

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

N. 2008 — 2587

[C — 2008/24254]

Interministeriële Conferentie

Aanhangsel nr. 3 bij het Protocolakkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005 tussen de Federale Overheid en de Overheden bedoeld in artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid, inzake de alternatieve en ondersteunende zorgvormen

Gelet op het protocolakkoord nr. 3 gesloten op 13 juni 2005 tussen de Federale Overheid en de Overheden bedoeld in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, betreffende het te voeren ouderenzorgbeleid;

Gelet op het feit dat het protocolakkoord nr. 3 expliciet de uitbouw van alternatieve en ondersteunende zorgvormenvermeldt; inzonderheid op punt 10 van hoofdstuk 3 Aanwending van de federale investering die overeenkomt met een reconversie van 28 000 ROB in RVT bedden.

Wordt overeengekomen wat volgt :

1. Inleiding.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 13 juni 2005 werd voor de derde keer een protocolakkoord afgesloten tussen de Federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten in het kader van het te voeren ouderenzorgbeleid.

Het eerste protocolakkoord (1/1/1998 - 1/1/2002) betrof voornamelijk de reconversie van 25.000 rusthuisbedden (ROB) naar bedden in het rust- en verzorgingstehuis (RVT). In het aanhangsel nummer 2 van het eerste protocolakkoord werd ook een programmatieruimte en financiering voorzien voor centra dagverzorging vanaf 1/1/2000.

In het tweede protocolakkoord (2003) werd naast de reconversie van ROB naar RVT, de mogelijkheid geboden aan de Gemeenschappen en Gewesten om vrijblijvend middelen te investeren in alternatieve opvangmogelijkheden ter ondersteuning van de thuiszorg. Dit werd verder gedefinieerd in het aanhangsel nummer 1 van dit tweede protocolakkoord.

In protocol 3 (1/10/2005 - 1/10/2010) wordt de uitbouw van alternatieve en ondersteunende zorgvormen verder gestimuleerd. In samenspraak met de Federale Overheid moeten de Gemeenschappen en Gewesten over de periode van het derde protocolakkoord 20 % van de beschikbare middelen inzetten voor de creatie van alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

Naar analogie met de therapeutische projecten in de geestelijke gezondheidszorg, heeft de overheid ervoor geopteerd om alternatieve en ondersteunende zorgvormen te laten formuleren vanuit het werkveld veeleer dan deze vanuit de overheid op te leggen. Zorgvernieuwing krijgt immers een groter draagvlak wanneer dit in een verkenkend stadium wordt geformuleerd vanuit een bottom-up benadering. Het is echter wel belangrijk dat het beleid naar het werkveld toe een aantal richtlijnen, criteria formuleert waaraan deze alternatieve en ondersteunende zorgvormen moeten voldoen. Het is ook voor diezelfde initiatiefnemer belangrijk dat, na het experimenteel stadium, de alternatieve en ondersteunende zorgvormen worden geïntegreerd in het regulier kader van de respectievelijke bevoegde overheden.

Vandaar dat het goed is om te vermelden dat deze zorgvormen worden gedragen door zowel de Federale Overheid als de Gemeenschappen en Gewesten. Naast de criteria die vanuit de Federale Overheid belangrijk worden geacht in het kader van het te voeren beleid inzake ouderenzorg, kan iedere Gemeenschap en Gewest specifieke, aanvullende criteria vooropstellen. Zoals reeds eerder vermeld, is het immers de bedoeling om deze alternatieve en ondersteunende zorgvormen na de al dan niet experimentele fase, te integreren in het regulier kader. Bij de voordracht van mogelijke alternatieve en ondersteunende zorgvormen zal, op voorhand, moeten nagedacht worden over de wijze waarop de verschillende overheden deze zorgvormen in hun beleidsplannen gaan inbouwen.

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

F. 2008 — 2587

[C — 2008/24254]

Conférence interministérielle

Avenant n° 3 au Protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, conclu entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées et qui concerne les formes alternatives de soins et de soutien aux soins

Vu le protocole d'accord n° 3, du 13 juin 2005, conclu entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées;

Vu le fait que le protocole d'accord n° 3 mentionne explicitement le développement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins, notamment, dans le point 10 du chapitre 3 Utilisation de l'investissement fédéral correspondant à une reconversion de 28 000 lits MRPA en lits MRS.

Il est convenu ce qui suit :

1. Introduction.

Lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 13 juin 2005 un troisième protocole d'accord a été conclu entre l'Etat fédéral et les Régions et Communautés dans le cadre de la politique à mener en matière de soins aux personnes âgées.

Le premier protocole d'accord (1/1/1998 - 1/1/2002) concernait essentiellement la reconversion de 25.000 lits de maisons de repos (MRPA) en lits de maisons de repos et de soins (MRS). L'avenant numéro 2 au premier protocole d'accord prévoyait également une marge de programmation et un financement pour les centres de soins de jour à partir du 1/1/2000.

Le protocole d'accord n° 2 (2003) permettait aux Régions et aux Communautés, outre la reconversion des MRPA en MRS, d'investir sur base volontaire des moyens dans des alternatives d'accueil en support aux soins à domicile. Cette initiative a été définie plus précisément dans l'avenant 1 à ce deuxième protocole d'accord.

Le protocole n° 3 (1/10/2005 - 1/10/2010) encourage à aller plus loin dans le développement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins. En collaboration avec l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions doivent, durant la période couverte par le protocole d'accord n° 3, affecter 20 % des moyens disponibles à la création de formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Par analogie aux projets thérapeutiques en santé mentale, les pouvoirs publics ont choisi de laisser les formes alternatives de soins et de soutien aux soins recevoir une formulation émanant des acteurs de terrain plutôt que de l'imposer d'autorité. L'innovation dans le secteur des soins et du soutien aux soins a en effet une assise plus grande lorsqu'elle est formulée, à un stade initial, selon une approche du bas vers le haut. Il est néanmoins important que l'autorité formule à destination des acteurs de terrain un certain nombre de directives et critères que doivent respecter ces formes alternatives de soins et de soutien aux soins. Il est tout aussi important pour les initiateurs de ces projets qu'après un stade expérimental les formes alternatives de soins et de soutien aux soins soient intégrées dans le cadre réglementaire des autorités compétentes respectives.

Raison pour laquelle il convient de préciser que ces formes de soins sont soutenues tant par l'Etat fédéral que par les Communautés et Régions. Outre les critères que le Pouvoir fédéral estime importants dans le cadre de la politique à mener en matière de soins aux personnes âgées, chaque Communauté et chaque Région peut établir des critères spécifiques complémentaires. Comme déjà mentionné, l'objectif est d'intégrer ces formes alternatives de soins et de soutien aux soins dans le cadre réglementaire après l'éventuelle phase expérimentale. Lors de la proposition de formes alternatives de soins et de soutien aux soins, il convient, au préalable, de réfléchir à la manière dont les différentes autorités pourront intégrer ces formes de soins dans leurs plans stratégiques.

Bovendien dient ook vermeld te worden dat voor sommige alternatieve en ondersteunende zorgvormen waar de financiering zal worden voorzien via een conventietechniek, het Verzekeringscomité van het RIZIV zal nagaan in welke mate de ingediende voorstellen passen in het kader van de ziekteverzekering. Vandaar dat het aangewezen is om een gemengde werkgroep van de Interministeriële Conferentie Ouderenzorgbeleid en de leden voorgedragen door het Verzekeringscomité van het RIZIV op te richten. Deze nota kan dan als basisnota dienen voor verdere discussie binnen deze werkgroep. Punt 5 waar het voorstel van procedure aan bod komt zal hierop terugkomen.

