

6 NOVEMBRE 2003

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

(M.B. 26-11-2003)

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

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

Vu l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, notamment l'article 2 ;

Vu l'arrêté ministériel du 19 mai 1992 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins ;

Vu l'arrêté ministériel du 5 avril 1995 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnées le 14 juillet 1994, pour les prestations visées à l'article 34, 12°, de la même loi ;

Vu l'arrêté ministériel du 22 novembre 2001 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités destinée à financer la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées ;

Vu la proposition du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, émise le 17 mars et le 16 juin 2003 ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 25 juin 2003 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 8 octobre 2003 ;

Vu l'avis 35.674/1/V du Conseil d'Etat, donné le 28 juillet 2003, en application de l'article 84, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrête :

CHAPITRE I^{er}. - Définitions

Article 1^{er}.

Le présent arrêté entend par :

- 1° « Service »** : le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;
- 2° « institution »** : l'une des institutions visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o et 12^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (à l'exception des maisons de soins psychiatriques et des centres de soins de jour) ou une institution, constituant une seule entité, composée d'une section agréée comme maison de repos et de soins (MRS) et d'une section agréée comme maison de repos pour personnes âgées (MRPA); si cette entité comporte également un centre de soins de jour, ce dernier n'est pas pris en considération ;
- 3° « période de référence »** : la période ininterrompue de 12 mois pour laquelle l'ensemble des données relatives aux activités de l'institution sont communiquées au Service. Cette période va du 1^{er} juillet de l'année J au 30 juin de l'année qui suit (J + 1) ;
- 4° « période de facturation »** : la période ininterrompue de 12 mois pour laquelle un quota de journées et une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière sont fixés. Cette période va du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année J + 2 ;
- 5° « allocation complète »** : l'allocation forfaitaire pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 147, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 6° « allocation partielle »** : une ou plusieurs parties de l'allocation complète ;
- 7° « patients »** : l'ensemble des résidents hébergés dans une institution ;
- 8° « bénéficiaires »** : les patients qui peuvent prétendre à une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o et 12^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée ;

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

10° « personnel de réactivation » : le personnel qui accomplit des tâches de réactivation, de rééducation et de réintégration sociale ;

11° « nouvelle institution » :

- a) toute institution qui reçoit un nouveau numéro d'agrément de la part de l'autorité compétente, à l'exception des cas suivants :
 - l'agrément complémentaire comme maison de repos et de soins ou comme maison de repos pour personnes âgées ;
 - l'institution pour laquelle la décision d'agrément par l'autorité compétente fait apparaître clairement qu'il ne s'agit pas d'un nouvel établissement, malgré l'octroi d'un nouveau numéro d'agrément ;
 - l'institution qui, suite à une reprise, une fusion, une scission, ou à un transfert de l'exploitation sur un autre site, apporte la preuve qu'il s'agit de la poursuite d'une activité antérieure, malgré le changement de numéro d'agrément ;
- b) l'institution qui n'a rien facturé au cours de la période de référence, et cela depuis le jour où elle commence à facturer ;
- c) l'institution pour laquelle la décision d'agrément par l'autorité compétente fait apparaître clairement qu'il s'agit d'un nouvel établissement, malgré le maintien d'un numéro d'agrément déjà existant ;
- d) l'institution qui, suite à une reprise, une fusion ou une scission, apporte la preuve qu'il s'agit bien d'un nouvel établissement, malgré le maintien d'un numéro d'agrément déjà existant ;
- e) toute institution qui fait l'objet d'une reprise après une faillite ;

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

13° « journées ou heures non assimilées » : les journées ou les heures non prestées et non assimilées à des journées ou des heures de travail dans la mesure où elles

n'ont pas donné lieu au paiement d'une rémunération par l'institution (notamment les périodes de maladie non couvertes par un salaire garanti, les repos d'accouchement, les congés sans solde). Il faut également y inclure les journées où le membre du personnel est en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité.

