (0,53 \text{ euro} \times \text{nombre de patients Cat C et Cat Cd}) + (8,60 \text{ euros} \times \text{nombre de patients Cat Cc}) + (0,39 \text{ euro} \times \text{nombre de patients Cat D})] / \text{le nombre de patients.} \text{ »}$

**Art. 15.** L'article 22 du même arrêté, modifié par les arrêtés ministériels des 19 octobre 2004 et 4 mai 2010, est remplacé comme suit :

« Art. 22. L'intervention de l'assurance soins de santé, destinée à financer la formation et la sensibilisation aux soins palliatifs de l'ensemble du personnel des institutions, est fixée à 0,27 euro par journée et par bénéficiaire hébergé classé dans les catégories de dépendance B, C, Cd ou Cc visées aux articles 148 et 150 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 comportent 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 patients classés dans les catégories B, C, Cd et/ou Cc, lesquels représentent au moins 40 % du nombre de lits agréés au cours de la période de référence.

L'intervention par journée d'hébergement et par bénéficiaire s'élève à :

$[(0,27 \text{ euro} \times \text{nombre de patients B, C, Cd, Cc}) / \text{nombre total de patients}]. \text{ »}$

**Art. 16.** Dans l'article 23, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, modifié par les arrêtés ministériels des 19 octobre 2004 et 4 mai 2010, les mots « bénéficiaires B et C » sont remplacés par les mots « bénéficiaires B, C, Cd ou Cc ».

**Art. 17.** Dans l'article 26, 1° du même arrêté, modifié par l'arrêté ministériel du 19 octobre 2004, les mots « bénéficiaires B et C » sont remplacés par les mots « bénéficiaires B, C, Cd ou Cc ».

**Art. 18.** Dans l'article 28bis du même arrêté, inséré par l'arrêté ministériel du 2 mars 2009 et modifié par les arrêtés ministériels des 4 mai 2010 et 14 mars 2012, sont apportées les modifications suivantes :

1° l'alinéa 1er du § 1er est remplacé par les alinéas suivants :

« Art. 28bis. § 1<sup>er</sup>. L'intervention par journée



per rechthebbende voor het functiecomplement in de ROB's en RVT's voor de hoofdverpleegkundigen, de hoofdparamedici en de verpleegkundig coördinatoren bedraagt:

[1.057,28 euro x het aantal te financieren voltijds equivalent verpleegkundig coördinatoren, hoofdparamedici en hoofdverpleegkundigen in de inrichting / totaal aantal patiënten] / aantal kalenderdagen van de facturatieperiode.

Voor de hoofdverpleegkundigen in RVT's, mag dat bedrag worden gecumuleerd met het bedrag bedoeld in artikel 28."

2° het tweede lid van § 3 wordt vervangen als volgt:

"De personeelsleden, bedoeld in artikel 8, § 2, b) en d), die in de inrichting aanwezig zijn, worden ook meegeteld in de samenstelling van dat verzorgingsteam."

**Art. 19.** Artikel 28ter van hetzelfde besluit, ingevoegd bij Ministerieel Besluit van 4 mei 2010 en gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 14 maart 2012, wordt gewijzigd als volgt:

1° § 1 wordt vervangen als volgt :

"Art. 28ter. § 1 De tegemoetkoming per dag huisvesting en per rechthebbende voor de referentiepersoon dementie wordt bepaald aan de hand van de volgende criteria:

- het voltijds equivalent van de referentiepersoon dementie tijdens de referentieperiode wordt berekend volgens de bepalingen van artikel 8;
- gedurende eenzelfde periode wordt maximum een referentiepersoon dementie in aanmerking genomen. Tijdens deze periode waarin een personeelslid de functie van referentiepersoon dementie uitoefent, wordt rekening gehouden met maximum 19 uur per week;
- de tegemoetkoming wordt berekend aan de hand van de volgende formule:  $[(VTE \text{ van de referentiepersoon dementie tijdens de referentieperiode} \times \text{jaarlijkse loonkost volgens de gemiddelde anciënniteit van de kwalificatie van die persoon}) / \text{gemiddeld aantal patiënten tijdens de referentieperiode}] / \text{aantal kalenderdagen van de facturatieperiode}]$ ;
- het is mogelijk dat tijdens de referentieperiode meerdere opeenvolgende referentiepersonen worden aangeduid."

2° § 2 wordt vervangen als volgt:

"§ 2. Om in aanmerking te kunnen komen voor die financiering moet de inrichting de volgende voorwaarden

d'hébergement et par bénéficiaire pour le complément de fonction destiné aux infirmiers(ères) chefs en maison de repos et de soins, aux paramédicaux en chef et aux coordinateurs infirmiers en MRPA et en MRS, s'élève à :

[1.057,28 euros x le nombre d'équivalents temps plein à financer d'infirmiers(ères) chefs, de paramédicaux en chef et de coordinateurs infirmiers dans l'institution / nombre total de patients] / nombre de jours calendrier de la période de facturation.

Pour les infirmiers(ères) en chef en maison de repos et de soins, ce montant est cumulable avec celui visé à l'article 28. ».

2° l'alinéa 2 du § 3 est remplacé comme suit :

« Les membres du personnel présents dans l'institution, visés à l'article 8, § 2, b) et d), sont également pris en compte dans la composition de cette équipe de soins. ».

**Art. 19.** Dans l'article 28ter du même arrêté, inséré par l'arrêté ministériel du 4 mai 2010 et modifié par l'arrêté ministériel du 14 mars 2012, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1<sup>er</sup> est remplacé comme suit :

« Art. 28ter. § 1<sup>er</sup>. L'intervention par journée d'hébergement et par bénéficiaire pour la personne de référence pour la démence est déterminée selon les critères suivants :

- l'équivalent temps plein pour la personne de référence pour la démence est calculé selon les dispositions de l'article 8 ;
- durant une même période, une personne de référence pour la démence au maximum est prise en compte. Durant la période où un membre du personnel exerce la fonction de personne de référence pour la démence, il en est tenu compte pour 19 heures par semaine au maximum ;
- l'intervention est calculée au moyen de la formule suivante :  $[(ETP \text{ de la personne de référence pour la démence au cours de la période de référence} \times \text{ Salaire annuel suivant le niveau moyen d'ancienneté de la qualification de cette personne}) / \text{nombre moyen de patients pendant la période de référence}] / \text{nombre de jours calendrier de la période de facturation}]$  ;
- il est possible que plusieurs personnes de référence pour la démence soient désignées successivement au cours de la période de référence. ».

2° le § 2 est remplacé comme suit :

« § 2. Pour pouvoir recevoir ce financement, l'institution doit satisfaire aux conditions suivantes :

vervullen:

- |   |   |
|---|---|
| <p>1° gedurende de referentieperiode gemiddeld minstens 25 patiënten in de afhankelijkheids-categorie Cd te hebben gehuisvest. Van zodra gedurende een referentieperiode en dit ten vroegste vanaf de referentieperiode die begon op 1 juli 2010 aan deze voorwaarde is voldaan, is ze nadien niet meer van toepassing. Als vastgesteld wordt dat de inrichting gedurende een volledige referentieperiode niet over een referentiepersoon dementie beschikt, is deze voorwaarde terug van toepassing gedurende minstens een referentieperiode;</p> <p>2° aan de Dienst de nodige stukken overmaken die aantonen dat een personeelslid voor minstens 19 uur/week een contract heeft of benoemd is, als referentiepersoon dementie;</p> <p>3° geen financiering ontvangen voor een referentiepersoon dementie op basis van artikel 4<i>bis</i> van het Koninklijk Besluit van 17 augustus 2007 tot uitvoering van de artikelen 57 en 59 van de programmawet van 2 januari 2001 wat de harmonisering van de barema's en de loonsverhogingen in bepaalde gezondheidsinrichtingen betreft;</p> <p>4° die functie van referentiepersoon dementie kan tegelijkertijd worden uitgeoefend door maximum een personeelslid. In geval van afwezigheid kan deze functie wel uitgeoefend worden door een andere personeelslid dat beantwoordt aan de voorwaarden.”.</p> <p>3° in § 3, 2° worden de woorden "zich informeren over de wetgeving in verband met dementie" vervangen door de woorden: "zich informeren over de wetgeving en de ontwikkelingen op het vlak van de kennis over dementie”;</p> <p>4° § 3 wordt aangevuld als volgt:</p> <p>"11° bijdragen tot de sensibilisering, de supervisie en de opleiding van het personeel op het vlak van dementie. Hij/zij houdt zich bij voorrang bezig met de psychosociale en ethisch-deontologische aspecten van dementie, alsook met de communicatie. Het is meer bepaald de bedoeling om een effect te hebben op het agressieve gedrag van de bewoners en het gebruik van zowel chemische als fysieke fixatie te verminderen. ”.</p> <p>5° in § 4 worden de woorden "die houder zijn van een diploma van verpleegkundige" vervangen door de woorden : "die houder zijn van een diploma of een brevet van verpleegkundige (A1 of A2)”.</p> | <p>1° avoir hébergé une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance Cd pendant la période de référence. Lorsque cette condition a été remplie pour une période de référence à partir de la période de référence qui a commencé le 1<sup>er</sup> juillet 2010 au plus tôt, cette condition n'est plus exigée par la suite. S'il est constaté que pendant une période de référence complète, l'institution ne dispose pas d'une personne de référence pour la démence, cette condition est à nouveau d'application pour au moins une période de référence ;</p> <p>2° transmettre au Service les pièces nécessaires attestant qu'un membre du personnel a un contrat ou a été nommé en tant que personne de référence pour la démence pour un minimum de 19 heures/semaine ;</p> <p>3° ne pas recevoir de financement pour une personne de référence pour la démence sur base de l'article 4<i>bis</i> de l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution des articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins ;</p> <p>4° la fonction de personne de référence pour la démence est exercée par un seul membre du personnel. En son absence, la fonction peut être occupée par un autre membre du personnel qui répond aux conditions. ».</p> <p>3° dans le § 3, 2°, les mots « s'informer de la législation relative à la démence » sont remplacés par les mots : « s'informer de la législation et de l'évolution de la connaissance en matière de démence » ;</p> <p>4° le § 3 est complété comme suit :</p> <p>« 11° contribuer à la sensibilisation, la supervision et la formation du personnel en matière de démence. Son action à ce niveau porte par priorité sur les aspects psycho-sociaux de la démence, ses aspects éthico-déontologiques et la communication. Elle vise notamment à produire un effet sur les comportements agressifs des résidents et à diminuer l'usage des contentions tant chimiques que physiques. ».</p> <p>5° dans le § 4, les mots « détenteurs d'un diplôme d'infirmier » sont remplacés par les mots : « détenteurs d'un diplôme ou d'un brevet d'infirmier (A1 ou A2) ».</p> |
|---|---|