Deze nota is een vervolg op de nota « Zorgvernieuwingprojecten tweede en derde protocolakkoord: een verkennend kader », en heeft als doelstelling om te komen tot een verdere verfijning van de criteria aan de welke alternatieve en ondersteunende zorgvormen moeten voldoen om vervolgens in aanmerking te kunnen komen voor financiering via de middelen van het derde protocolakkoord.

Vooraleer nader in te gaan op deze criteria wordt nog eventjes stil gestaan bij de uitgangspunten, de omschrijving en het voorziene budget van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen in het kader van het derde protocolakkoord.

2. Doelstelling en omschrijving van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen zoals geformuleerd vanuit het derde protocolakkoord.

Via het derde protocolakkoord werken de Federale Overheid en de Gemeenschappen en Gewesten samen in het licht van de vergrijzing van de bevolking en de toename van de zorgbehoeften voor langdurige en complexe zorg.

De vergrijzing daagt de overheden immers uit wat betreft bijvoorbeeld de betaalbaarheid van de pensioenen maar daagt haar uit ook in haar verzorgingsfunctie. Uit de doelstellingen die in het derde protocolakkoord worden vermeld, komen vier grote gemeenschappelijke lijnen terug die mede het uitgangspunt vormen voor de ontwikkeling en stimulering van alternatieve en ondersteunende zorgvormen:

— Stimuleren en ontwikkelen van de thuiszorg: wij streven ernaar, zoals ook in andere sectoren het geval is, de ouderenzorg te organiseren in een omgeving dat zo nauw mogelijk aansluit bij de vertrouwde leefomgeving van de zorgvrager. Dit wordt onder meer ondersteund via enerzijds de reconversie van ROB naar RVT, waarbij de prioriteit binnen de residentiële zorg wordt gelegd op de meest zorgbehoevende en via anderzijds de uitbouw van thuiszorgdiensten, thuisverpleging en transmurale voorzieningen.

— Ondersteuning van de mantelzorger: vanuit het idee dat thuiszorg enkel haalbaar is met de informele zorg van de partner, kinderen, andere familieleden of vrienden en dat ook omgekeerd de informele zorg slechts mogelijk is in aanwezigheid van formele zorg, maakt dat formele en informele zorg elkaar aanvullen. De mantelzorger als belangrijke zorgpartner, dient verder ondersteund te worden door een waaier van diensten met inbegrip van thuiszorgondersteunende voorzieningen.

Het voorzien van alternatieve opvangmogelijkheden betreffen echter niet alleen het stimuleren van de centra voor dagverzorging en kort verblijf maar ook aan formules van samenwerking met de thuiszorg en de residentiële zorg. Al die aspecten zijn onder de term alternatieve en ondersteunende zorgvormen samengevat.

— Een toegankelijke en betaalbare formele zorg: de verdere ontwikkeling van de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en de thuisvervangende voorzieningen moeten het zorgaanbod en de financiering op lange termijn via de sociale zekerheid en andere vormen van publieke financiering in de hand houden. Een groter gedifferentieerd aanbod laat ook toe dat elke zorgvraag een gepast antwoord krijgt: « zorg op maat van de oudere ».

Naast de financiële toegankelijkheid is ook de geografische toegankelijkheid heel belangrijk. De alternatieve en ondersteunende zorgvormen moeten immers toepasbaar zijn voor het ganse land en zich niet beperken tot een bepaalde regio. Vandaar dat in de omschrijving van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen steeds sprake is van « geprogrammeerde niet definitieve residentiële zorg en geprogrammeerde niet residentiële thuiszorgondersteunende zorg. »

Il faut également noter que, pour certaines formes alternatives de soins et de soutien aux soins dont le financement sera prévu par le biais de la technique de la convention, le Comité de l'assurance de l'INAMI examinera dans quelle mesure les propositions déposées s'inscrivent dans le cadre de l'assurance maladie. C'est pourquoi, il est opportun de mettre sur pied un groupe de travail mixte composé de la Conférence Interministérielle « Soins aux personnes âgées » et de membres proposés par le Comité de l'assurance de l'INAMI. La présente note peut, par conséquent, servir de note de base à la poursuite de la discussion au sein de ce groupe de travail. Le point 5, traitant de la proposition de procédure, y reviendra.

La présente note fait suite à la note « Projets de soins innovants, deuxième et troisième protocole d'accord: cadre exploratoire » et a pour but d'affiner les critères auxquels les formes alternatives de soins et de soutien aux soins doivent répondre afin d'entrer en ligne de compte pour un financement par les moyens du Protocole 3.

Avant d'examiner plus avant ces critères, il convient d'approfondir quelque peu les principes, la définition et le budget prévu pour les formes alternatives de soins et de soutien aux soins dans le cadre du Protocole 3.

2. Objectif et définition des formes alternatives de soins et de soutien aux soins telles que formulées dans le protocole d'accord n° 3.

Par le Protocole d'accord n° 3, l'Etat fédéral et les Communautés et les Régions collaborent dans le cadre du vieillissement de la population et de l'accroissement des besoins en matière de soins complexes et de longue durée.

Le vieillissement de la population représente en effet un défi pour les pouvoirs publics, en ce qui concerne par exemple le paiement des pensions mais les interpelle également dans leur fonction de soins. Les objectifs mentionnés dans le protocole d'accord n° 3 permettent de dégager quatre grandes lignes communes, qui constituent le point de départ tant du développement que de l'encouragement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins:

— Encouragement et développement des soins à domicile: tout comme dans d'autres secteurs, notre volonté est d'organiser les soins aux personnes âgées dans un environnement qui corresponde le plus possible au milieu de vie familial du demandeur de soins. Cet aspect est notamment soutenu, d'une part par la reconversion des MRPÀ en MRS qui donne la priorité des soins résidentiels aux personnes nécessitant le plus de soins, et d'autre part, par le développement des soins à domicile, des soins infirmiers à domicile ainsi que des structures transmursales.

— Soutien à l'aidant principal: partant de l'idée que le maintien à domicile n'est réalisable que grâce aux soins informels du conjoint, des enfants, des autres membres de la famille ou des amis et qu'à l'inverse les soins informels ne sont possibles qu'en présence des soins formels, ces deux formes de soins se complètent mutuellement. L'aidant principal, partenaire important dans le processus de soin, doit être davantage soutenu par une gamme de services, y compris les aides au maintien à domicile.

Les possibilités alternatives d'accueil ne concernent pas seulement l'encouragement des centres de soins de jour et de courts séjours mais également les formules de collaboration avec les soins à domicile et les soins résidentiels. Ces divers aspects sont résumés sous le terme de formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

— Des soins formels accessibles et financièrement supportables: la poursuite du développement des soins à domicile, de l'aide au maintien à domicile et des structures remplaçant le domicile doivent garantir l'offre de soins et son financement à long terme par le biais de la sécurité sociale et d'autres formes de financement public. Une offre plus différenciée permet également d'offrir à chaque demande d'aide et de soins une réponse appropriée: « des soins sur mesure pour les personnes âgées ».

— Outre l'accessibilité financière, l'accessibilité géographique est aussi importante. Les formes alternatives de soins et de soutien aux soins doivent en effet être réalisables dans tout le pays et ne pas se limiter à une certaine région. C'est pourquoi la définition des formes alternatives de soins et de soutien aux soins fait toujours mention de « soins résidentiels programmés et non définitifs ou de soins ou de soutien aux soins à domicile, programmés et non résidentiels. »

Het is echter duidelijk dat de financiering die voor de alternatieve en ondersteunende zorgvormen voorzien wordt, op geen enkele wijze mag dienen om de eventuele onderfinanciering van andere structuren op te vangen.