14° « nombre moyen de lits agréés » : le nombre de lits agréés par l'autorité compétente correspondant à la formule suivante :

$$L + \sum_{i=0}^n (li \times Ji / J)$$

où :

- L = nombre de lits agréés au premier jour de la période de référence ;
- li = augmentation ou diminution du nombre de lits pendant la période de référence ;
- Ji = nombre de jours calendrier entre la date de l'adaptation du nombre de lits et le dernier jour de la période de référence ;
- J = nombre de jours calendrier de la période de référence ;
- n = nombre d'adaptation du nombre de lits pendant la période de référence.

15° « coordinateur infirmier » : le praticien de l'art infirmier salarié ou statutaire d'une MRPA, désigné au sein d'une équipe de soins d'au moins 12 équivalents temps plein, composée de personnel infirmier, soignant, et de réactivation, afin d'en assurer la coordination. La désignation de ce coordinateur infirmier est laissée à l'appréciation du gestionnaire, sauf en cas de dispositions différentes dans les normes applicables à cette institution ;

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

16° « paramédical en chef » : le membre du personnel de réactivation salarié ou statutaire d'une institution, désigné au sein d'une équipe de soins d'au moins 12 équivalents temps plein composée de personnel de réactivation, afin d'en assurer la coordination. La désignation de ce paramédical en chef est laissée à l'appréciation du gestionnaire, sauf en cas de dispositions différentes dans les normes applicables à cette institution.

17° « personnel de soins » : le personnel infirmier, le personnel soignant et le personnel de réactivation.

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

CHAPITRE II. - Des normes de financement du personnel

Section 1^{re}. - Dans les maisons de repos pour personnes âgées

Art. 2.

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

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

1° pour la catégorie de dépendance O :

- a) 0,25 praticien de l'art infirmier ;
- b) 0,084 membre du personnel de réactivation ;
- c) 1,4 membre supplémentaire du personnel de réactivation par trente patients qui occupent un lit de court séjour agréé, fonction de liaison ;

2° pour la catégorie de dépendance A :

- a) 1,20 praticien de l'art infirmier ;
- b) 1,05 membres du personnel soignant ;
- c) 0,084 membre du personnel de réactivation ;
- d) 1,4 membre supplémentaire du personnel de réactivation par trente patients qui occupent un lit de court séjour agréé, fonction de liaison ;

3° pour la catégorie de dépendance B :

- a) 2,10 praticiens de l'art infirmier ;
- b) 4 membres du personnel soignant ;
- c) 0,434 membre du personnel de réactivation ;
- d) 1,4 membre supplémentaire du personnel de réactivation par trente patients qui occupent un lit de court séjour agréé, fonction de liaison ;

4° pour la catégorie de dépendance C :

- a) 4,10 praticiens de l'art infirmier ;
- b) 5,06 membres du personnel soignant ;
- c) 0,469 membre du personnel de réactivation ;

d) 1,4 membre supplémentaire du personnel de réactivation par trente patients qui occupent un lit de court séjour agréé, fonction de liaison ;

5° pour les patients classés dans la catégorie de dépendance C en raison de leur dépendance psychique, catégorie Cd :

a) 4,10 praticiens de l'art infirmier ;

b) 6,06 membres du personnel soignant ;

c) 0,469 membre du personnel de réactivation.

d) 1,4 membre supplémentaire du personnel de réactivation par trente patients qui occupent un lit de court séjour agréé, fonction de liaison ;

6° pour les patients classés dans la catégorie de dépendance D :

a) 1,2 praticiens de l'art infirmier ;

b) 4 membres du personnel soignant ;

c) 1,334 membres du personnel de réactivation ;

d) 1,4 membres du personnel de réactivation par trente patients qui occupent un lit de court séjour agréé, fonction de liaison.

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

Art. 3.