6° § 4 wordt aangevuld als volgt:

“3° loontrekkende of statutair zijn. Een loontrekkende of statutaire directeur, een hoofdverpleegkundige, een hoofdparamedicus of een verpleegkundig coördinator mogen echter niet tegelijkertijd de functie van referentiepersoon dementie uitoefenen”.

**Art. 20.** Sectie 6<sup>quater</sup> van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het Ministerieel Besluit van 14 maart 2012, wordt opgeheven.

**Art. 21.** Artikel 29 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het Ministerieel Besluit van 10 december 2009, wordt vervangen als volgt:

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

[(0,47 euro x aantal patiënten in RVT) / totaal aantal patiënten]

Die financiering is bestemd voor de bezoldiging van de coördinerend en raadgevend arts. De prestaties van die arts, die op zijn minst door een ondernemingscontract aan de inrichting is verbonden, bedragen gemiddeld 2 uur 20' per week en per 30 patiënten in het RVT. 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.”.

**Art. 22.** Artikel 29<sup>ter</sup> van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het Ministerieel Besluit van 10 maart 2008 en gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 10 december 2009, 4 mei 2010 en 14 maart 2012, wordt gewijzigd als volgt:

1° § 3, 2°, wordt als volgt vervangen:

« 2° het aanstellen van een verantwoordelijke voor de tenlasteneming binnen de inrichting van de problematiek inzake dementie en van de opleiding van het personeel. Die verantwoordelijke is in principe de referentiepersoon dementie bedoeld in artikel 28<sup>ter</sup>. Als de inrichting niet over een dergelijke referentiepersoon beschikt, dan is die verantwoordelijke normaliter de coördinerend en adviserend geneesheer of de hoofdverpleegkundige in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, een verpleegkundige of een gekwalificeerd lid van het personeel dat al een zekere ervaring op dat vlak bezit.”.

2° in § 5 worden de woorden “rechthebbenden” vervangen door de woorden “patiënten”.

**Art. 23.** Hoofdstuk III van hetzelfde besluit wordt aangevuld als volgt:

**“Sectie 14: Deel Z5: financiering van de afhankelijkheidscategorie D in het rustoord tussen 1 januari 2013 en 31 december 2014**

6° le § 4 est complété comme suit :

« 3° sont salariés ou statutaires. Un directeur salarié ou statutaire, un(e) infirmier(ère) en chef, un paramédical en chef ou un coordinateur infirmier ne peuvent toutefois exercer en même temps la fonction de personne de référence pour la démence. ».

**Art. 20.** La section 6<sup>quater</sup> du même arrêté, insérée par l'arrêté ministériel du 14 mars 2012, est abrogée.

**Art. 21.** L'article 29 du même arrêté, modifié par l'arrêté ministériel du 10 décembre 2009, est remplacé comme suit :

« Art. 29. L'intervention par jour d'hébergement et par bénéficiaire pour la fonction du médecin coordinateur dans la section MRS s'élève à :

[(0,47 euro x nombre de patients en MRS) / nombre total de patients ]

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 patients en MRS. 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. ».

**Art. 22.** Dans l'article 29<sup>ter</sup> du même arrêté, inséré par l'arrêté ministériel du 10 mars 2008 et modifié par les arrêtés ministériels des 10 décembre 2009, 4 mai 2010 et 14 mars 2012, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 3, 2°, est remplacé comme suit :

« 2° désigner un responsable de la prise en charge, au sein de l'institution, de la problématique de la démence et de la formation du personnel. Ce responsable est en principe la personne de référence pour la démence visée à l'article 28<sup>ter</sup>. Si l'institution ne dispose pas d'une telle personne de référence, ce responsable est normalement le médecin coordinateur et conseiller ou l'infirmier en chef dans les maisons de repos et de soins et, dans les maisons de repos pour personnes âgées, un praticien de l'art infirmier ou un membre du personnel qualifié jouissant déjà d'une certaine expérience en la matière. » ;

2° dans le § 5, les mots « bénéficiaires » sont remplacés par les mots « patients ».

**Art. 23.** Le chapitre III du même arrêté est complété comme suit :

**« Section 14 : Partie Z5 : le financement de la catégorie de dépendance D entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2014 dans la maison de repos**

Art. 29octies. § 1. Voor de periode van 1 januari 2013 tot 31 december 2013 bedraagt de bijkomende financiering per rechthebbende en per dag:

(17,78 euro \* aantal patiënten A die op 1 januari 2013 worden ondergebracht in afhankelijkheids categorie D) / gemiddelde aantal patiënten tijdens de referentieperiode.

De instelling deelt uiterlijk op 31 januari 2013 aan de Dienst het aantal patiënten A mee die op 1 januari 2013 werden ondergebracht in afhankelijkheids categorie D.

Deze bijkomende financiering is niet van toepassing voor de instellingen erkend na 30 september 2012.

§ 2. Voor de periode van 1 januari 2014 tot 31 december 2014 bedraagt de bijkomende financiering per rechthebbende en per dag:

(17,78 euro \* 184/365 \* gemiddeld aantal patiënten D van 1 januari 2013 tot 30 juni 2013) / gemiddelde aantal patiënten tijdens de referentieperiode.

Deze bijkomende financiering is niet van toepassing voor de instellingen erkend na 30 september 2012.”.

**Art. 24.** Artikel 30, 7°, van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het Ministerieel Besluit van 30 juni 2010, wordt gewijzigd als volgt:

- 1° in het eerste lid worden de woorden “aan het verplegend personeel en het verzorgingspersoneel” vervangen door de woorden “aan alle loontrekkende of statutaire personeelsleden”;
- 2° het laatste lid, ingevoegd bij het Ministerieel Besluit van 14 maart 2012, wordt geschrapt.

**Art. 25.** Artikel 32 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de Ministeriële Besluiten van 16 februari 2007, 10 december 2009 en 14 maart 2012, wordt gewijzigd als volgt:

- 1° 2° wordt vervangen als volgt:  
« 2° als de Dienst erom vraagt, een kopie van de diploma's van het verplegend personeel, van het verzorgingspersoneel en/of van het personeel voor reactivering; »;
- 2° 8° wordt vervangen als volgt:  
“8° als de Dienst erom vraagt, een kopie van de overeenkomst die werd gesloten met de persoon die als referentiepersoon dementie is aangewezen; ” ;
- 3° artikel 32 wordt aangevuld als volgt:
- “9° als de Dienst erom vraagt, alle andere gegevens met betrekking tot de financiering van enig onderdeel van de volledige tegemoetkoming.”.

**Art. 26.** Artikel 33 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de

Art. 29octies. § 1. Pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013, le financement supplémentaire par bénéficiaire et par jour s'élève à :

(17,78 euros \* nombre de patients A classés dans la catégorie de dépendance D le 1<sup>er</sup> janvier 2013) / nombre moyen de patients pendant la période de référence.

L'institution communique au Service pour le 31 janvier 2013 au plus tard le nombre de patients A classés dans la catégorie de dépendance D le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Ce financement supplémentaire n'est pas dû pour les institutions agréées après le 30 septembre 2012.

§ 2. Pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2014, le financement supplémentaire par bénéficiaire et par jour s'élève à :

(17,78 euros \* 184/365 \* nombre moyen de patients D du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 30 juin 2013) / nombre moyen de patients pendant la période de référence.

Ce financement supplémentaire n'est pas dû pour les institutions agréées après le 30 septembre 2012. ».

**Art. 24.** Dans l'article 30, 7°, du même arrêté, inséré par l'arrêté ministériel du 30 juin 2010, sont apportées les modifications suivantes :

- 1° à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « au personnel infirmier et soignant » sont remplacés par les mots « à tous les membres du personnel salarié ou statutaire » ;
- 2° le dernier alinéa, inséré par l'arrêté ministériel du 14 mars 2012, est supprimé.

**Art. 25.** A l'article 32 du même arrêté, modifié par les arrêtés ministériels des 16 février 2007, 10 décembre 2009 et 14 mars 2012, sont apportées les modifications suivantes :

- 1° le 2° est remplacé comme suit :  
« 2° si le Service en fait la demande, la copie des diplômes du personnel infirmier, du personnel soignant et/ou du personnel de réactivation ; » ;
- 2° le 8° est remplacé comme suit :  
« 8° si le Service en fait la demande, une copie du contrat conclu avec la personne qui a été désignée comme personne de référence pour la démence ; » ;
- 3° l'article 32 est complété comme suit :
- « 9° si le Service en fait la demande, toute autre donnée relative au paiement de l'une ou l'autre partie de l'allocation complète. ».

**Art. 26.** A l'article 33 du même arrêté, modifié par les

Ministeriële Besluiten van 16 februari 2007, 10 maart 2008, 10 december 2009, 4 mei 2010 en 14 maart 2012, wordt gewijzigd als volgt:

- 1° 1° wordt aangevuld als volgt:
- " g) bankrekeningnummer van de inrichting;
- h) KBO-nummer en vestigingseenheidsnummer. " .
- 2° in 2°, h), worden de woorden "loontrekkend of statutair verantwoordelijke, zelfstandig directeur vervanger" vervangen door de woorden: "zelfstandig, statutair of loontrekkend directeur, vervanger";
- 3° 6° wordt vervangen als volgt:
- "6° de gegevens, bedoeld in artikel 28bis, met betrekking tot het functiecomplement; " ;
- 4° artikel 33 wordt aangevuld als volgt:
- " 7° de gegevens, bedoeld in 28ter, met betrekking tot de referentiepersoon dementie;
- 8° de naam en het rijksregisternummer van de directeur;
- 9° één of twee e-mailadressen waarnaar de Dienst nuttige informatie kan versturen. " .

**Art. 27.** In artikel 42 van hetzelfde besluit, vervangen bij het Ministerieel Besluit van 30 juni 2010, worden de woorden "in artikelen 13, § 7, en 41, tweede lid," vervangen door de woorden "in artikel 13, §§ 7 en 8, en in artikel 41, tweede lid," en de woorden "in artikelen 7 en 13" door de woorden "in de artikelen 7 en 13, §§ 2 tot 5".

**Art. 28.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2013 met uitzondering van:

- 1° artikel 3 dat in werking treedt op een datum die wordt bepaald door het Verzekeringscomité mits positief advies van de Commissie voor Begrotingscontrole van het RIZIV;
- 2° artikel 4, 2°, dat uitwerking heeft op 1 juli 2011;
- 3° artikel 5, 2° dat uitwerking heeft op 1 juli 2011;
- 4° artikel 6, 1° dat uitwerking heeft op 1 april 2012;
- 5° artikel 7 dat uitwerking heeft op 1 januari 2011;
- 6° artikel 8, §§ 1, 2, 5 en 6, dat in werking treedt op 1 juli 2013;

arrêtés ministériels des 16 février 2007, 10 mars 2008, 10 décembre 2009, 4 mai 2010 et 14 mars 2012, sont apportées les modifications suivantes :

- 1° le 1° est complété comme suit :
- « g) le numéro de compte bancaire de l'institution ;
- h) le numéro de la Banque Carrefour des entreprises et le numéro d'unité d'établissement. ».
- 2° au 2°, h), les mots « responsable salarié ou statutaire, gestionnaire indépendant remplaçant » sont remplacés par les mots : « directeur salarié, statutaire ou indépendant, remplaçant » ;
- 3° le 6° est remplacé comme suit :
- « 6° les données visées à l'article 28bis en rapport avec le complément de fonction ; » ;
- 4° l'article 33 est complété comme suit :
- « 7° les données visées à l'article 28ter en rapport avec la personne de référence pour la démence ;
- 8° le nom et le numéro de registre national du directeur;
- 9° une ou deux adresses e-mail où le Service peut transmettre des informations utiles. ».

**Art. 27.** Dans l'article 42 du même arrêté, remplacé par l'arrêté ministériel du 30 juin 2010, les mots « aux articles 13, § 7, et 41, alinéa 2, » sont remplacés par les mots « à l'article 13, §§ 7 et 8, et à l'article 41, alinéa 2, » et les mots « aux articles 7 et 13 » sont remplacés par les mots « aux articles 7 et 13, §§ 2 à 5 ».

**Art. 28.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013, à l'exception de :

- 1° l'article 3, qui entre en vigueur à une date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI, après avis favorable de la Commission de contrôle budgétaire ;
- 2° l'article 4, 2°, qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2011 ;
- 3° l'article 5, 2°, qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2011 ;
- 4° l'article 6, 1°, qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> avril 2012 ;
- 5° l'article 7, qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2011 ;
- 6° l'article 8, §§ 1<sup>er</sup>, 2, 5 et 6, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2013 ;

- |  |  |
|--|--|
| 7° artikel 8, § 4, dat uitwerking heeft op 1 juli 2011;            | 7° l'article 8, § 4, qui produit ses effets le 1 <sup>er</sup> juillet 2011 ;            |
| 8° artikel 9, dat uitwerking heeft op 1 juli 2011;                 | 8° l'article 9, qui produit ses effets le 1 <sup>er</sup> juillet 2011 ;                 |
| 9° artikel 10, 2° en 3°, dat uitwerking heeft op 1 januari 2012;   | 9° l'article 10, 2° et 3°, qui produit ses effets le 1 <sup>er</sup> janvier 2012 ;      |
| 10° artikel 15 dat in werking treedt op 1 juli 2013;               | 10° l'article 15, qui entre en vigueur le 1 <sup>er</sup> juillet 2013 ;                 |
| 11° artikel 18, 2°, dat in werking treedt op 1 juli 2013;          | 11° l'article 18, 2°, qui entre en vigueur le 1 <sup>er</sup> juillet 2013 ;             |
| 12° artikel 19, 1°, 2° et 5°, dat uitwerking heeft op 1 juli 2011; | 12° l'article 19, 1°, 2° et 5°, qui produit ses effets le 1 <sup>er</sup> juillet 2011 ; |
| 13° artikel 19, 6°, dat in werking treedt op 1 juli 2013;          | 13° l'article 19, 6°, qui entre en vigueur le 1 <sup>er</sup> juillet 2013 ;             |
| 14° artikel 20 dat uitwerking heeft op 1 april 2012;               | 14° l'article 20, qui produit ses effets le 1 <sup>er</sup> avril 2012 ;                 |
| 15° artikel 21 dat in werking treedt op 1 juli 2013;               | 15° l'article 21, qui entre en vigueur le 1 <sup>er</sup> juillet 2013 ;                 |
| 16° artikel 22, 2°, dat in werking treedt op 1 juli 2013;          | 16° l'article 22, 2°, qui entre en vigueur le 1 <sup>er</sup> juillet 2013 ;             |
| 17° artikel 24, 1°, dat uitwerking heeft op 1 januari 2011.        | 17° l'article 24, 1°, qui produit ses effets le 1 <sup>er</sup> janvier 2011.            |

Brussel, 5 december 2012.

Bruxelles, le 5 décembre 2012.

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

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

Laurette ONKELINX

Federale Overheidsdienst  
Sociale Zekerheid

22 OKTOBER 2012 - Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 22 oktober 2012,

Besluit:

**Artikel 1.** Bijlagen 40 en 41 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden vervangen door de bijlagen 40 en 41 die bij deze verordening gaan.

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2013.

Brussel, 22 oktober 2012.

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

Service Public Fédéral  
Sécurité Sociale

22 OCTOBRE 2012 - Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 22 octobre 2012,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Les annexes 40 et 41 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont remplacées par les annexes 40 et 41 ci-jointes.

**Art. 2.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Bruxelles, le 22 octobre 2012

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER.

G. PERL.

**AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

(Art. 34, 11° en 12° van de wet van 14-07-1994)

Referenties	
Inrichting	□□□□□□□□□□□□□□
V.I.	□□□□□□□□□□□□□□

VRAGENDE INRICHTING

Type bed (1):  
1. RVT-bed  
2. ROB-bed

RIZIV-nummer □□□□□□□□□□

Benaming: .....  
Adres: .....

VERZEKERINGSINSTELLING:

Nr. Ziekenfonds of □□□□  
Gewestelijke dienst of  
Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming: .....  
Adres: .....

RECHTHEBBENDE:

Inschrijvingsnummer Sociale Zekerheid (SIS-kaart) : □□□□□□□□□□  
NAAM – Voornaam: ..... Geboortedatum: .....

Adres: .....

Opnemingsdatum (2): ..... uur: .....  
Datum van de aanvraag: .....

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren is vermeld.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, die gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie:  
Categorie 0 – Categorie A – Categorie B – Categorie C – categorie Cdement – categorie D – categorie Ccoma (1).  
Het betreft hier: (3)

Kortverblijf (1) JA / NEEN
-------------------------------

- een eerste aanvraag \*                       een transfer zonder verandering van categorie (de betalingsverbintenis van..... blijft verder gelden)
- een verandering van categorie\*            een transfer met verandering van categorie\*
- een heropname binnen de 30 dagen zonder verandering van categorie (de betalingsverbintenis van ..... blijft verder gelden)
- een heropname na een termijn van minder dan 30 dagen met verandering van categorie\*

\* Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming (1).  
 \* In geval van een hogere afhankelijkheidsgraad, voeg ik hierbij eveneens een uitvoerig verslag (1).  
 \* Indien het gaat om een eerste opname van een rechthebbende uit de categorie Ccoma, voeg ik hierbij onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, een door een deskundig ziekenhuiscentrum opgemaakt medisch verslag, waaruit blijkt dat de rechthebbende beantwoordt aan de criteria van die categorie (1).

De verantwoordelijke van de inrichting.  
Datum: .....  
Handtekening – Naam: .....

(1) Schrappen wat niet past  
 (2) Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld.  
 (3) Aankruisen wat past.



**KENNISGEVING EN BETALINGSVERBINTENIS OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

(Art. 34, 11° en 12° van de wet van 14-07-1994)

Referenties	
Inrichting	□□□□□□□□□□□□□□□□
V.l.	□□□□□□□□□□□□□□□□

VRAGENDE INRICHTING

Type bed (1):

1. RVT-bed
2. ROB-bed

RIZIV-nummer □□□□□□□□□□□□

Benaming: .....

Adres: .....

VERZEKERINGSINSTELLING:

Nr. Ziekenfonds of □□□□

Gewestelijke dienst of  
Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming: .....

Adres: .....

RECHTHEBBENDE:

Inschrijvingsnummer Sociale Zekerheid (SIS-kaart) : □□□□□□□□□□□□

NAAM – Voornaam:..... Geboortedatum: .....

Adres: .....

**BETALINGSVERBINTENIS**

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de rechthebbende ondergebracht in de categorie O – A – B – C – D – Cdement – Ccoma (1) vanaf.....

Code gerechtigde	
KG 1	KG 2

**Voor het ziekenfonds of de gewestelijke Dienst of het gewestelijk geneeskundig centrum, (1)**

De verantwoordelijke:

Datum: .....

Handtekening – Naam:.....

(1) Omcirkel wat van toepassing is

**WEIGERING VAN TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN**

(Art. 34, 11° en 12° van de wet van 14.07.1994)

Referenties	
Inricht.	□□□□□□□□□□□□□□
V.I.	□□□□□□□□□□□□□□

**INRICHTING**

Erkenningsnummer of Registratienummer □□□□□□□□□□

Benaming: .....  
 Adres: .....

**VERZEKERINGSINSTELLING:**

Nr. Ziekenfonds of                      □□□□  
 Gewestelijke dienst of  
 Gewestelijk geneeskundig centrum

Benaming: .....  
 Adres: .....

**RECHTHEBBENDE:**

Inschrijvingsnummer Sociale Zekerheid (SIS-kaart) :                      □□□□□□□□□□

NAAM – Voornaam: .....                      Geboortedatum:.....

Adres: .....

**REDEN VAN DE WEIGERING**

De verzekeringsinstelling weigert de tegemoetkoming voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, om hierboven vermelde reden.

**Voor de verzekeringsinstelling – het gewestelijk kantoor – het gewestelijk geneeskundig centrum. (1)**

De verantwoordelijke,

Datum: .....

Handtekening – Naam: .....

.....

(1) Schrapen wat niet past.

## BIJLAGE 41

onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer

### EVALUATIESCHAAL TOT STAVING VAN DE AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING

**Identificatiegegevens rechthebbende :**

**Riziv-nummer van de instelling :**

NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

**A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie) :**

CRITERIUM	Oude score	Nieuwe score	1	2	3	4
ZICH WASSEN			kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN			kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSINGEN			is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILET-BEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN			kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesorïenteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesorïenteerd of onmogelijk te evalueren

OF: de patiënt heeft een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van .....

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : - categorie O categorie A categorie B categorie C categorie Cdement  
categorie D aangevraagd <sup>(1)</sup>

- een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd <sup>(1)</sup>

**B. Redenen die de wijziging van de categorie rechtvaardigen (enkel in geval van toename):**

**C. De Geneesheer (vereist indien de categorie D wordt aangevraagd of toename afhankelijkheid minder dan 6 maanden na wijziging schaal tijdens de laatste controle) of de verpleegkundige:**

Naam en Riziv-nummer of stempel van de geneesheer: Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige	Datum: ...../...../.....	Handtekening:
---	-----------------------------	---------------

<sup>(1)</sup> Schrappen wat niet past.

<sup>(2)</sup> Niet invullen indien de patiënt een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan.

## Categorieën van zorgenbehoefendheid

### RUSTOORD VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGTEHUIS

Op basis van het evaluatieschema, zoals opgenomen op de recto-zijde, worden de categorieën van zorgenbehoefendheid als volgt bepaald (een rechthebbende wordt als afhankelijk beschouwd als hij «3» of «4» scoort voor het desbetreffende criterium) :

**categorie O** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn;

**categorie A** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én  
zij zijn fysisch volledig onafhankelijk;

**categorie B** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan;

psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

**categorie C** : daarin zijn de de rechthebbenden ondergebracht die:  
fysiek afhankelijk zijn :  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, én  
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;

**categorie D** : daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, de diagnose van dementie is vastgesteld;

**categorie C dement** : daarin zijn de rechthebbenden ondergebracht die :  
psychisch afhankelijk zijn :  
zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, of  
zij hebben een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist, én  
zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, én  
zij zijn afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.

### Afhankelijkheidscriteria

#### CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

De rechthebbende moet beantwoorden aan de hierna vermelde afhankelijkheidscriteria :

ofwel is hij fysiek afhankelijk :  
hij is afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én  
hij is afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan ;

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

ofwel op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat werd uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, de diagnose voor dementie is vastgesteld.

## DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Institution	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION DEMANDERESSE

**Type de lit (1) :**

1. Lit MRS
2. Lit MRPA

N° INAMI □□□□□□□□□□

Dénomination : .....

Adresse : .....

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou □□□□

Office régional ou

Centre médical régional

Dénomination : .....

Adresse : .....

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS) □□□□□□□□□□

NOM – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

Date d'entrée (2) : ..... heure : .....

Date de la demande :

.....

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante :

Catégorie 0 – Catégorie A – Catégorie B – Catégorie C – Catégorie Cdément – Catégorie D – Catégorie Ccoma (1).

Il s'agit en l'occurrence d' : (3)

Court séjour (1)

OUI / NON

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> une nouvelle demande *       | <input type="checkbox"/> un transfert sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir du .....reste d'application)                       |
| <input type="checkbox"/> un changement de catégorie * | <input type="checkbox"/> un transfert avec changement de catégorie *   |
|   | <input type="checkbox"/> une réadmission dans les 30 jours sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir du ..... reste d'application) |
|   | <input type="checkbox"/> une réadmission dans les 30 jours avec changement de catégorie *  |

\* Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation (1).

\* En cas d'aggravation du degré de dépendance : j'y joins également un rapport circonstancié (1).

\* En cas de première admission d'un bénéficiaire classé dans la catégorie Ccoma : je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un rapport médical, attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie, établi par un centre hospitalier d'expertise (1).

Le responsable de l'institution.

Date : .....

Signature – Nom : .....

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) En cas de réadmission ou de transfert interne, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

(3) Cocher la case adéquate.

**NOTIFICATION D'OCTROI ET ENGAGEMENT DE PAIEMENT DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE  
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE**

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Institution	□□□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION DEMANDERESSE

Type de lit (1) :

1. Lit MRS
2. Lit MRPA

N° INAMI □□□□□□□□□□□□□□□□

Dénomination : .....

Adresse : .....

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou

Office régional ou Centre médical régional □□□□

Dénomination : .....

Adresse : .....

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS) □□□□□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

L'organisme assureur s'engage à rembourser le montant de l'intervention suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour le bénéficiaire classé dans la catégorie O – A – B – C – Cd – D – Ccoma (1) à partir du .....

Code titulaire	
CT 1	CT 2

**Pour la Mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional. (1)**

Le responsable,

Date : .....

Signature – Nom : .....

(1) Entourer la mention qui convient.

**REFUS D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE**

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994))

Références	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

**INSTITUTION**

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□□□

Dénomination : .....  
 Adresse : .....

**ORGANISME ASSUREUR :**

N° mutualité ou  
 Office régional ou Centre médical régional □□□□

Dénomination : .....  
 Adresse : .....

**BENEFICIAIRE :**

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS) □□□□□□□□□□

Nom – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

**MOTIF DU REFUS**

L'organisme assureur refuse de rembourser l'intervention prévue par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour le motif évoqué ci-dessus.

**Pour la mutualité – l'Office régional - le Centre médical régional. (1)**

Le responsable,

Date : .....

Signature – Nom: .....

.....

(1) Biffer les mentions inutiles.

**ANNEXE 41**

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT  
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

**Identification du bénéficiaire :**

**Numéro INAMI de l'institution :** .....

NOM – Prénom : ..... Numéro national : .....

**A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)**

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

**OU :** le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du .....

**Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus :** - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie D est demandée <sup>(1)</sup>

- un accueil en centre de soins de jour est demandé <sup>(1)</sup>

**B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :**

**C. Le Médecin (obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :**

Nom et numéro Inami ou cachet du médecin Nom de l'infirmier(ère) responsable <sup>(1)</sup>	Date : ...../...../.....	Signature
--	-----------------------------	-----------

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.



## **Catégories de dépendance**

### **MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

**Catégorie O** : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

**Catégorie A** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

**Catégorie B** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et  
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

**Catégorie C** : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et  
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

**Catégorie D** : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

**Catégorie C dément** : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :  
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou  
ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, et  
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et  
ils sont dépendants pour incontinence, et  
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

## **Critères de dépendance**

### **CENTRE DE SOINS DE JOUR**

Le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :  
il est dépendant pour se laver et s'habiller, et  
il est dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- soit il est dépendant psychiquement :  
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et  
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller ;
- soit il a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.