— Een goede coördinatie van het zorgaanbod, een geïntegreerd zorgaanbod : zorgsituaties bij langdurig zorgbehoevende ouderen zijn dikwijls complex en vereisen de tussenkomst van verschillende zorgvormen en zorgaanbieders. Bovendien veranderen de zorgbehoeften van de ouderen doorheen de tijd. Hierdoor ontstaat de noodzaak om de verschillende aspecten van zorg te coördineren. Dit veronderstelt een multidisciplinaire en transsectorale samenwerking en een goede informatie-uitwisseling en overleg. In dit kader wordt gedacht aan de geriatrische liaisonfunctie, ontslagmanager in de ziekenhuizen, een uniform evaluatie-instrument, de coördinatiecentra, de SIT's en de GDT's.

De criteria voor alternatieve en ondersteunende zorgvormen die verderop in het aanhangsel zullen omschreven worden zijn geïnspireerd op deze vier grote beleidslijnen. Maar wat zijn nu deze alternatieve en ondersteunende zorgvormen? Vanuit de definitie in het protocolakkoord kunnen we vier modellen omschrijven.

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

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

Als men spreekt over alternatieve en ondersteunende zorgvormen dan gaat het hier over de creatie van een aanbod voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie via onder meer :

— nieuwe zorgvormen en/of vernieuwing in bestaande zorgvormen (model 1) en/of

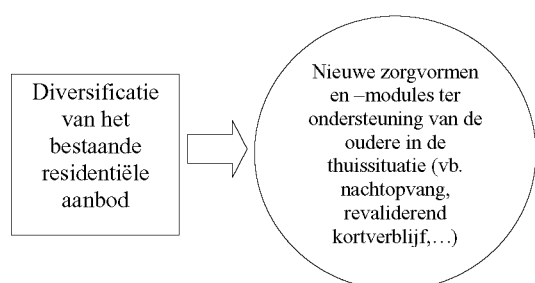
— nieuwe zorgfuncties en zorgactiviteiten (model 2) en/of

— de ontwikkeling van een liaisonfunctie in samenwerking met andere partners in de zorg (model 3) en/of

— het aanbieden van een zorggarantie in samenwerking met andere partners aan de inwoners van nieuwe woonvormen tussen de thuissituatie en het rustoord (model 4).

Als men dus spreekt over alternatieve en ondersteunende zorgvormen dan gaat het dus zeker niet over een opwaardering van het bestaande thuisvervangende en thuiszorgondersteunende aanbod. Voorbeeld een verhoging van de RVT-normen, de normen in het centrum voor dagverzorging en kortverblijf. Het gaat ook niet om een herfinanciering van de thuiszorgsector.

Model 1 : diversificatie van het bestaande residentiële aanbod via nieuwe thuiszorgondersteunende modules.



Il est clair cependant que le financement prévu pour les formes alternatives de soins et de soutien aux soins ne peut en aucun cas servir à pallier l'éventuel sous-financement d'autres structures.

— Une bonne coordination de l'offre de soins, une offre de soins intégrée : les situations en matière de soins des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée sont souvent complexes et requièrent l'intervention de différentes formes de soins et de différents prestataires de soins. En outre, les besoins en matière de soins des personnes âgées évoluent au fil du temps. La nécessité apparaît donc de coordonner les divers aspects des soins. Cette coordination suppose une collaboration multidisciplinaire et transsectorielle ainsi qu'un échange d'informations et une concertation efficaces. Dans ce cadre, on pensera notamment à la fonction de liaison externe en gériatrie, au référent hospitalier pour la continuité des soins, à un instrument d'évaluation uniforme, aux centres de coordinations de soins à domicile et aux SISD.

Les critères des formes alternatives de soins et de soutien aux soins qui seront définis plus avant dans l'avenant s'inspirent de ces quatre grands axes stratégiques. Mais que sont exactement ces formes alternatives de soins et de soutien aux soins ? La définition du protocole 3 permet de déterminer quatre modèles.

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

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

Lorsque l'on parle de formes alternatives de soins et de soutien aux soins, on vise la création d'une offre pour les personnes âgées vulnérables vivant à domicile, notamment par le biais :

— de nouvelles formes de soins et de soutien aux soins et/ou d'un renouveau des formes de soins et de soutien aux soins existantes (modèle 1) et/ou

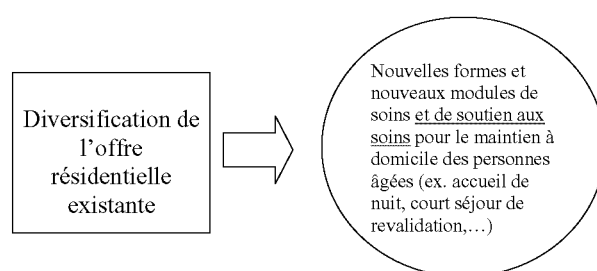
— de nouvelles fonctions et activités de soins et de soutien aux soins (modèle 2) et/ou

— du développement d'une fonction de liaison en collaboration avec d'autres partenaires dans le secteur des soins (modèle 3) et/ou

— d'une garantie de soins et de soutien aux soins offerte, en collaboration avec d'autres partenaires, aux habitants de nouvelles formes d'habitat entre le domicile et la maison de repos (modèle 4).

Lorsque l'on parle de formes alternatives de soins et de soutien aux soins, il ne s'agit donc pas d'une revalorisation de l'offre existante en matière de soins et de soutien aux soins à domicile et de structures remplaçant le domicile. Il ne s'agit donc pas de revaloriser par exemple l'offre existante par un renforcement des normes MRS ou des normes dans les centres de soins de jour ou courts séjours. Il ne s'agit pas non plus d'un refinancement du secteur des soins à domicile.

Modèle 1 : diversification de l'offre résidentielle existante par le biais de nouveaux modules de soins et de soutien aux soins à domicile.



In het eerste model worden met andere woorden nieuwe structuren gecreëerd in de ondersteuning van de oudere in de thuissituatie waarvoor op termijn specifieke programmatie-, erkennings- en financieringsnormen worden opgesteld.

Voorbeelden zijn :

- ° kortverblijf (o.m. revaliderend)
- ° crisisopvang
- ° centra voor dagverzorging
- ° nachtopvang
- ° ...

Tijdens de interkabinettenwerkgroep ouderenzorgbeleid werd onder meer de discussie gevoerd of de creatie van bijvoorbeeld kortverblijf al dan niet in aanmerking komt als alternatieve en ondersteunende zorgvorm. Het antwoord hierop is positief. Maar de centra voor dagverzorging en kortverblijf, die door de middelen van de vorige protocollen opgericht werden, kunnen niet in aanmerking komen voor de invulling van de verplichtingen van het derde protocol betreffende de alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

Concreet, komen niet in aanmerking :

— de bedden kortverblijf die in de Vlaamse Gemeenschap en in de Duitstalige Gemeenschap erkend worden zijn gekoppeld aan een rusthuiserkenning en zitten tot op vandaag dus vervat in de middelen van het moratorium op de rusthuisbedden;

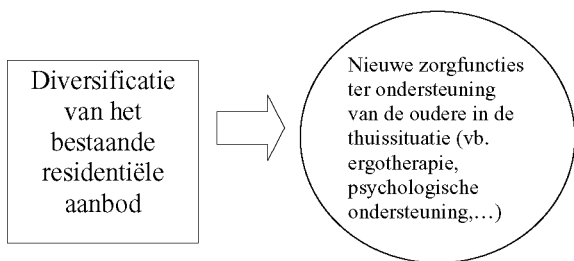
— de bedden kortverblijf die Wallonië (530 bedden tegen 2009) wenst te realiseren via de midden van het tweede protocolakkoord.

Sinds 1 januari 2000 wordt voor de erkende dagverzorgingscentra een forfait voorzien voor de zorgbehoevende ouderen met een B, C of Cd-profiel volgens de Katz-schaal.

In het aanhangsel n° 2 van het eerste protocolakkoord werden specifieke bepalingen opgenomen inzake de dagverzorgingscentra. De federale programmatie voorziet in een maximum van 1,5 plaats per duizend inwoners van 60 jaar of ouder te verwezenlijken over een periode van 5 jaar.

Deze programmatie wordt nog niet ten volle verwezenlijkt. Het heeft tot gevolg dat de plaatsen die binnen de grenzen van de programmatie worden geopend worden, niet in aanmerking komen voor de invulling van de 20 % alternatieve zorgvormen.

Model 2 : diversificatie van het bestaande residentiële aanbod via nieuwe zorgfuncties en zorgactiviteiten, en zorgondersteunende activiteiten in de thuissituatie met inbegrip van de serviceflats.



In dit model worden met andere woorden geen nieuwe structuren gecreëerd maar zal op termijn een organieke financiering door het RIZIV moeten krijgen.

Voorbeelden zijn :

- ° ergo aan huis
- ° psychologische functie
- ° verpleegkundige en verzorgende competenties (in complementariteit en continuïteit met de thuisverpleging)
- ° organisatie van de verpleegkundige en paramedische zorgen en kinesithérapie in de serviceflats gevestigd op dezelfde site als een ROB of een RVT
- ° ...

Dans ce premier modèle, de nouvelles structures sont donc créées pour le soutien des personnes âgées à domicile, pour lesquelles des normes spécifiques de programmation, d'agrément et de financement seront fixées à terme.

Des exemples sont :

- ° court-séjour (e.a. revalidant)
- ° accueil de crise
- ° centre de soins de jour
- ° accueil de nuit
- °

Au sein du groupe de travail inter-cabinets « Politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées », une discussion a notamment été menée afin de déterminer si la création, par exemple, de courts séjours était ou non considérée comme forme alternative de soins et de soutien aux soins. La réponse à cette question est positive. Cependant, les centres de soins de jour et les courts séjour mis en place à partir des moyens des protocoles précédents ne peuvent pas entrer en considération pour rencontrer les engagements du protocole n° 3 concernant les formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Concrètement, n'entrent pas en ligne de compte :

— les lits pour courts séjours agréés en Communauté Flamande et en Communauté Germanophone. Ceux-ci sont liés à un agrément en tant que maison de repos et sont donc, aujourd'hui encore, inclus dans les moyens du moratoire sur les lits en maison de repos;

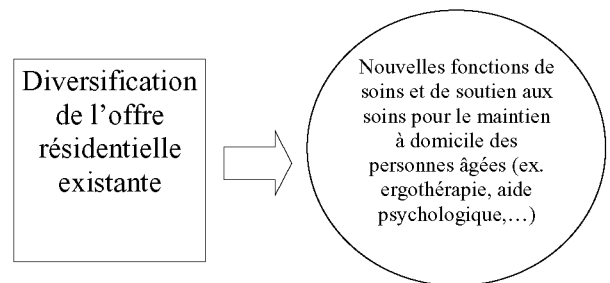
— les lits pour courts séjours (530 lits à l'horizon 2009) que la Région Wallonne souhaite réaliser grâce aux moyens du protocole d'accord n° 2.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, dans les centres de soins de jour agréés, un forfait est prévu pour les personnes âgées nécessitant des soins des soins répondant aux critères des forfaits B, C et Cd selon l'échelle de Katz.

L'avenant 2 au protocole d'accord n° 1 définit des dispositions spécifiques en matière de centres de soins de jour. La programmation fédérale prévoit un maximum de 1,5 place par millier d'habitants de 60 ans et plus, à réaliser sur une période de 5 ans.

Cette programmation n'est pas encore pleinement réalisée. Cela a pour conséquence que les places qui seront créées dans les limites de la programmation ne rentrent pas dans les 20 % des soins alternatives.

Modèle 2 : diversification de l'offre résidentielle existante par le biais de nouvelles fonctions et activités de soins et de soutien aux soins, au domicile des personnes âgées, y compris les résidences services.

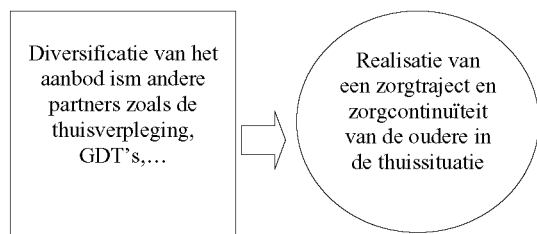


Ce modèle ne crée donc pas de nouvelles structures mais se verra, à terme, appliquer un financement organique par l'INAMI.

Des exemples sont :

- ° ergothérapeute à domicile
- ° fonction psychologique
- ° compétences infirmières et d'aides soignant(e)s (en complémentarité et continuité avec les soins à domicile)
- ° organisation des soins infirmiers, paramédicaux et de kinesithérapie dans les résidences-services établies sur le même site qu'une MRPA ou une MRS
- °

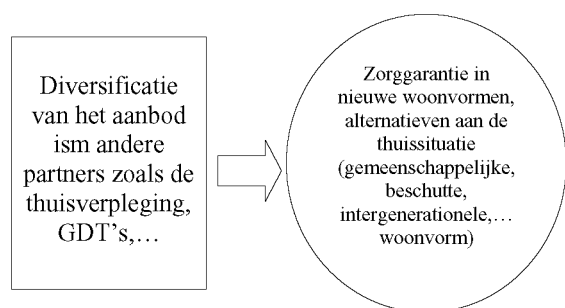
Model 3 : diversificatie van het aanbod via nieuwe thuiszorgondersteunende modules en/of nieuwe zorgfuncties en zorgactiviteiten maar in samenwerking met andere partners.



Dit derde model is meest complexe en ook meest uitdagende. De meerwaarde tov de 2 voorafgaande modellen bestaat in de samenwerking die wordt gestimuleerd met verschillende partners opdat een zorgtraject en vooral een zorgcontinuïteit kan worden gerealiseerd voor de oudere in de thuissituatie. Via samenwerking ontstaat er een aanbod dat veel groter is dan de optelling van het aanbod van de verschillende partners afzonderlijk. De organisatie, coördinatie en financiering van het overleg, de zorgevaluatie, de geplande zorg en de opvolging ervan doorheen het volledige zorgtraject moet duidelijk omschreven worden en is een noodzakelijke voorwaarde in het derde model.

Gezien de verscheidenheid van de partners die in een dergelijk project een rol kunnen spelen en het belang van de coördinatie en de financiering ervan, is het aangewezen om bij aanvang te werken met een conventietechniek. Via het artikel 56 van het koninklijk besluit van 14 juli 1994 houdende coördinatie van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen sluit het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten af voor onderzoek en vergelijkende studie van bepaalde modellen van verstrekking en financiering van geneeskundige verzorging (artikel 56, § 1) of sluit overeenkomsten af die in de tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn met een specifiek doel (artikel 56, § 2).

Model 4 : een zorgaanbod en zorgondersteunend aanbod in samenwerking met andere partners garanderen aan de gebruikers van nieuwe alternatieve woonvormen tussen de thuissituatie en het rustoord.



In dit model gaat het om het garanderen van een zorgaanbod en zorgondersteunend aanbod in samenwerking tussen diverse partners aan de gebruikers van nieuwe en alternatieve woonvormen die zich situeren tussen de thuissituatie en het rustoord, zoals gemeenschappelijke of beschutte of intergenerationale of netwerkgenererende woonvormen.

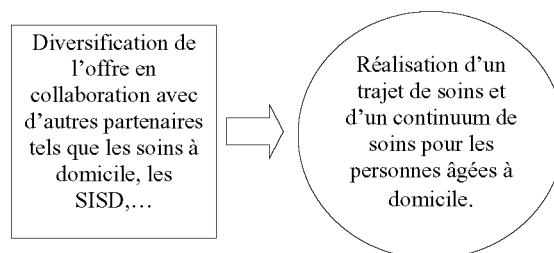
Het gaat wel degelijk om nieuwe woonvormen en niet om alternatieve vormen van rustoord of serviceflats. Het kan hierbij gaan over woonvormen die zich tussen het louter zelfstandig thuis wonen en de residentiële zorg bevinden, waar dus zowel aspecten van het individueel als van het collectief wonen aanwezig zijn.

Deze nieuwe woonvormen zouden, onder meer, bestemd zijn voor ouderen met een gering of onbestaand sociaal netwerk of die zich thuis onveilig of eenzaam voelen... en die, vandaag, bij gebrek aan een alternatief, een opname in een rustoord vragen.

Dergelijke woonvormen onderscheiden zich van het klassieke residentiële zorgaanbod

- door de organisatie van het dagelijkse beheer, enerzijds;
- en door de organisatie van het zorgaanbod, anderzijds.

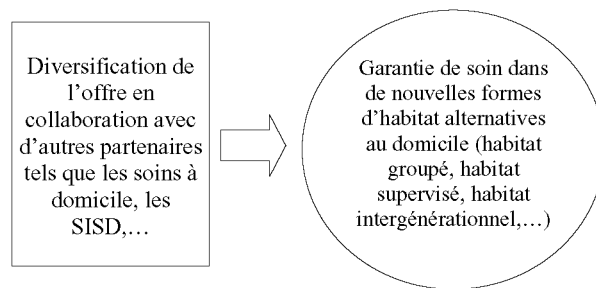
Modèle 3 : diversification de l'offre par le biais de nouveaux modules de soins et de soutien aux soins à domicile et/ou par le biais de nouvelles fonctions et activités de soins et de soutien aux soins, mais en collaboration avec d'autres partenaires.



Ce troisième modèle est plus complexe et constitue un plus grand défi. Sa plus-value par rapport aux 2 modèles précédents réside dans la collaboration qui est encouragée entre différents partenaires afin de réaliser un trajet de soins et surtout une continuité de soins et de soutien aux soins pour les personnes âgées à domicile. La collaboration permet de créer une offre bien plus importante que la somme de l'offre des différents partenaires prise séparément. L'organisation, la coordination et le financement de la concertation, l'évaluation des soins, les soins planifiés et leur suivi durant la totalité du trajet de soins doivent être clairement définis et constituent des conditions nécessaires à ce troisième modèle.

Etant donné la diversité des partenaires qui peuvent jouer un rôle dans un tel projet ainsi que l'importance de la coordination et du financement, il est recommandé de travailler, dès le départ, sur la base de la technique de convention. Aux termes de l'article 56 de l'Arrêté royal du 14 juillet 1994 portant coordination de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le Comité de l'assurance de l'INAMI peut conclure des conventions pour des enquêtes et des études comparatives de certains modèles de dispensation et de financement des soins de santé (article 56, § 1^{er}) ou conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont un but spécifique (article 56, § 2).

Modèle 4 : Garantir une offre de soins et de soutien aux soins, en collaboration avec d'autres partenaires, aux usagers de nouvelles formes alternatives d'habitat entre le domicile et la maison de repos.



Dans ce modèle, il s'agit de garantir une offre de soins et de soutien aux soins, en collaboration avec d'autres partenaires, aux usagers de nouvelles formes alternatives d'habitat entre le domicile et la maison de repos, par exemple, au sein d'habitats groupés ou supervisés ou intergénérationnels ou qui génèrent des réseaux

Il s'agit bien de formes nouvelles d'habitat et non de formes alternatives de maison de repos ou de résidence-service. Il peut s'agir de formes d'habitat se situant entre la maison indépendante simple et les soins résidentiels ou sont donc présents aussi bien les aspects individuels que collectifs de l'habitat.

Ces nouvelles formes d'habitat seraient destinées, entre autres, à des personnes âgées dont le réseau social est faible ou inexistant, ou qui éprouvent chez eux un sentiment d'insécurité... et qui, aujourd'hui, demandent une admission en maison de repos par manque d'alternative.

De tels habitats se distinguent de l'offre classique en soins résidentiels

- par l'organisation de la gestion journalière d'une part;
- et par l'organisation de l'offre de soins et de soutien aux soins d'autre part.

De bewoners zelf bepalen, in interactie met de medebewoners en desgevallend de initiatiefnemer, het reilen en zeilen in de dagelijkse werking van deze woonvormen. De eventuele inzet van eigen personeel beperkt zich, voor wat de zorg betreft, tot het toedienen van zorg in noodsituaties of het aanbieden van overbruggingszorg tot wanneer andere zorgaanbieders de zorg kunnen overnemen.

Er is dus geen eigen zorgteam aan deze woonvorm verbonden (zoals dit het geval is in het rustoord of RVT) maar de zorg wordt georganiseerd via een samenwerking tussen verschillende lokale partners (vanuit de residentiële zorg of thuiszorg). Deze woonvormen moeten, naast het faciliteren en stimuleren van sociale netwerkvorming aan hun inwoners ook de mogelijkheid garanderen om op het juiste moment te kunnen genieten van een aangepast zorgaanbod; de concrete organisatie van deze zorgcoördinatie en zorgcontinuïteit en de uitwerking van het zorgtraject moeten in het project bepaald worden.

Dankzij deze garantie op een zorgcontinuïteit, en gesteund door het aanwezige netwerk, kunnen zwaarder zorgbehoevende ouderen langer in deze alternatieve vormen blijven wonen.

3. Het budget dat voorzien is voor alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

Van de 8 511 RVT-equivalenten dienen er afgerond 1 654 RVT-equivalenten, vermeerderd met de 241 extra inspanningen van Brussel (totaal 1 895), ingevuld te worden voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

Equivalent MRS	Formes alternatives	1/10/2005	1/10/2006	1/10/2007	1/10/2008	1/10/2009	1/10/2010	Total
Communauté flamande		90,2	108,6	133	141,2	223	328,6	1024,6
Région wallonne		49,4	59,6	72,8	77,4	122,4	180,2	561,8
Région de Bruxelles -Capitale		4,75	5,72	7	7,44	11,75	17,31	53,97
Communauté é germanophone		1,2	1,4	1,8	1,8	3	4,4	13,6
Total		145,55	175,32	214,6	227,84	360,15	530,51	1653,97

RVT-equivalenten zorgvernieuwing	1/10/2005	1/10/2006	1/10/2007	1/10/2008	1/10/2009	1/10/2010	Totaal
Vlaamse Gemeenschap	90,2	108,6	133	141,2	223	328,6	1024,6
Waals Gewest	49,4	59,6	72,8	77,4	122,4	180,2	561,8
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	4,75	5,72	7	7,44	11,75	17,31	53,97
Duitstalige Gemeenschap	1,2	1,4	1,8	1,8	3	4,4	13,6
Totaal	145,55	175,32	214,6	227,84	360,15	530,51	1653,97

Een omrekening van het aantal RVT-equivalenten naar euros geeft een budget van meer dan 40,3 mio euro dat voornamelijk de laatste drie jaar van het protocolakkoord zal worden besteed aan alternatieve en ondersteunende zorgvormen. Er werd immers in de interkabinettenwerkgroep beslist om de mogelijkheid te voorzien dat de middelen voor de eerste drie jaar van het derde protocolakkoord besteed kunnen worden aan RVT-reconversie. Dit betekent wel dat tegen ten laatste 1 oktober 2008 men klaar moet zijn met het juridische kader opdat de alternatieve en ondersteunende zorgvormen van start kunnen gaan.

Les résidents déterminent eux-mêmes, en interaction avec les co-résidents et, le cas échéant, l'initiateur de projet l'organisation et le fonctionnement de la vie quotidienne de ces formes d'habitat. L'implication éventuelle de personnel propre se limite, en ce qui concerne les soins, à la dispensation de soins en situations d'urgence ou à l'offre de soins de transition jusqu'au moment où d'autres dispensateurs de soins peuvent assumer ces soins.

Il n'y a pas d'équipe de soins spécifique à cet habitat (comme c'est le cas dans une maison de repos ou MRS) mais les soins sont organisés via une collaboration entre les différents partenaires locaux (partenaires du domicile ou résidentiels). Ces habitats doivent cependant aussi, outre la facilitation et la stimulation de réseaux sociaux, garantir à leurs habitants la possibilité de bénéficier de la bonne offre de soins au bon moment; l'organisation concrète de cette coordination et continuité des soins et l'élaboration du trajet de soins doivent être définis dans le projet.

Grâce à cette garantie de continuité des soins et de soutien aux soins par un réseau, des personnes âgées ayant un profil de soins plus lourd peuvent également rester plus longtemps dans ces formes d'habitat alternatives au domicile.

3. Le budget prévu pour les formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Sur les 8 511 équivalents MRS, 1 654 équivalents MRS, augmentés des 241 équivalents supplémentaires pour Bruxelles (soit, un total de 1 895), doivent être consacrés au financement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

La conversion du nombre d'équivalents MRS en euros donne un budget de plus de 40,3 millions d'euro qui sera consacré, essentiellement durant les trois dernières années du protocole d'accord, aux formes alternatives de soins et de soutien aux soins. Le groupe de travail inter-cabinets a en effet décidé de prévoir la possibilité d'affecter, les moyens des 3 premières années du Protocole n° 3 à la reconversion MRS. Ce qui signifie que, pour le 1^{er} octobre 2008 au plus tard, le cadre juridique doit être créé afin que les formes alternatives de soins et de soutien aux soins puissent débiter.

Budget alternatieve zorgvormen	Totaal
Vlaamse Gemeenschap	21.817.934,86
Waals Gewest	11.963.025,38
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	1.149.242,58
Duitstalige Gemeenschap	289.599,76
Totaal	35.219.802,58

Budget formes altern. de soins	Total
Communauté flamande	21.817.934,86
Région wallonne	11.963.025,38
Région de Bruxelles-Capitale	1.149.242,58
Communauté germanophone	289.599,76
Total	35.219.802,58

Binnen de 1.895 RVT-equivalenten zijn er wel 228 RVT-equivalenten bestemd voor de creatie van arbeidsplaatsen bij de diensten voor thuisverpleging. Deze middelen kunnen in het derde of in het vierde model, waarbij de klemtoon ligt in de samenwerking tussen verschillende partners, worden ingebracht.

4. Definiëring van de criteria voor alternatieve en ondersteunende zorgvormen.

A) Beschrijving van de doelgroep

De alternatieve en ondersteunende zorgvormen zullen een duidelijke omschrijving van de doelgroep moeten geven. Het gaat in de eerste plaats om kwetsbare ouderen die niet in rustoorden verblijven.

Hun zorgsituatie heeft meestal een risico van complex karakter en/of is van lange duur.

Omwille van het mogelijk complexe karakter van de situatie, moet een coördineerde samenwerking tussen verschillende partners/verschillende zorgaanbieders en/of ondersteunende zorgvormen voorzien worden om de zorgcontinuüm te waarborgen.

Het is ook mogelijk om met thuiszorgondersteunende initiatieven rekening te houden voor nieuwe doelgroepen zoals doven, blinden, personen met een handicap, personen met een GGZ-probleem,... voor zover dit aansluit op de basiscompetentie van het rusthuis, met name het aanbieden van complexe en/of langdurige zorg. Voorbeeld: dagverzorgingscentrum voor ouderen met een mentale handicap.

Bij wijze van uitzondering en gezien de ontwikkelingen binnen de longtermcare, kunnen alternatieve en ondersteunende (niet residentiële) zorgvormen voorgesteld waarbij ook jongere mensen nood hebben aan complexe en langdurige zorg. Maar, in dit kader is een bijkomende financiering absoluut noodzakelijk.

Centra voor dagverzorging voor PVS- en MRS-patiënten kunnen een voorbeeld daarvan zijn.

B) Beschrijving van de doelstelling van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm en van de te verwachten resultaten.

Afhankelijk van de vastgestelde doelgroep, moeten de voorstellen ook hun doelstellingen en ambities in termen van de te verwachten resultaten en de meerwaarde die het project nastreeft definiëren.

° Verwachte meerwaarde van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm

Het belang van de valorisatie van het overleg en de samenwerking tussen de partners.

De wijze van optimalisering van de mogelijkheden en bekwaamheden van de partners.

De wijze waarop zorg op maat kan worden georganiseerd.

De wijze waarop de continuïteit aan zorg wordt gerealiseerd.

° Beschrijving van de te verwachten resultaten

Het kan hier gaan om een beter en aangepast zorgaanbod, een betere integratie in het thuismilieu, minder hospitalisaties, betere integratie in het sociale leven,...

° Het alternatieve karakter van de zorgvorm

Hier zal moeten aangetoond worden in welke mate de zorgvorm past in het kader van de ziekteverzekering maar vandaag omwille van de beperkingen van het huidige regelgevend kader niet voor financiering in aanmerking komt. Ook het aanvullende karakter op het bestaande zorgaanbod is belangrijk.

C) Beschrijving van de deelnemers van het project en de samenwerking

De belangrijkste doelstelling van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen is het verzekeren van meer zorg op maat en het waarborgen van meer continuïteit in de geboden zorgverlening. In de 4 hierboven beschreven modellen zal gevraagd worden om de partners en het zorgtraject te beschrijven.

In het eerste model kunnen de partners beperkt zijn maar zal gevraagd worden om het zorgtraject te beschrijven met mogelijke zorgpartners, ook al zijn ze niet concreet in het project betrokken.

Parmi les 1.895 équivalents MRS, 228 sont destinés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile. Ces moyens peuvent être affectés au troisième ou au quatrième modèle, où l'accent est mis sur la collaboration entre différents partenaires.

4. Définition des critères des formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

A) Définition du groupe cible

Les formes alternatives de soins et de soutien aux soins devront apporter une définition précise du groupe cible. Il s'agit, en premier lieu, des personnes âgées vulnérables qui ne résident pas en maison de repos.

Leur situation en matière de soins présente généralement un risque de complexité et/ou de longue durée.

Vu le caractère potentiellement complexe de ces situations, une collaboration coordonnée entre différents partenaires/différents prestataires de soins et de soutien aux soins doit être prévue dans le but de garantir le continuum de soins et de soutien aux soins.

Il est aussi possible de tenir compte des initiatives de soutien aux soins à domicile pour de nouveaux groupes cibles comme les sourds, aveugles, personnes souffrant d'un handicap, personnes ayant un problème de santé mentale... pour autant que cela corresponde aux compétences de base de la maison de repos, à savoir l'offre de soins complexes et/ou de longue durée. Exemple : centres de soins de jour pour personnes âgées avec un handicap mental.

A titre exceptionnel et vu l'évolution des soins long terme, des projets de formes alternatives de soins et de soutien aux soins (non résidentiels) peuvent être déposés, découlant du besoin en soins complexes et de longue durée de la part de personnes plus jeunes. Dans ce cas, un financement complémentaire est indispensable.

Des centres de soins de jour pour patients en ENVP et en EPR peuvent constituer un exemple de ceci.

B) Description de l'objectif de la forme alternative de soins et de soutien aux soins et des résultats attendus.

Indépendamment du groupe cible déterminé, les propositions doivent également définir des objectifs et des ambitions en termes de résultats attendus et de plus-value visée par le projet.

° Plus-value attendue de la forme alternative de soins et de soutien aux soins

Importance de la valorisation de la concertation et de la collaboration entre partenaires.

Manière d'optimiser les possibilités et compétences des partenaires.

Manière d'organiser des soins sur mesure.

Manière de réaliser la continuité des soins.

° Définition des résultats attendus

Il peut s'agir ici d'une offre de soins meilleure et adaptée, d'une meilleure intégration dans le milieu de vie, de moins d'hospitalisations, d'une meilleure intégration dans la vie sociale,...

° Le caractère alternatif de la forme de soins et de soutien aux soins

Il s'agit de montrer dans quelle mesure la forme de soins et de soutien aux soins s'inscrit dans le cadre de l'assurance maladie mais n'entre pas, pour l'instant, en ligne de compte pour un financement étant donné les limites du cadre réglementaire actuel. Le caractère complémentaire par rapport à l'offre de soins existante est également important.

C) Définition des participants au projet et de la collaboration

L'objectif principal des formes alternatives de soins et de soutien aux soins est d'assurer davantage de soins sur mesure et de garantir une plus grande continuité dans les soins fournis. Les 4 modèles exposés ci-dessus impliqueront une définition des partenaires et du trajet de soins.

Dans le premier modèle, les partenaires peuvent être limités mais il faudra décrire le trajet de soins ainsi que les partenaires possibles même s'ils ne sont pas impliqués effectivement dans le projet.

In de andere modellen gaat het om zorg dat verstrekt wordt door bv. erkende diensten voor thuisverpleging, of om geïntegreerde diensten voor thuisverzorging of om samenwerkingsverbanden tussen één of meer van deze voorzieningen met residentieële voorzieningen of met diensten voor thuiszorg.

Indien men de alternatieve en ondersteunende zorgvorm bekijkt vanuit de budgettaire invalshoek van het derde protocolakkoord, dan moet minstens het ROB/RVT (CKV en CDV) en/of de thuisverpleging deelnemen als partner in het project. Inderdaad, voorziet Protocol de creatie van 70 VTE bestemd voor de diensten van thuisverpleging om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen voor zwaar afhankelijke thuiswonenden, binnen een innoverende samenwerking tussen eerstelijnszorg en instellingen opdat de oudere zo lang als mogelijk thuis kan blijven wonen. Vanuit een inhoudelijke invalshoek daarentegen zal een project pas een duidelijke meerwaarde hebben, in termen van zorgcontinuïteit en zorg op maat, indien er meerdere partners dan enkel het ROB/RVT en/of thuisverpleging deelnemen. Bovendien geldt dit niet alleen voor partners die erkend zijn in het kader van de ziekteverzekering.

Het samenwerkingsverband dient omschreven te worden in een samenwerkingsakkoord waarin een beschrijving staat van de partners, wie zal wat, waar, wanneer en hoe doen? Wat is de inbreng van de verschillende partners in het project? Hoe zal de communicatie verlopen tussen de verschillende partners? Welk instrument zal men hanteren? Het derde protocolakkoord bepaalt immers dat de omzetting van RVT-equivalenten in alternatieve en ondersteunende zorgvormen kan gekoppeld worden aan de toepassing van het eenvormig evaluatie-instrument.

D) Beschrijving van het werkingsgebied

De beschrijving van het werkingsgebied mag geen hinderpaal zijn voor de vrije keuze van zorgverlener door de patiënt maar heeft als doelstelling na te gaan in welke mate een geografische spreiding van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm mogelijk is. Met andere woorden de vraag naar mogelijke reproductie van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen over het ganse land.

Het werkingsgebied en de afstemming van de doelgroep zijn ook belangrijk voor de bepaling van de middelen die voor de alternatieve en ondersteunende zorgvorm worden uitgetrokken.

E) Financiering

Uitgangspunten :

— De financiering wordt voorzien in het kader van prestaties die in aanmerking komen van de ziekteverzekering met inbegrip van het overleg rond de patiënt.

— Verschillende financieringsbronnen zijn mogelijk maar nochtans wordt een dubbele financiering uitgesloten. Prestaties die in het kader van de ziekteverzekering reeds voorzien zijn, komen niet in aanmerking voor de (bijkomende) financiering die voorzien is via de middelen van het derde protocolakkoord.

— Op jaarlijkse basis mogen de gemiddelde kosten voor de ziekteverzekering van de alternatieve en ondersteunende zorgvorm (reeds bestaande en bijkomende financiering) per dag en per persoon in principe niet meer bedragen dan de prijs van 1 RVT-bed.

— Een weerslag van de kosten voor de patiënt moet in de financiering opgenomen worden; de kosten van de verpleging moeten dezelfde zijn als de kosten van de thuisverpleging.

F. Voorkeursoriëntaties en mogelijke aanvullende criteria eigen aan de Gemeenschappen en Gewesten

De Duitstalige Gemeenschap legt volgende prioriteiten :

— voor de periode 2008-2009 zal het accent prioritair dienen gelegd te worden op de projecten die beantwoorden aan model 3. Projecten van model 2 kunnen eveneens worden aanvaard. De ingediende projecten voor model 3 moeten een reikwijdte hebben over het ganse gebied van de Duitstalige Gemeenschap.

— Voor de periodes 2009-2010 en 2010-2011 kunnen projecten voor alle modellen worden ingediend.

Het Waalse Gewest zal in eerste instantie de prioriteit geven aan initiatieven van model 1.

Het Brusselse Gewest

Voor de Vlaamse Gemeenschap hebben de 4 modellen hun waarde en zullen initiatieven in elk van deze modellen ondersteund worden.

Dans les autres modèles, il s'agit de soins dispensés par exemple par des services agréés de soins à domicile, il s'agit de services intégrés de soins à domicile ou d'accords de collaboration entre un ou plusieurs de ces services entre eux avec des établissements résidentiels, ou avec des services de soins et d'aide à domicile.

Si l'on examine la forme alternative de soins et de soutien aux soins du point de vue du budget du protocole d'accord n° 3, les MRPA/MRS (CCS et CSJ) et/ou les soins infirmiers à domicile doivent au moins participer comme partenaires au projet. Le protocole 3 prévoit en effet la création de 70 ETP destinés aux services de soins infirmiers à domicile, afin de pouvoir développer, pour les personnes en dépendance grave résidant à domicile, une offre de soins dans une collaboration innovatrice entre soins primaires et institutions, pour permettre à la personne âgée de vivre aussi longtemps que possible à domicile. Par contre, d'un point de vue du contenu, un projet n'aura une valeur ajoutée claire, en termes de continuité des soins et de soins sur mesure, que s'il inclut la participation de plusieurs partenaires outre les MRPA/MRS et/ou les soins infirmiers à domicile. En outre, ce constat ne s'applique pas uniquement aux partenaires agréés dans le cadre de l'assurance maladie.

La convention de collaboration doit être transposée en un accord de collaboration portant définition des partenaires et mentionnant qui fait quoi, où, quand et comment. Quel sera l'apport des différents partenaires au projet ? Comment s'effectuera la communication entre les différents partenaires ? Quel instrument sera utilisé ? Le protocole d'accord n° 3 stipule en effet que la conversion d'équivalents MRS en formes alternatives de soins et de soutien aux soins peut être liée à l'application d'un instrument d'évaluation uniforme.

D) Définition du champ d'action

La définition du champ d'action ne peut constituer un obstacle au libre choix du dispensateur de soins par le patient mais a pour but d'examiner dans quelle mesure une répartition géographique de la forme alternative de soins et de soutien aux soins est possible. En d'autres termes, c'est la question de la reproductibilité des formes alternatives de soins et de soutien aux soins à l'échelle du pays.

Le champ d'action et la détermination du groupe cible sont également d'une grande importance pour la fixation des moyens affectés à la forme alternative de soins et de soutien aux soins.

E) Financement

Principes :

— Le financement est prévu dans le cadre de prestations entrant en ligne de compte pour l'assurance maladie, y compris la concertation entourant le patient.

— Plusieurs sources de financement sont possibles mais pour autant un double financement est exclu. Les prestations déjà prévues dans le cadre de l'assurance maladie n'entrent pas en ligne de compte pour le financement (supplémentaire) prévu par les moyens du protocole d'accord n° 3.

— Sur base annuelle, le coût moyen, par jour et par personne, à charge de l'assurance maladie de la forme alternative de soins et de soutien aux soins (déjà existante et financement supplémentaire) ne peut, en principe, excéder le prix d'1 lit MRS.

— une répercussion du coût pour le patient doit être reprise dans le financement; le coût des soins infirmiers doit être similaire au coût des soins infirmiers dispensés à domicile.

F. Orientations préférentielles et critères complémentaires éventuels propres aux Communautés/Régions

La Communauté Germanophone établit les priorités suivantes :

— pour la tranche 2008-2009, l'accent devra être mis sur les projets rencontrant en priorité le modèle 3, des projets du modèle 2 pourront également être acceptés. Les projets introduits pour le modèle 3 devront avoir une portée sur tout le territoire de la Communauté germanophone;

— pour les tranches 2009-2010 et 2010-2011, des projets pour tous les modèles pourront être introduits.

La Région wallonne donnera, dans un premier temps, la priorité aux initiatives reprises dans le modèle 1.

La Région de Bruxelles

Pour la Communauté flamande, les 4 modèles sont valables et des initiatives seront soutenues dans chacun de ces modèles.

5. Voorstel procedure.

Voor zover de financiering van de alternatieve en ondersteunende zorgvormen zal gebeuren in het kader van een conventietechniek, zullen de voorstellen van alternatieve en ondersteunende zorgvormen voorgelegd moeten worden aan het Verzekeringscomité. De concrete uitvoeringsmodaliteiten moeten hier nog verder worden bepaald. Het is evenwel nuttig om een gemengde werkgroep van de Interministeriële Conferentie Ouderenzorgbeleid en de leden voorgedragen door het Verzekeringscomité van het RIZIV op te richten, waaraan alle betrokken partijen kunnen deelnemen, inclusief de Gemeenschappen en de Gewesten.

5. Proposition de procédure.

Pour autant que le financement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins s'effectue dans le cadre d'une technique de convention, les propositions de formes alternatives de soins et de soutien aux soins doivent être soumises au Comité de l'assurance. Les modalités concrètes d'application doivent encore être fixées. Il est néanmoins utile de mettre sur pied un groupe de travail mixte composé de la Conférence Interministérielle « Soins aux personnes âgées » et de membres proposés par le Comité de l'assurance de l'INAMI auquel toutes les parties concernées participeront, y compris les Communautés et les Régions.

1) Definiëring van het algemene kader	Basistekst door Interkabinettenwerkgroep ouderenzorgbeleid. Uitwerking van het koninklijk besluit en de oproep tot projecten: Wergroep Verzekeringscomité met vertegenwoordigers van: — Interkabinettenwerkgroep ouderenzorgbeleid — Overeenkomstencommissie — Administraties (RIZIV, FOD, administraties van de Gemeenschappen/Gewesten)	1) Définition du cadre général	Texte de base : Groupe de travail inter-cabinets politique de soins aux personnes âgées Elaboration de l'arrêté royal et l'appel à projets: Groupe de travail Comité de l'assurance INAMI avec des représentants du: — Groupe de travail inter-cabinets politique de soins aux personnes âgées — Commission de convention — Administrations (INAMI, SPF, des Communautés/Régions)
2) Oproep tot projecten rekening houdende met uniforme voorwaarden betreffende kandidatuurstelling.	Gemeenschappen en Gewesten	2) Appel à projets en veillant à l'uniformité des conditions concernant la pose de candidature.	Communautés et Régions
3) Evaluatie en voorafgaande selectie van de projecten mbt vormvereisten (is een dossier ontvankelijk?) en mbt inhoudelijke criteria	Gemeenschappen en Gewesten (op basis van de vormcriteria zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit en op basis van de prioriteiten en mogelijke aanvullende criteria van de Gemeenschappen/Gewesten zoals bepaald in punt 3F)	3) Evaluation et sélection préalable des projets sur les exigences de forme (le dossier est-il recevable?) et de fond.	Communautés et Régions (sur base des critères de forme, tels que définis dans l'arrêté royal et sur base des priorités et critères complémentaires éventuels des Communautés/Régions tels que définis au point 3F)
4) Selectie van de projecten.	De gemengde werkgroep Verzekeringscomité doet een voorstel aan het Verzekeringscomité	4) Sélection des projets.	Le groupe de travail mixte du Comité de l'assurance fait une proposition au Comité de l'assurance
5) Overeenkomst met de geselecteerde projecten.	RIZIV Verzekeringscomité in het kader van de toepassing artikel 56 van de ZIV-wet.	5) Convention portant sur les projets sélectionnés.	Comité de l'assurance INAMI dans le cadre de l'application de l'article 56 de la loi AMI.
6) Opvolging en begeleiding van de projecten.	Gemengde werkgroep van het Verzekeringscomité met verslag aan het Verzekeringscomité	6) Suivi et accompagnement des projets.	Groupe de travail mixte du Comité de l'assurance avec rapport au Comité de l'Assurance.

Dit aanhangsel treedt in werking op de dag van de ondertekening ervan.

Aldus overeengekomen te Brussel, op 11 maart 2008.

Voor de Federale Regering :

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

Le présent avenant entre en vigueur le jour de sa signature.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 11 mars 2008.

Pour le Gouvernement fédéral :

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

Voor de Vlaamse Regering :

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
St. VANACKERE

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Der Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus,
B. GENTGES

Pour le Gouvernement wallon :

Le Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances,
D. DONFUT

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

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

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

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

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

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

Le Membre du Collège, compétent pour la Santé,

B. CEREXHE

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

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

Pour le Collège réuni
de la Commission Communautaire Commune
de la Région de Bruxelles-Capitale :

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

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

N. 2008 — 2588

[C — 2008/24303]

**10 JULI 2008. — Koninklijk besluit
tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 oktober 1997
betreffende cosmetica**

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de verbruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten, artikel 6, § 1, *e*), ingevoegd bij de wet van 14 maart 2007 en artikel 6, § 2, gewijzigd bij de wet van 27 december 2004;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 oktober 1997 betreffende cosmetica, artikel 1, laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 juli 2007, artikel *2bis* ingevoegd bij het koninklijk besluit van 20 juli 2007 en de bijlage, laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 12 maart 2008;

Overwegende de Richtlijn 2008/14/EG van de Commissie van 15 februari 2008 tot wijziging van Richtlijn 76/768/EEG van de Raad inzake cosmetische producten met het oog op de aanpassing van bijlage III aan de technische vooruitgang;

Overwegende de Verordening (EG) nr. 1774/2002 van het Europees Parlement en de Raad van 3 oktober 2002 tot vaststelling van gezondheidsvoorschriften inzake niet voor menselijke consumptie bestemde dierlijke bijproducten;

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

F. 2008 — 2588

[C — 2008/24303]

**10 JUILLET 2008. — Arrêté royal
modifiant l'arrêté royal du 15 octobre 1997
relatif aux produits cosmétiques**

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits, l'article 6, § 1^{er}, *e*), inséré par la loi du 14 mars 2007 et l'article 6, § 2, modifié par la loi du 27 décembre 2004;

Vu l'arrêté royal du 15 octobre 1997 relatif aux produits cosmétiques, l'article 1^{er} modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 20 juillet 2007, l'article *2bis*, inséré par l'arrêté royal du 20 juillet 2007 et l'annexe modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 12 mars 2008;

Considérant la Directive 2008/14/CE de la Commission du 15 février 2008 modifiant la Directive 76/768/CEE du Conseil relative aux produits cosmétiques, en vue de l'adaptation de son annexe III au progrès technique;

Considérant le Règlement (CE) n° 1774/2002 du Parlement européen et du Conseil du 3 octobre 2002 établissant des règles sanitaires applicables aux sous-produits animaux non destinés à la consommation humaine;