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

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

1° pour la catégorie de dépendance B :

a) 5 praticiens de l'art infirmier ;

b) 5,2 membres du personnel soignant ;

c) 1 kinésithérapeute ou ergothérapeute ou logopède ;

d) 0,084 membre du personnel de réactivation ;

e) 0,1 membre supplémentaire du personnel de réactivation, compétent en matière de soins palliatifs, pour le soutien aux soins des patients en phase

terminale ;

2° pour la catégorie de dépendance C :

- a) 5 praticiens de l'art infirmier ;
- b) 6,2 membres du personnel soignant ;
- c) 1 kinésithérapeute ou ergothérapeute ou logopède ;
- d) 0,584 membre du personnel de réactivation ;
- e) 0,10 membre supplémentaire du personnel de réactivation, compétent en matière de soins palliatifs, pour le soutien aux soins des patients en phase terminale ;

3° pour les patients classés dans la catégorie de dépendance C en raison de leur dépendance psychique, catégorie Cd :

- a) 5 praticiens de l'art infirmier ;
- b) 6,7 membres du personnel soignant ;
- c) 1 kinésithérapeute ou ergothérapeute ou logopède ;
- d) 0,584 membre du personnel de réactivation ;
- e) 0,10 membre supplémentaire du personnel de réactivation, compétent en matière de soins palliatifs, pour le soutien aux soins des patients en phase terminale ;

4° pour les patients classés dans la catégorie de dépendance D:

- a) 2,5 praticiens de l'art infirmier ;
- b) 5,2 membres du personnel soignant ;
- c) 1 kinésithérapeute ou ergothérapeute ou logopède ;
- d) 2.5 membres du personnel de réactivation ;
- e) 0,10 membre supplémentaire du personnel de réactivation, compétent en matière de soins palliatifs, pour le soutien aux soins des patients en phase terminale ;

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

Art. 4.

§ 1^{er}. Les membres du personnel soignant doivent être enregistrés comme aide-soignant par le Service public fédéral Santé publique.

A partir du 1^{er} juillet 2013, tous les membres du personnel soignant nouvellement engagés par l'institution doivent être enregistrés, provisoirement ou définitivement, par le Service public fédéral Santé publique.

A partir de cette date et jusqu'au 30 juin 2015, la proportion de membres du personnel soignant pris en considération pour évaluer le respect par l'institution des normes visées aux articles 2, 3 et 5, qui n'ont pas la qualification spécifique d'aide-soignant ou qui ne sont pas enregistrés, provisoirement ou définitivement, par le Service public fédéral Santé publique, ne peut excéder 5 %.

§ 2. Les membres du personnel de réactivation doivent disposer d'au moins une des qualifications suivantes :

- graduat ou licence ou master en kinésithérapie ;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie ;
- graduat ou baccalauréat en ergothérapie ;
- graduat ou baccalauréat en thérapie du travail ;
- graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation ;
- graduat ou baccalauréat en diététique ;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en pédagogie ou en orthopédagogie ;
- graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité ;
- licence ou master en psychologie ;
- graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie ;
- graduat ou baccalauréat d'assistant social ou « in de sociale gezondheidszorg » ou d'infirmière sociale ou d'infirmière spécialisée en santé Communautaire ;
- « bachelor of master in het sociaal werk » ;
- « graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen » ;
- licence ou master en gérontologie ;
- graduat ou baccalauréat d'éducateur ;
- "bachelor na bachelor opleiding psychosociale gerontologie".

Section 4. - De la continuité des soins

Art. 5.

Les institutions assurent la continuité des soins, de jour comme de nuit, par au moins un membre du personnel infirmier, soignant ou de réactivation.

Pour assurer cette continuité des soins, les institutions qui, au cours de la période de référence, hébergent en moyenne au moins 10 patients classés dans les catégories B, C, Cd, Cc et/ou D et qui hébergent en moyenne au moins 40 % de patients classés dans les catégories B, C, Cd, Cc et/ou D par rapport au nombre moyen de lits agréés, doivent disposer en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins 5 équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins 2 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier.

Le personnel infirmier intérimaire visé à l'article 8, § 2, d), est également pris en considération.

CHAPITRE III. - Du calcul de l'allocation forfaitaire

Art. 6.

§ 1^{er} L'allocation complète est composée des parties suivantes :

- a)** Partie A1 : le financement du personnel normé selon les dispositions du chapitre II ;
- b)** Partie A2 : une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires ;
Partie A3 : une intervention destinée à couvrir l'harmonisation des barèmes de tous les membres du personnel soignant disposant de la qualification d'aide-soignant ;
- c)** Partie B1 : le financement du matériel de soins visé à l'article 147, §§ 1^{er} et 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité ;
- d)** Partie B2 : le financement de produits et de matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales ;
- e)** Partie C : le financement de la fonction palliative ;
- f)** Partie D : une intervention partielle dans les frais d'administration et dans le coût de la transmission de données ;
- g)** Partie E1 : le complément de fonction pour l'infirmier(ère) chef en MRS ;
Partie E2 : le complément de fonction pour les infirmiers(ères) chefs, les paramédicaux en chef et les coordinateurs infirmiers, en MRPA et en MRS ;
Partie E3 : le financement d'une personne de référence pour la démence ;
- h)** Partie F : l'intervention pour le médecin coordinateur et conseiller ;
- i)** Partie G : le financement supplémentaire du court séjour ;
- j)** Partie H : le financement de la formation complémentaire du personnel en matière de démence ;
- k)** Partie Z1 : le financement de la fonction de liaison pour le court séjour pour la période du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2009 ;
- l)** Partie Z2 : le financement du personnel pour le soutien aux soins des patients en phase terminale en MRS pour la période du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2009.

- m)** Partie Z3 : le financement supplémentaire de la catégorie de dépendance A entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2011 ;
- n)** Partie Z4 : le financement de l'augmentation de la norme en MRS entre le 1^{er} juillet 2010 et le 31 décembre 2011.
- o)** Partie Z5 : le financement de la catégorie de dépendance D entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2014.

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

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

§ 3. En cas de transfert d'exploitation à partir d'un service public, le personnel statutaire détaché figurant sur une liste dressée au moment du transfert est assimilé au personnel propre à l'institution, salarié ou statutaire, à condition que soient transmises au Service :

- 1°** la liste complète des membres du personnel statutaire détaché, comprenant leurs noms, leurs qualifications et leur durée de travail hebdomadaire, et accompagnée d'une copie de la décision de leur nomination. Cette liste doit être signée par le service public et par le responsable de l'institution et transmise au Service dans le mois du transfert d'exploitation. Aucune personne ne peut être ajoutée ultérieurement à cette liste, leur durée de travail hebdomadaire ne peut être augmentée et leur qualification ne peut être modifiée ;
- 2°** si le Service en fait la demande, toute autre information supplémentaire en rapport avec le transfert d'exploitation et le rôle du service public.

Section 1re. - Partie A1 : le financement du personnel normé

Art. 7.

Le financement du personnel normé visé aux articles 2, 3 et 5 couvre le salaire qui, quelle que soit la qualification de ce personnel, est composé des éléments suivants :

- a) le salaire mensuel brut ;
- b) les prestations irrégulières et les prestations inconfortables des praticiens de l'art infirmier et des membres du personnel soignant (13,74 % du salaire mensuel brut) et les prestations irrégulières et les prestations inconfortables des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes et des membres du personnel de réactivation (0,79 % du salaire mensuel brut) ;
- c) le double pécule de vacances (92 % du salaire mensuel brut, y compris les prestations irrégulières et l'allocation de foyer et de résidence) ;
- d) la prime de fin d'année (montant fixe + 2,5 % du salaire mensuel brut, augmenté de l'allocation de foyer et de résidence) ;
- e) les charges patronales suivant les montants qui sont d'application dans le secteur privé (forfaitairement 34,67 %) ;
- f) les primes annuelles de 164,20 et 13,98 euros ;
- g) la prime annuelle d'attractivité (549,84 euros) ;
- h) deux jours de congé supplémentaires ;
- i) une intervention dans l'assurance contre les accidents du travail (0,91 % du salaire annuel brut) ;
- j) une intervention dans le coût du secrétariat social (214,53 euros par an par équivalent temps plein) ;
- k) une intervention dans le coût de la médecine du travail (107,09 euros par an par équivalent temps plein) ;
- l) une intervention dans les frais de déplacement vers et à partir du lieu de travail (303,07 euros par an par équivalent temps plein) ;
- m) une intervention dans le coût des vêtements de travail (276 euros par an par équivalent temps plein) ;

n) l'allocation de foyer et de résidence.

Art. 8.

§ 1^{er}. Le Service calcule le nombre d'équivalents temps plein par qualification présents dans l'institution au cours de la période de référence.

Pour ce faire, les règles suivantes sont appliquées :

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

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

où : P = nombre de journées prestées et nombre de journées assimilées dans le trimestre t_x
NP = nombre de jours non assimilés dans le trimestre t_x
H = nombre de jours du lundi au vendredi, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour
 d_1 = nombre de jours calendrier d'occupation à temps plein
 d_2 = nombre de jours calendrier au cours du trimestre ;

- 5°** pour ces maxima, il est tenu compte de toutes les journées prestées et/ou assimilées ou heures prestées et/ou assimilées au cours du trimestre, même si ces journées ou heures ont été prestées dans plusieurs institutions auprès du même employeur. En cas de dépassement de ces maxima constaté par le Service, celui-ci les limite au maximum autorisé. Le maximum de prestations admis est alors réparti proportionnellement entre les différentes institutions, en fonction du nombre d'heures du contrat de la personne dans chaque institution ;
- 6°** les journées pendant lesquelles le travailleur est mis en disponibilité ne sont pas prises en considération ;

7° en cas de licenciement, l'indemnité compensatoire de préavis n'est pas prise en considération ;

8° si les prestations d'un membre du personnel sont réparties entre plusieurs activités, ces heures/jours prestés sont attribués dans l'ordre pour :

- a) les prestations visées à l'article 8, § 2, b), 6°, 7°, 12° et 15° ;
- b) les prestations visées à l'article 8, § 2, b), 2° ;
- c) les prestations visées à l'article 8, § 2, b), 10° et 11° ;
- d) et enfin les prestations faisant l'objet de l'allocation forfaitaire, comme visé à l'article 17.

§ 2. Lors du calcul visé au § 1^{er}, les règles suivantes sont d'application :

a) l'équivalent temps plein du personnel salarié ou statutaire est déterminé comme suit :

1) Pour la période d'occupation à temps plein :

L'équivalent temps plein par trimestre tx =

$$\left[\frac{P}{P + NP} \right] \times \left(\frac{d1}{d2} \right)$$

où : P = nombre de journées prestées et nombre de journées assimilées dans le trimestre tx

NP = nombre de jours non assimilés dans le trimestre tx

d1 = nombre de jours calendrier d'occupation à temps plein

d2 = nombre de jours calendrier au cours du trimestre

2) L'équivalent temps plein pour les membres du personnel occupés à temps partiel :

L'équivalent temps plein par trimestre tx =

$$P / H$$

où : P = le nombre d'heures prestées et/ou assimilées au cours du trimestre, à l'exception du nombre d'heures d'occupation à temps plein comme visé au point 1)

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

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

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

- b) les ETP des membres du personnel suivants ne sont pas pris en considération pour le calcul de l'allocation visée à l'article 17 :
- 1° les membres du personnel qui tombent sous l'application du « maribel social » en application de l'arrêté royal du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand ou qui tombent sous l'application du « maribel fiscal » en application de l'arrêté royal du 13 juin 2010 modifiant l'arrêté royal du 18 juillet 2002 précité ;
 - 2° les membres du personnel qui tombent sous l'application des dispositions de l'article 4, § 1^{er}, 3° de l'arrêté royal du 15 septembre 2006 portant exécution de l'article 59 de la loi du 2 janvier 2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses, en ce qui concerne les mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière (les « remplaçants ») ;
 - 3° les remplaçants des travailleurs d'au moins 50 ans, qui ne bénéficient pas des mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière, mais qui bénéficient d'un congé supplémentaire dans le cadre de l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations représentatives concernées des employeurs et des travailleurs ;
 - 4° les membres du personnel qui tombent sous l'application des dispositions de l'article 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 15 février 2012 rendant obligatoire la convention collective de travail du 11 avril 2011, conclue au sein de la Commission paritaire des établissements et des services de santé, relative au projet de formation en art infirmier ;
 - 5° les membres du personnel qui tombent sous l'application de l'article 17 du protocole d'accord cadre du 26 juillet 2000 relatif au projet de formation en vue de l'obtention du titre d'infirmier dans les secteurs fédéraux de la Santé ;
 - 6° les membres du personnel qui sont financés dans le cadre de l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des

personnes âgées fragiles ;

- 7°** les membres du personnel qui sont financés dans le cadre de conventions conclues en application de l'article 22 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée ;
- 8°** les membres du personnel qui sont financés dans le cadre de l'arrêté royal du 27 avril 2007 portant les dispositions générales d'exécution des mesures en faveur de l'emploi des jeunes dans le secteur non marchand résultant de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations ;
- 9°** les membres du personnel financés dans le cadre de l'annexe XIV de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 portant le subventionnement des activités d'animation dans les centres de soins résidentiels et dans les centres de court séjour ;
- 10°** la personne de référence pour la démence financée dans la partie E3 ;
- 11°** les membres du personnel financés dans le cadre des mesures visées à l'article 4bis de l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution des articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins ;
- 12°** les membres du personnel financés dans le cadre de l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour ;
- 13°** les membres du personnel financés dans le cadre de l'article 60, § 7, de la loi sur les C.P.A.S. ;
- 14°** les membres du personnel qui bénéficient d'un contrat d'apprentissage ou d'une convention d'insertion socio-professionnelle visée dans l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 28 juillet 1998 relatif à la convention d'insertion socioprofessionnelle des centres d'éducation et de formation en alternance ;
- 15°** les parties d'ETP pendant lesquelles les prestations du kinésithérapeute salarié sont facturées via la nomenclature.

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

c) (abrogé)

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

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

[U/D]

où : U = le nombre d'heures prestées au cours du trimestre
D = le nombre de jours du lundi au vendredi, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour

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

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

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

Le directeur indépendant ne peut faire valoir ces heures que dans une seule institution au maximum.

Si le Service constate qu'un directeur indépendant communique ces heures dans plusieurs institutions et que le total de 19 heures ou de 38 heures est ainsi dépassé,

il ne sera en aucun cas tenu compte de ces heures. Dans une institution, une seule personne physique au maximum peut exercer au même moment la fonction de directeur indépendant.

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

[U / D]

où : U = le nombre d'heures prestées au cours du trimestre
D = le nombre de jours du lundi au vendredi, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour

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

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

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

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

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

[P / D]

où : P = nombre d'heures prestées au cours du trimestre
D = nombre de jours du lundi au vendredi, au cours du trimestre, multiplié par 7,6 heures par jour.

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

$\frac{\text{(la somme des équivalents temps plein par trimestre tx au cours de la période de référence)}}{\text{/ le nombre de trimestres au cours de la période de référence).}$
--

§ 3. Abrogé

Art. 9.

§ 1^{er}. