

Art. 2. Les infractions aux dispositions du présent arrêté sont recherchées, constatées et punies conformément aux dispositions de la loi du 28 mars 1975 relative au commerce des produits de l'agriculture, de l'horticulture et de la pêche maritime.

Art. 3. L'arrêté ministériel du 28 décembre 1992 fixant les rétributions pour le contrôle par l'Office national des Débouchés agricoles et horticoles, des indications facultatives sur l'étiquetage de la viande de volaille est abrogé.

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 19 avril 1995.

A. BOURGEOIS

Art. 2. Overtredingen van de bepalingen van dit besluit worden opgespoord, vastgesteld en gestraft overeenkomstig de bepalingen van de wet van 28 maart 1975 betreffende de handel in landbouw-, tuinbouw- en zeevisserijproducten.

Art. 3. Het ministerieel besluit van 28 december 1992, tot vaststelling van vergoedingen voor de controle op de facultatieve aanduiding in de etikettering van pluimveevees door de Diensten van de Nationale Dienst voor de Afzet van Land- en Tuinbouwproducten wordt opgeheven.

Art. 4. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Brussel, 19 april 1995.

A. BOURGEOIS

MINISTERE DE LA PREVOYANCE SOCIALE

F. 95 - 1962

[S-C - 22148]

5 AVRIL 1995. - Arrêté ministériel fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, pour les prestations visées à l'article 34, 12°, de la même loi

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 34, 12° et 37, § 12;

Vu l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment les articles 153*terdecies* à 153*undecies* modifiés par les arrêtés royaux des 25 janvier 1988, 10 juillet 1990, 10 avril 1991 et 19 mai 1992;

Vu la proposition émise par la Commission de convention entre les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs;

Vu l'avis émis le 6 février 1995 par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu l'avis émis le 20 février 1995 par le Conseil général de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par les lois des 9 août 1980, 16 juin 1989 et 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant que l'arrêté ministériel du 10 avril 1991 fixant l'intervention visée à l'article 25, § 9, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et pour les prestations visées à l'article 23, 13°, de la même loi, modifié par l'arrêté ministériel du 24 décembre 1991, actuellement d'application, peut donner lieu à une série d'abus sur le plan de qualification professionnelle du personnel soignant et sur celui de la continuité des soins administrés et qu'il convient d'y remédier dans les plus brefs délais et considérant que les mesures d'économie préconisées par le Gouvernement risquent de ne pas être réalisées, il est nécessaire que cet arrêté soit publié le plus rapidement possible,

Arrête :

Article 1er. § 1er. L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 12° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est fixée comme suit dans les institutions visées au même article, qui ont adhéré à la convention entre les maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs :

1° lorsque le bénéficiaire est hébergé dans une maison de repos pour personnes âgées agréée :

par journée et par bénéficiaire selon que celui-ci est classé dans une des catégories de dépendance O, A, B ou C visées à l'article 153*terdecies* de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, respectivement : 42 F (forfait O), 128 F (forfait A), 699 F (forfait B), 985 F (forfait C).

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 95 - 1962

[S-C - 22148]

5 APRIL 1995. - Ministerieel besluit 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, voor de in artikel 34, 12°, van dezelfde wet bedoelde verstrekkingen

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 34, 12° en 37, § 12;

Gelet op het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op de artikelen 153*terdecies* tot 153*undecies* gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 januari 1988, 10 juli 1990, 10 april 1991 en 19 mei 1992;

Gelet op het voorstel van de overeenkomstencommissie tussen de rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden en de verzekeringsinstellingen;

Gelet op het advies, uitgebracht door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering op 6 februari 1995;

Gelet op het advies, uitgebracht door de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering op 20 februari 1995;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wetten van 9 augustus 1980, 16 juni 1989 en 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat het thans geldende ministerieel besluit van 10 april 1991 tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 25, § 9, van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, voor de in artikel 23, 13°, van dezelfde wet bedoelde verstrekkingen, gewijzigd bij het ministerieel besluit van 24 december 1991, een aantal mistoestanden in de hand kan werken op het vlak van de beroepsbekwaamheid van het verzorgingspersoneel en op het vlak van de continuïteit aan verzorging en verpleging en dit zo vlug mogelijk dient verholpen te worden en overwegende dat de door de Regering vooropgestelde besparingsmaatregelen gevaar lopen om niet gerealiseerd te worden, is het noodzakelijk dat dit besluit zo vlug mogelijk ter kennis wordt gebracht.

Besluit :

Artikel 1. § 1. De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 12° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt als volgt vastgesteld in de in hetzelfde artikel bedoelde inrichtingen die zijn toegetreden tot de overeenkomst tussen de rustoorden voor bejaarden en verzekeringsinstellingen :

1° als de rechthebbende is opgenomen in een erkend rustoord voor bejaarden :

per dag per rechthebbende naargelang deze is gerangschikt in één van de afhankelijkheidscategorieën O, A, B of C die zijn bedoeld in artikel 153*terdecies* van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, respectievelijk : 42 F (forfait O), 128 F (forfait A), 699 F (forfait B), 985 F (forfait C).

Toutefois, l'intervention de l'assurance soins de santé est limitée :

— au montant correspondant à la catégorie de dépendance B pour les bénéficiaires classés dans les catégories de dépendance B ou C si l'institution susvisée (y compris la section M.R.S. de cette même institution) héberge moins de quinze patients classés dans les catégories de dépendance B ou C;

— au montant correspondant à la catégorie de dépendance A pour les bénéficiaires classés dans les catégories de dépendance B ou C, si l'institution susvisée n'assure pas la continuité des soins au sens défini l'article 2, § 3, du présent arrêté.

Lorsque l'institution susvisée (abstraction faite de la section M.R.S. de cette même institution) compte, par rapport au nombre de lits agréés, 40 % ou plus de patients classés dans les catégories de dépendance B ou C, le montant correspondant à la catégorie de dépendance C est majoré de 94 F et devient ainsi le forfait C+, sans préjudice des dispositions prévues à l'article 2, § 2, du présent arrêté, et à condition que l'institution susvisée bénéficie de l'intégralité des interventions de l'assurance soins de santé pour les montants correspondant aux catégories de dépendance B et C.

2° lorsque le bénéficiaire est hébergé dans une institution qui, sans être agréée comme maison de repos pour personnes âgées, constitue le domicile ou la résidence commune de personnes âgées et est enregistrée par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :

par journée et par bénéficiaire : 42 F.

§ 2. Les montants prévus au § 1er du présent article sont réduits de 25 p.c. lorsque le bénéficiaire est hébergé dans une institution visée à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée, qui n'a pas adhéré à la convention nationale entre les maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs.

Art. 2. § 1er. Pour pouvoir bénéficier des interventions de l'assurance soins de santé visées à l'article 1er, les institutions visées à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée, doivent disposer de leur propre personnel infirmier et soignant, salarié ou statutaire.

Sans préjudice des dispositions prévues au § 9 du présent article et à condition qu'elles fournissent la preuve qu'elles répondent à ces dispositions, cette exigence n'est pas requise :

— pour les institutions agréées qui comptent au maximum 25 lits, y compris celles pour lesquelles un agrément spécial « maisons de repos et de soins » a été obtenu;

— pour les institutions qui, sans être agréées comme maison de repos pour personnes âgées, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées et sont enregistrées par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, et qui hébergent au maximum 25 bénéficiaires.

§ 2. Pour pouvoir bénéficier des interventions de l'assurance soins de santé visées à l'article 1er, les institutions visées à l'article 1er, § 1er, 1°, doivent justifier qu'elles disposent du personnel infirmier, soignant et paramédical requis; la composition du personnel est déterminée compte tenu du nombre de bénéficiaires classés dans chacune des catégories de dépendance.

L'effectif du personnel exprimé en équivalent à temps plein et par trente bénéficiaires est :

- 1° pour la catégorie de dépendance O :
 - d'au moins 0,25 praticien de l'art infirmier;
 - de suffisamment d'ergothérapeute et/ou de logopède;
- 2° pour la catégorie de dépendance A :
 - d'au moins 0,70 praticien de l'art infirmier;
 - d'au moins 0,30 membre du personnel soignant;
 - de suffisamment d'ergothérapeute et/ou de logopède;
- 3° pour la catégorie de dépendance B :
 - d'au moins 2,10 praticiens de l'art infirmier;
 - d'au moins 3,50 membres du personnel soignant;
 - de suffisamment d'ergothérapeute et/ou de logopède;
- 4° pour la catégorie de dépendance C :
 - d'au moins 3,50 praticiens de l'art infirmier;
 - d'au moins 0,35 membre du personnel paramédical;
 - d'au moins 4,20 membres du personnel soignant;
 - de suffisamment d'ergothérapeute et/ou de logopède.

De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt echter beperkt :

— tot het bedrag dat overeenstemt met de afhankelijkheidscategorie B voor de rechthebbenden die in de afhankelijkheidscategorieën B of C zijn gerangschikt, als de hiervoren bedoelde inrichting (met inbegrip van de R.V.T. afdeling van diezelfde inrichting) minder dan vijftien patiënten, gerangschikt in de afhankelijkheidscategorieën B of C, huisvest;

— tot het bedrag dat overeenstemt met de afhankelijkheidscategorie A voor de rechthebbenden die in de afhankelijkheidscategorieën B of C zijn gerangschikt, als de hiervoren bedoelde inrichting de continuïteit van de verzorging als bedoeld in artikel 2, § 3 van dit besluit, niet verzekert.

Indien voormelde inrichting (afgezien van de afdeling R.V.T. van die inrichting) ten opzichte van het totaal aantal erkende bedden 40 % of meer patiënten telt die ondergebracht zijn in de afhankelijkheidscategorieën B of C, wordt het bedrag dat overeenstemt met de afhankelijkheidscategorie C verhoogd met 94 F (en wordt aldus het forfait C+), onverminderd de bepalingen van artikel 2, § 2, van dit besluit en op voorwaarde dat voormelde inrichting alle tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging geniet voor de bedragen die overeenstemmen met de afhankelijkheidscategorieën B en C.

2° als de rechthebbende is opgenomen in een inrichting die zonder als rustoord voor bejaarden te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van bejaarden uitmaakt en is geregistreerd door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering :

per dag en per rechthebbende : 42 F.

§ 2. De in § 1 van dit artikel vastgestelde bedragen worden met 25 pct. verminderd als de rechthebbende is opgenomen in een artikel 34, 12°, van voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde inrichting die niet is toegetreden tot de nationale overeenkomst tussen de rustoorden voor bejaarden en de verzekeringsinstellingen.

Art. 2. § 1. Om de in artikel 1 bedoelde tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging te kunnen genieten, moeten de in artikel 34, 12°, van voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde inrichtingen beschikken over hun eigen loontrekkend of statutair verpleegkundig of verzorgend personeel.

Onverminderd de bepalingen van § 9 van dit artikel, en onder de voorwaarde dat ze het bewijs leveren dat ze voldoen aan deze bepalingen, moet aan die vereiste niet worden voldaan :

— door de erkende inrichtingen die maximum 25 bedden hebben, inclusief de bedden waarvoor een bijzondere erkenning « rust- en verzorgingstehuis » is verkregen;

— door de inrichtingen die, zonder als rustoord voor bejaarden te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van bejaarden uitmaken en geregistreerd zijn door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, en die maximum 25 rechthebbenden huisvesten.

§ 2. Om de in de artikel 1 bedoelde tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging te kunnen genieten, moeten de in artikel 1, § 1, 1°, bedoelde inrichtingen aantonen dat ze over het vereiste verpleegkundig, verzorgings- en paramedisch personeel beschikken; de samenstelling van het personeel wordt bepaald, rekening houdende met het aantal rechthebbenden dat in elke afhankelijkheidscategorie is gerangschikt.

Het personeelsbestand, uitgedrukt in voltijds equivalent en per dertig rechthebbenden, bedraagt :

- 1° voor de afhankelijkheidscategorie O :
 - ten minste 0,25 verpleegkundige;
 - voldoende ergotherapeut en/of logopedist;
- 2° voor de afhankelijkheidscategorie A :
 - ten minste 0,70 verpleegkundige;
 - ten minste 0,30 leden van het verzorgingspersoneel;
 - voldoende ergotherapeut en/of logopedist;
- 3° voor de afhankelijkheidscategorie B :
 - ten minste 2,10 verpleegkundigen;
 - ten minste 3,50 leden van het verzorgingspersoneel;
 - voldoende ergotherapeut en/of logopedist;
- 4° voor de afhankelijkheidscategorie C :
 - ten minste 3,50 verpleegkundigen;
 - ten minste 0,35 leden van het paramedisch personeel;
 - ten minste 4,20 leden van het verzorgingspersoneel;
 - voldoende ergotherapeut en/of logopedist.

Les institutions visées à l'article 1er, § 1er, 1^o, qui hébergent un ou plusieurs bénéficiaires dépendants psychiquement classés dans la catégorie de dépendance C; doivent disposer d'un équivalent à temps plein supplémentaire par trente bénéficiaires dépendants psychiquement classés dans la catégorie de dépendance C (praticien de l'art infirmier, membre du personnel paramédical ou membre du personnel soignant). Si cette dernière condition n'est pas respectée, l'intervention de l'assurance soins de santé est limitée au montant correspondant à la catégorie de dépendance B, sans préjudice des dispositions prévues à l'article 1er, § 1er, 1^o.

Pour pouvoir bénéficier du forfait C+, les institutions visées à l'article 1er, § 1er, 1^o, doivent disposer, en équivalents à temps plein par trente bénéficiaires, pour la catégorie de dépendance C :

- d'au moins 3,85 praticiens de l'art infirmier;
- d'au moins 0,385 membre du personnel paramédical;
- d'au moins 4,62 membres du personnel soignant;
- de suffisamment d'ergothérapeute et/ou de logopède.

Si cet effectif n'est pas atteint, l'intervention de l'assurance soins de santé est limitée au montant correspondant à la catégorie de dépendance C, sans préjudice des dispositions qui précèdent.

§ 3. Les institutions visées à l'article 1er, § 1er, 1^o, doivent pouvoir assurer la continuité des soins de jour comme de nuit.

A cette fin, et sans préjudice des dispositions prévues au § 2, les institutions qui hébergent des bénéficiaires classés dans les catégories de dépendance B ou C doivent disposer d'au moins 2 équivalents à temps plein praticiens de l'art infirmier et 3 équivalents à temps plein membres du personnel soignant, salariés ou statutaires. La garde de nuit doit être assurée par au moins un de ces praticiens de l'art infirmier ou de ces membres du personnel soignant.

Si la continuité des soins précitée n'est assurée que par au moins un équivalent à temps plein praticien de l'art infirmier et quatre équivalents à temps plein membres du personnel soignant, les interventions visées à l'article 1er et relatives aux catégories de dépendance B ou C sont diminuées de 5 %.

Le personnel infirmier et soignant occupé dans la section M.R.S. du même établissement peut être pris en considération pour la détermination du personnel visé au deuxième alinéa qui assure la continuité des soins.

§ 4. Pour l'application des dispositions du présent arrêté, on entend par personnel soignant les personnes qui assistent effectivement les praticiens de l'art infirmier dans la dispensation des soins, aident les pensionnaires dans les actes de la vie journalière, dans la préservation de l'autonomie et le maintien de la qualité d'habitat et de vie.

Ces personnes doivent justifier au moins les qualifications suivantes :

le brevet ou le diplôme de l'enseignement secondaire ou le certificat d'étude de l'enseignement secondaire ou le certificat de qualification ou le certificat de l'enseignement secondaire de : auxiliaire familiale et sanitaire, puériculture, aspirante en nursing, « leefgroepwerking », « gezins- en bejaardenhelpster », aide familiale, « bijzondere jeugdzorg », « personenzorg », assistant(e) en gériatrie, éducation, moniteur de collectivités, auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité ou aide polyvalente de collectivités.

Sont assimilées aux membres du personnel soignant, les personnes qui ont suivi avec fruit une formation reconnue par le Ministre communautaire compétent.

§ 4 bis, 1^o. Les mesures suivantes sont prévues pour le personnel soignant qui ne répond pas aux exigences de qualifications fixées au § 4 du présent article et qui, sur la base d'un contrat de travail ou d'un document équivalent ou encore de la déclaration O.N.S.S. ou O.N.S.S.A.P.L., peut établir avoir été occupé le 26 mai 1992 en qualité de personnel soignant dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins agréée par l'autorité compétente :

a) soit il s'agit de personnel soignant qui à la date du 26 mai 1992 avait atteint l'âge de 45 ans et pour autant qu'il puisse justifier au cours des années précédant cette date une activité professionnelle au moins égale à l'équivalent de 5 ans d'occupation à temps plein dans une maison de repos pour personnes âgées agréée ou une maison de repos et de soins: ce personnel soignant est dispensé de l'obligation de satisfaire aux exigences de qualifications prévues au § 4 du présent article, pour autant que le 31 mars 1993, il exerce la fonction de personnel soignant dans la maison de repos pour personnes âgées où il travaillait à la date du 26 mai 1992;

De in artikel 1, § 1, 1^o, bedoelde inrichtingen die één of meer psychisch afhankelijk rechtebbenden huisvesten die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie C, moeten beschikken over één bijkomend voltijds equivalent per dertig psychisch afhankelijk rechtebbenden gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie C (verpleegkundige, lid van het paramedisch personeel of lid van het verzorgend personeel). Indien aan laatstgenoemde voorwaarde niet is voldaan, wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging beperkt tot het bedrag dat overeenstemt met de afhankelijkheidscategorie B, onverminderd de bepalingen van artikel 1, § 1, 1^o.

Om het forfait C+ te kunnen genieten moeten de in artikel 1, § 1, 1^o, bedoelde inrichtingen, in voltijds equivalent per dertig rechthebbenden, voor de afhankelijkheidscategorie C beschikken over :

- ten minste 3,85 verpleegkundigen;
- ten minste 0,385 leden van het paramedisch personeel;
- ten minste 4,62 leden van het verzorgingspersoneel;
- voldoende ergotherapeut en/of logopedist.

Indien dat personeelsbestand niet wordt bereikt, wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging beperkt tot het bedrag dat overeenstemt met de afhankelijkheidscategorie C, onverminderd de hiervoor vermeldde bepalingen.

§ 3. De in artikel 1, § 1, 1^o, bedoelde inrichtingen moeten de continuïteit van de verzorging zowel overdag als 's nachts kunnen verzekeren.

Daartoe moeten, onverminderd de bepalingen van § 2, de inrichtingen die rechthebbenden huisvesten die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorieën E of C, beschikken over ten minste 2 voltijdse equivalenten verpleegkundigen en 3 voltijdse equivalenten leden van het verzorgingspersoneel, loontrekkend of statutair. De permanentie 's nachts moet verzekerd worden door minstens één van deze verpleegkundigen of van deze leden van het verzorgingspersoneel.

Indien de hiervoor genoemde continuïteit van de verzorging slechts wordt verzekerd door ten minste één voltijds equivalent verpleegkundige en vier voltijds equivalenten verzorgend personeel, worden de tegemoetkomingen zoals bedoeld in artikel 1 en die betrekking hebben op de afhankelijkheidscategorieën B of C, vermindert met 5 %.

Het verpleegkundig en verzorgingspersoneel dat is tewerkgesteld in de R.V.T.-afdeling van dezelfde inrichting kan in aanmerking worden genomen voor de bepaling van het in het tweede lid bedoelde personeel dat instaat voor de continuïteit van de verzorging.

§ 4. Voor de toepassing van de bepalingen van dit besluit wordt onder verzorgingspersoneel verstaan de personen die daadwerkelijk de beoefenaars van de verpleegkunde bijstaan in de zorgverstrekking, de bewoners helpen bij de handelingen van het dagelijks leven, het behoud van de zelfredzaamheid en het in stand houden van de woon- en leefkwaliteit.

Deze personen dienen ten minste de kwalificatievereisten te bewijzen van :

het brevet of het diploma secundair onderwijs of het studiegetuigschrift secundair onderwijs of het kwalificatiegetuigschrift of het getuigschrift van secundair onderwijs van : gezins- en sanitaire hulp, kinderverzorging, verpleegaspiranten, leefgroepwerking, gezins- en bejaardenhelpster, « aide familiale », bijzondere jeugdzorg, personenzorg, « assistant(e) en gériatrie », « éducation », « moniteur de collectivités », « auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivités » of « aide polyvalente de collectivités ».

Met verzorgingspersoneel worden gelijkgesteld de personen die geslaagd zijn in een opleiding die is erkend door de bevoegde Gemeenschapsminister.

§ 4 bis, 1^o. Voor het verzorgingspersoneel dat niet beantwoordt aan de in § 4 van dit artikel gestelde kwalificatievereisten en dat op basis van een arbeidsovereenkomst of equivalent document, alsook op basis van de R.S.Z. of de R.S.Z.-P.P.O.-aangifte kan bewijzen dat het op 26 mei 1992 als verzorgingspersoneel was tewerkgesteld in een door de bevoegde overheid erkend rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis, worden de volgende overgangsmaatregelen voorzien :

a) ofwel gaat het om verzorgingspersoneel dat op 26 mei 1992 de leeftijd bereikt heeft van 45 jaar en voorzover het in de daarin voorafgaande jaren een beroepsactiviteit kan bewijzen die tenminste gelijk is aan het equivalent van 5 jaar voltijdse tewerkstelling in een erkend rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis : dit verzorgingspersoneel wordt vrijgesteld van de verplichting om te voldoen aan de kwalificatievereisten voorzien in § 4 van onderhavig artikel voor zover het de functie van verzorgingspersoneel uitoefent op 31 maart 1993, in het rustoord voor bejaarden waarin het werkzaam was op 26 mei 1992;

b) soit il s'agit de personnel soignant qui ne satisfait pas aux conditions supplémentaires d'âge et/ou de durée d'occupation décrites sous le point a) : durant la période du 1er avril 1993 au 31 octobre 1996, ce personnel soignant est dispensé de satisfaire aux exigences de qualifications fixées au § 4, à la condition qu'il se porte candidat à l'application de cette mesure de transition.

Le 31 octobre 1996 au plus tard, le personnel soignant qui tombe sous l'application de cette mesure transitoire, doit pouvoir justifier avoir suivi avec fruit un recyclage reconnu par le Ministre communal compétent, et ce afin d'être assimilé à partir du 1er novembre 1996, pour l'application du présent arrêté, au personnel soignant visé au § 4 du présent arrêté.

Si, au plus tard le 31 octobre 1996, ce personnel soignant n'a pas suivi avec fruit le recyclage visé à l'alinéa précédent, il n'entrera plus en ligne de compte à partir de cette date pour le calcul des exigences de personnel dans le cadre des interventions forfaitaires dans les maisons de repos pour personnes âgées telles qu'elles sont prévues à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée.

2° Pour l'application de l'article 2, § 4 bis, 1°, de cet arrêté ministériel, les pièces justificatives ou le cas échéant, la demande de dispense, doivent être transmises au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité pour le 30 juin 1995 au plus tard sous pli recommandé à la poste.

3° Le personnel soignant visé à l'article 2, §§ 4 et 4 bis, 1°, de cet arrêté ministériel, se verra attribuer par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité un numéro d'inscription, à condition qu'il puisse justifier les qualifications fixées au même article ou produire les pièces justificatives nécessaires.

§ 4. Les institutions qui hébergent des bénéficiaires classés dans les catégories de dépendance B ou C doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire.

Si cette disposition n'est pas respectée, l'intervention de l'assurance soins de santé visée à l'article 1er est limitée au montant correspondant à la catégorie de dépendance A pour les bénéficiaires classés dans les catégories de dépendance B ou C.

§ 5. Les institutions visées à l'article 1er, § 1er, 2°, doivent justifier qu'elles disposent de l'équivalent à temps plein de 0,25 praticien de l'art infirmier par trente bénéficiaires hébergés, et de suffisamment d'ergothérapeute et/ou de logopède.

§ 6. Pour justifier qu'elles disposent de leur propre personnel infirmier et soignant, salarié ou statutaire, les institutions doivent transmettre au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, une copie de la déclaration O.N.S.S. ou de la déclaration O.N.S.S.-A.P.L. comportant l'effectif du personnel ainsi qu'une copie du contrat d'emploi propre à l'institution ou une copie de la délibération du pouvoir organisateur dans le cas d'un service public.

§ 7. Pour pouvoir bénéficier des interventions de l'assurance soins de santé visées à l'article 1er, les institutions doivent renvoyer au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, un document attestant que le personnel infirmier, soignant ou paramédical, dont le coût est couvert par l'intervention forfaitaire prévue à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée, bénéficie au moins des barèmes qui ont servi de base pour le calcul de ces interventions, ainsi que des avantages découlant de l'application des conventions collectives et de l'accord social du 4 juillet 1991 ou des protocoles d'accord des 23 mai 1991 et 22 novembre 1991 avec les organisations syndicales représentatives des institutions publiques de soins. Ce document doit être signé par le gérant responsable de l'institution et contresigné par les représentants syndicaux ou dans les institutions publiques de soins, par la délégation syndicale représentée dans les comités de concertation ou, à défaut, par au moins deux représentants des membres du personnel.

§ 8. En l'absence de suffisamment de personnel infirmier salarié ou statutaire propre à l'institution telle que visée au § 1er, alinéa 2, du présent article, la dispensation des soins infirmiers peut être assurée par des dispensateurs extérieurs liés par un contrat d'entreprise pour un maximum d'un équivalent à temps plein, sans préjudice des dispositions prévues aux §§ 2, 3 et 6 du présent article.

Le contrat d'entreprise établira de manière non équivoque le caractère indépendant de l'activité prestée ainsi que les responsabilités réciproques du gestionnaire et du dispensateur de soins à l'égard du bénéficiaire. En outre, il doit prévoir des modalités

b) ofwel gaat het om verzorgingspersoneel dat niet voldoet aan de in a) beschreven bijkomende voorwaarden inzake leeftijd en/of duur van de tewerkstelling : gedurende de periode van 1 april 1993 tot en met 31 oktober 1996 wordt dit verzorgingspersoneel vrijgesteld van het vervullen van de in § 4 gestelde kwalificatievereisten, op voorwaarde dat het zich kandidaat stelt voor de toepassing van deze overgangsmaatregel.

Ten laatste op 31 oktober 1996 moet het verzorgingspersoneel dat onder de toepassing van deze overgangsmaatregel valt, kunnen bewijzen dat het geslaagd is in een bijscholing die is erkend door de bevoegde Gemeenschapsminister en dit om vanaf 1 november 1996 voor de toepassing van dit besluit gelijkgesteld te worden met het verzorgingspersoneel zoals bedoeld in § 4 van dit besluit.

Indien dit verzorgingspersoneel op uiterlijk 31 oktober 1996 niet is geslaagd in de in vorig lid bedoelde bijscholing zal het vanaf die datum niet meer in aanmerking komen voor de berekening van de personeelsvereisten in het kader van de forfaitaire tegemoetkomingen in de rustworden voor bejaarden zoals voorzien in artikel 34, 12°, van de genoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

2° Voor de toepassing van artikel 2, § 4 bis, 1°, van dit ministerieel besluit, moeten de bewijsstukken, of in voorkomend geval de aanvraag om vrijstelling tegen uiterlijk 30 juni 1995 met een ter post aangetekende brief worden overgemaakt aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

3° Aan het verzorgingspersoneel dat is bedoeld in artikel 2, §§ 4 en 4 bis, 1°, van dit ministerieel besluit zal door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een registratienummer worden toegekend op voorwaarde dat het de in hetzelfde artikel bedoelde kwalificatievereisten kan bewijzen of de nodige bewijsstukken kan voorleggen.

§ 5. De inrichtingen die rechthebbenden huisvesten die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorieën B of C moeten een verzorgingsdossier per rechthebbende bijhouden.

Als die bepaling niet wordt nageleefd, wordt de in artikel 1 bedoelde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging beperkt tot het bedrag dat overeenstemt met de afhankelijkheidscategorie A, voor de in de afhankelijkheidscategorieën B of C geklasseerde rechthebbenden.

§ 6. De in artikel 1, § 1, 2°, bedoelde inrichtingen moeten aantonen dat ze beschikken over het voltijds equivalent van 0,25 verpleegkundige per dertig gehuisveste rechthebbenden, en over voldoende ergotherapeut en/of logopedist.

§ 7. Om aan te tonen dat ze over eigen loontrekkend of statutair verpleegkundig en verzorgingspersoneel beschikken, moeten de inrichtingen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een afschrift van de R.S.Z.-aangifte of van de R.S.Z.-P.P.O.-aangifte met het personeelsbestand bezorgen, evenals een afschrift van de arbeids-overeenkomst, eigen aan de inrichting, of een afschrift van de beraadslaging van de inrichtende macht ingeval het om een openbare dienst gaat.

§ 8. Om de in artikel 1 bedoelde tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging te kunnen genieten, moeten de inrichtingen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een document sturen waarin wordt bevestigd dat het verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel, voor wie de kost gedekt wordt door de forfaitaire tegemoetkoming waarin is voorzien in artikel 34, 12°, van voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, ten minste de loonschalen geniet die als basis hebben gediend voor de berekening van die tegemoetkomingen, alsmede de voordelen die voortvloeien uit de toepassing van de collectieve overeenkomsten en van het sociaal akkoord van 4 juli 1991 of de protocollen van akkoord van 23 mei 1991 en 22 november 1991 met de syndicale organisaties die de openbare verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen. Dat document moet ondertekend zijn door de verantwoordelijke beheerder van de inrichting en moet mede ondertekend zijn door de vakbondsvertegenwoordigers of in de openbare verzorgingsinstellingen door de syndicale afvaardiging die vertegenwoordigd is in de overlegcomités of, bij ontstentenis van dezen door ten minste twee vertegenwoordigers van het personeel.

§ 9. Bij ontstentenis van voldoende loontrekkenden of statutair verpleegkundig personeel, eigen aan de inrichting, zoals bedoeld in § 1, 2e lid, van dit artikel, kan de verpleegkundige verzorging worden verleend door maximum één voltijds equivalent verstrekker van buiten de inrichting die met haar is verbonden door een ondernemingscontract, onverminderd de bepalingen zoals voorzien in de §§ 2, 3 en 6 van onderhavig artikel.

Uit dat ondernemingscontract moet ondubbelzinnig de zelfstandige aard van de uitgeoefende activiteit blijken, alsmede de wederzijdse verantwoordelijkheden van de beheerder en van de verzorgingsverstrekker ten aanzien van de rechthebbende. Bovendien

d'indemnisation des dispensateurs de soins ainsi que des garanties concernant la continuité des soins. Un exemplaire du contrat doit être remis au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Afin d'établir que les montants perçus pour soins infirmiers ont été effectivement utilisés à cette fin, les institutions susvisées devront également communiquer au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité les souches fiscales délivrées aux praticiens de l'art infirmier extérieures liés par un contrat d'entreprise, ainsi que les preuves du versement des cotisations sociales de ces mêmes dispensateurs dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants.

Le praticien de l'art infirmier qualifié qui gère lui-même une institution et y dispense effectivement des soins infirmiers tels que prévus à l'article 153*decies*, § 2, de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 précité aux bénéficiaires hébergés dans la même institution, peut être pris en considération pour la fixation du nombre de praticiens de l'art infirmier visé aux §§ 2, 3 et 6. Dans ce cas, la dispensation ces soins infirmiers dans les institutions visées au § 1er, alinéa 2, ne peut plus être assurée par des dispensateurs extérieurs liés par un contrat d'entreprise.

§ 10. Pour l'application des dispositions qui précèdent, les pièces justificatives transmises au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ne peuvent produire leur effets qu'à partir du premier jour du trimestre au cours duquel les données sont communiquées.

§ 11. Les institutions s'engagent à communiquer au Service des soins de santé précité toute modification dans l'effectif du personnel infirmier et soignant; cette communication comporte entre autres le début et/ou la fin de l'activité et doit être faite au plus tard à la fin du mois suivant le trimestre au cours duquel la modification est survenue.

§ 12. Si le service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité constate que l'institution, pour l'ensemble des bénéficiaires qui y sont hébergés, par type de personnel dont le coût est couvert par l'intervention forfaitaire prévue à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée, ne satisfait pas aux normes fixées aux §§ 2 et 6 du présent article, il convient d'appliquer les règles suivantes :

a) il s'agit d'une institution qui satisfait à une norme de personnel égale ou supérieure à 90 % des normes visées aux §§ 2 et 6. Cette institution peut facturer au maximum une intervention qui correspond respectivement au montant de la catégorie de dépendance A ou O ou le cas échéant, une intervention qui correspond au montant de la catégorie de dépendance B ou C, diminué de 25 %;

b) il s'agit d'une institution qui n'atteint pas 90 % des normes du personnel visées au § 2. Cette institution peut facturer au maximum l'intervention qui correspond au montant de la catégorie de dépendance A;

c) il s'agit d'une institution qui n'atteint pas 90 % des normes du personnel visées au § 6. Cette institution ne peut pas facturer le montant prévu à l'article 1er, § 1er, 2°.

§ 13. Au plus tard le 30 avril et le 31 octobre de chaque année, chaque institution doit transmettre respectivement pour la période du 1er octobre au 31 mars ou du 1er avril au 30 septembre au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, sur un document transmis par ce service aux institutions, les données suivantes :

— par trimestre, le nombre de journées d'entretien par catégorie pour lesquelles l'intervention prévue à l'article 1er a été facturée;

— par trimestre, le nom des membres du personnel infirmier, soignant et paramédical et le nombre de jours qu'ils ont prestés au sein de l'institution.

Ces données devront être transmises par lettre recommandée à la poste, sous la forme d'une déclaration sur l'honneur, signée par le responsable de l'institution.

Sur la base de ces données, le service précité vérifie si l'institution a respecté les normes fixées aux §§ 2 et 3 ou, le cas échéant, au § 6 du présent article au cours de la période écoulée du 1er octobre au 31 mars ou du 1er avril au 30 septembre et fixe les interventions pouvant être portées en compte par cette institution pendant les périodes respectives du 1er juillet au 31 décembre ou du 1er janvier au 30 juin; il en informe en temps utile les institutions et les organismes assureurs.

doivent modalités concernant le remboursement de la prestation de soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Om te bewijzen dat de voor de verpleegkundige verzorging ontvangen bedragen daadwerkelijk daartoe zijn gebruikt moeten vorenbedoelde inrichtingen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering eveneens de fiscale stroken bezorgen die zijn uitgereikt aan de verpleegkundigen van buiten de inrichting die met haar zijn verbonden door een ondernemingscontract, alsmede de bewijzen van de storting van de sociale bijdragen van diezelfde verstrekkers in het raam van het sociaal statuut van de zelfstandigen.

De gekwalificeerde verpleegkundige die zelf een inrichting beheert en er daadwerkelijk verpleegkundige verzorging als bedoeld in artikel 153*decies*, § 2, van voornoemd koninklijk besluit van 4 november 1963 verleent aan de rechthebbenden die in diezelfde inrichting gehuisvest, mag in aanmerking worden genomen voor het vaststellen van de §§ 2, 3 en 6 bedoeld aantal verpleegkundigen. In dat geval kan in de in § 1, tweede lid, bedoelde inrichtingen de verpleegkundige verzorging niet langer worden verleend door verstrekkers van buiten de inrichting verbonden door een ondernemingscontract.

§ 10. Voor de toepassing van de bepalingen die voorafgaan, hebben de verantwoordingsstukken die aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden bezorgd slechts uitwerking vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin de gegevens worden meegedeeld.

§ 11. De inrichtingen verbinden zich ertoe elke wijziging in het bestand van het verpleegkundig en verzorgend personeel mee te delen aan de voornoemde Dienst voor geneeskundige verzorging; die mededeling omvat onder andere de aanvang en/of het einde van de activiteit en moet geschieden uiterlijk op het einde van de maand die volgt op het kwartaal waarin de wijziging zich heeft voorgedaan.

§ 12. Indien de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vaststelt dat de inrichting voor het geheel van de rechthebbenden die er zijn gehuisvest, per type van personeel waarvan de kost is gedekt door de forfaitaire tegemoetkoming waarin is voorzien in artikel 34, 12°, van voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, niet voldoet aan de normen die zijn vastgesteld in §§ 2 en 6 van onderhavig artikel, dienen de volgende regels te worden toegepast :

a) het gaat om een inrichting die voldoet aan een personeelsnorm die gelijk is aan of hoger ligt dan 90 % van de in de §§ 2 en 6 bedoelde normen. Deze inrichting mag een tegemoetkoming aanrekenen die maximum en respectievelijk overeenstemt met het bedrag van de afhankelijkheidscategorie A of O of in voorkomend geval een tegemoetkoming die overeenstemt met het bedrag van de afhankelijkheidscategorie B of C, verminderd met 25 %;

b) het gaat om een inrichting die geen 90 % van de in § 2 bedoelde personeelsnormen bereikt. Deze inrichting mag de tegemoetkoming aanrekenen die maximum overeenstemt met het bedrag van de afhankelijkheidscategorie A;

c) het gaat om een inrichting die geen 90 % van de in § 6 bedoelde personeelsnormen bereikt. Deze inrichting mag het in artikel 1, § 1, 2°, vastgestelde bedrag niet aanrekenen.

§ 13. Tegen uiterlijk 30 april en 31 oktober van elk jaar moet elke inrichting aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, op een document dat door deze dienst wordt overgemaakt aan de inrichtingen, de volgende gegevens bezorgen voor respectievelijk de periode van 1 oktober tot 31 maart of van 1 april tot 30 september :

— per kwartaal, het aantal ligdagen per categorie waarvoor de in artikel 1 vastgestelde tegemoetkoming is aangerekend;

— per kwartaal, de namen van de leden van het verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel en hun aantal gepresteerde dagen in de inrichting.

Die gegevens moeten worden bezorgd met een ter post aangetekende brief in de vorm van een verklaring op erewoord, die door de verantwoordelijke persoon van de inrichting is ondertekend.

Op grond van die gegevens gaat de hiervoren genoemde dienst na of de inrichting gedurende de verstreken periode van 1 oktober tot 31 maart of van 1 april tot 30 september, heeft voldaan aan de in §§ 2 en 3 of, in voorkomend geval § 6 van dit artikel vastgestelde normen, en worden de tegemoetkomingen bepaald die deze inrichting kan in rekening brengen gedurende de periode van respectievelijk 1 juli tot 31 december of 1 januari tot 30 juni; hij stelt de inrichtingen en de verzekeringsinstellingen te gepasten tijde in kennis daarvan.

Pour fixer l'intervention, il y a lieu d'appliquer les règles suivantes :

a) Pour les institutions qui, dès le début du semestre écoulé, étaient autorisées à porter en compte les interventions O, A, ainsi que les interventions B et/ou C, diminuées ou non conformément au § 12 du présent article dans ce cas, les normes sont fixées en fonction, d'une part, du nombre moyen de bénéficiaires par catégorie fixé sur la base du nombre d'interventions effectivement facturées aux organismes assureurs durant le semestre écoulé et, d'autre part, de l'effectif moyen du personnel au cours du même semestre.

S'il est constaté :

1^o que l'institution ne satisfait pas aux normes fixées aux §§ 2 ou 6 du présent article, les règles prévues au § 12 du présent article sont appliquées;

2^o que l'institution ne satisfait pas à la norme en matière de continuité fixée au § 3 du présent article, l'institution peut facturer au maximum l'intervention qui correspond au montant de la catégorie de dépendance A;

3^o que l'institution satisfait aux normes fixées aux §§ 2 ou 6 et à la norme en matière de continuité déterminée au § 3 du présent article, l'institution peut facturer les interventions prévues à l'article 1er.

b) Pour les institutions qui, au cours du semestre écoulé, n'ont pu porter en compte que les interventions O et/ou A ou pour les institutions qui, au cours du semestre écoulé ont recruté du personnel supplémentaire pour satisfaire à la norme fixée au § 2 et à la norme en matière de continuité définie au § 3 du présent article et qui, par conséquent, ont pu porter en compte tant les interventions O, A, ainsi que, à une date ultérieure, les interventions B et/ou C, diminuées ou non conformément au § 12 du présent article, les normes sont définies en fonction du nombre de bénéficiaires par catégorie de dépendance et de l'effectif du personnel présent dans l'institution au dernier jour du semestre écoulé.

S'il est constaté :

1^o que l'institution ne satisfait pas aux normes fixées aux §§ 2 ou 6 du présent article, les règles sont appliquées comme prévu au § 12 du présent article;

2^o que l'institution ne satisfait pas à la norme en matière de continuité fixée au § 3 du présent article, l'institution peut facturer au maximum l'intervention qui correspond au montant de la catégorie de dépendance A;

3^o que l'institution satisfait aux normes fixées aux §§ 2 ou 6 et à la norme en matière de continuité fixée au § 3 du présent article, l'institution peut facturer les interventions prévues à l'article 1er.

§ 14. Dès l'instant où une institution satisfait aux normes fixées aux §§ 2, 3 ou 6 du présent article, elle peut être prise en considération pour les interventions prévues à l'article 1er à partir du premier jour du mois qui suit.

Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas aux institutions qui, en vertu de l'application du § 13 du présent article, peuvent porter en compte pour le semestre en cours une intervention inférieure à celle qu'elles pouvaient porter en compte le jour précédant le semestre en question, soit le 30 septembre ou le 31 mars.

Art. 3. Les montants visés à l'article 1er, § 1er, sont liés à l'indice pivot 110,43 et sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

Art. 4. Pour l'institution qui, après le 1er avril 1992, est agréée comme maison de repos pour personnes âgées ou qui, sans être agréée comme maison de repos pour personnes âgées, constitue le domicile ou la résidence commune de personnes âgées et est enregistrée par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, la composition du personnel et le nombre de bénéficiaires sont pris en considération tels qu'ils se présentent à l'institution visée à l'article 1er, le dernier jour du mois qui suit l'agrément ou l'enregistrement.

Si, à cette date, l'institution ne satisfait pas aux normes visées à l'article 2, §§ 2 ou 6, les règles de l'article 2, § 12, du présent arrêté doivent être appliquées.

Si, à cette date, l'institution ne satisfait pas à la norme en matière de continuité des soins, telle qu'elle est fixée au § 3 de l'article 2 du présent arrêté, l'institution peut facturer au maximum l'intervention correspondant au montant de la catégorie de dépendance A.

Voor de vaststelling van de tegemoetkoming dienen de volgende regels te worden toegepast :

a) Voor de inrichtingen die vanaf het begin van het verstreken semester de tegemoetkomingen O, A alsook de tegemoetkomingen B en/of C, al dan niet verminderd overeenkomstig § 12 van dit artikel, in rekening mochten brengen : in dat geval worden de normen bepaald in functie van, enerzijds het gemiddeld aantal rechthebbenden per categorie dat wordt vastgesteld op basis van het aantal aan de verzekeringsinstellingen effectief gefactureerde tegemoetkomingen tijdens het verstreken semester en anderzijds de gemiddelde personeelsbezetting tijdens hetzelfde semester.

Indien wordt vastgesteld dat :

1^o de inrichting niet voldoet aan de normen zoals bepaald in de §§ 2 of 6 van dit artikel dan worden de regels toegepast zoals voorzien in § 12 van onderhavig artikel;

2^o de inrichting niet voldoet aan de norm inzake de continuïteit zoals bepaald in § 3 van onderhavig artikel dan mag de inrichting de tegemoetkoming aanrekenen die maximum overeenstemt met het bedrag van de afhankelijkheidscategorie A;

3^o de inrichting aan de normen voldoet zoals bepaald in de §§ 2 of 6 en aan de norm inzake de continuïteit zoals bepaald in § 3 van dit artikel dan mag de inrichting de tegemoetkomingen aanrekenen zoals voorzien in artikel 1.

b) Voor de inrichtingen die tijdens het verstreken semester alleen de tegemoetkomingen O en/of A in rekening mochten brengen, of voor de inrichtingen welke in de loop van het verstreken semester bijkomend personeel hebben aangeworven om te voldoen aan de norm zoals bepaald in § 2, en aan de norm inzake continuïteit zoals bepaald in § 3 van dit artikel, en dientengevolge zowel de tegemoetkomingen O, A, alsook vanaf een latere datum de tegemoetkomingen B en/of C, al dan niet verminderd overeenkomstig § 12 van dit artikel, in rekening mochten brengen, worden de normen bepaald in functie van het aantal rechthebbenden per afhankelijkheidscategorie en van het personeelseffectief zoals die in de inrichting aanwezig zijn op de laatste dag van het verstreken semester.

Indien wordt vastgesteld dat :

1^o de inrichting niet voldoet aan de normen zoals bepaald in §§ 2 of 6 van dit artikel dan worden de regels toegepast zoals voorzien in § 12 van onderhavig artikel;

2^o de inrichting niet voldoet aan de norm inzake de continuïteit zoals bepaald in § 3 van onderhavig artikel dan mag de inrichting de tegemoetkoming aanrekenen die maximum overeenstemt met het bedrag van de afhankelijkheidscategorie A;

3^o de inrichting aan de normen voldoet zoals bepaald in §§ 2 of 6 en aan de norm inzake de continuïteit zoals bepaald in § 3 van dit artikel dan mag de inrichting de tegemoetkomingen aanrekenen zoals voorzien in artikel 1.

§ 14. Vanaf het ogenblik dat een inrichting voldoet aan de normen, zoals bepaald in de §§ 2, 3 of 6, van dit artikel, kan zij vanaf de eerste dag van de maand die daarop volgt in aanmerking komen voor de tegemoetkomingen zoals voorzien in artikel 1.

De bepalingen van deze paragraaf zijn niet van toepassing op de inrichtingen welke, ingevolge de toepassing van § 13 van dit artikel, voor het lopende semester een lagere tegemoetkoming mogen aanrekenen, dan degene welke zij mochten aanrekenen op de dag voorafgaand aan bedoeld semester, namelijk op 30 september of op 31 maart.

Art. 3. De in artikel 1, § 1, vermelde bedragen, worden gekoppeld aan het spilindexcijfer 110,43 en worden aangepast overeenkomstig de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

Art. 4. Voor de inrichting welke na 1 april 1992 wordt erkend als rustoord voor bejaarden of, zonder als rustoord voor bejaarden te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van bejaarden uitmaakt en geregistreerd wordt door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, wordt de samenstelling van het personeel en het aantal rechthebbenden in aanmerking genomen zoals ze in de artikel 1 bedoelde inrichting zijn op de laatste dag van de maand welke volgt op de erkenning of registratie.

Indien de inrichting op die dag niet voldoet aan de normen zoals bedoeld in het artikel 2, §§ 2 of 6, dan dienen de regelen toegepast van het artikel 2, § 12, van dit besluit.

Indien de inrichting op die dag niet voldoet aan de norm inzake de continuïteit van verzorging zoals bepaald in § 3 van artikel 2 van dit besluit, dan mag de inrichting de tegemoetkoming aanrekenen die maximum overeenstemt met het bedrag van de afhankelijkheidscategorie A.

Art. 5. Le présent arrêté produit ses effets le 1er avril 1994.

Art. 6. Les décisions notifiées, antérieurement à la date de publication du présent arrêté, par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sur base de l'arrêté ministériel du 19 mai 1992 fixant l'intervention visée à l'article 25, § 9, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pour les prestations visées à l'article 23, 13°, de la même loi, annulé le 28 octobre 1994 par l'arrêt n° 49991 du Conseil d'Etat, sont maintenues pour autant qu'elles soient fondées sur les mêmes dispositions que celles contenues dans le présent arrêté.

Art. 7. Le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 5 avril 1995.

Mme M. DE GALAN

Art. 5. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 april 1994.

Art. 6. De beslissingen waarvan, voor de datum van bekendmaking van dit besluit, door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kennis is gegeven op grond van het ministerieel besluit van 19 mei 1992 tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 25, § 9, van wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, voor de in artikel 23, 13°, van dezelfde wet bedoelde verstrekkingen, nietig verklaard op 28 oktober 1994 door het arrest nr. 49991 van de Raad van State, worden gehandhaafd voor zover ze stoelen op dezelfde bepalingen als die welke opgenomen zijn in besluit.

Art. 7. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 5 april 1995.

Mevr. M. DE GALAN

GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION — GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 95 — 1993

[Mac — 35007]

19 APRIL 1995. — Besluit van de Vlaamse regering tot uitvoering van het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten

De Vlaamse regering,

Gelet op het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten;

Gelet op de wetten van de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid,

Overwegend dat onverwijld maatregelen moeten worden getroffen om de wetgeving in verband met de profylaxe van de besmettelijke ziekten in overeenstemming te brengen met de wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer teneinde de rechten van personen die lijden aan een besmettelijke ziekte die verplicht moet aangegeven worden, te waarborgen;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden;

Na beraadslaging,

Besluit :

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

1° het decreet : het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten;

2° de minister : het lid van de Vlaamse regering, bevoegd voor de gezondheidsopvoeding en het preventief gezondheidsbeleid;

3° de gezondheidsinspecteur : de ambtenaar-arts belast met de opdrachten van de gezondheidsinspectie van de Vlaamse Gemeenschap of zijn plaatsvervanger.

Art. 2. Elke arts en elk hoofd van een laboratorium van klinische biologie die een geval van één van de ziekten vermeld in de bijlage I bij dit besluit kent of vermoedt, brengt de gezondheidsinspecteur hiervan onmiddellijk, hetzij mondeling hetzij telefonisch, op de hoogte. Deze mededeling moet binnen de vierentwintig uren schriftelijk worden bevestigd.

Indien op een schip geen arts is dan gelden de verplichtingen vermeld in het eerste lid voor de kapitein en voor de loods.

Art. 3. Elke arts en elk hoofd van een laboratorium van klinische biologie die een geval van één van de ziekten vermeld in de bijlage II bij dit besluit kent of vermoedt, brengt de gezondheidsinspecteur hiervan binnen de achtenveertig uren schriftelijk op de hoogte.

Indien op een schip geen arts is dan gelden de verplichtingen vermeld in het eerste lid voor de kapitein en voor de loods.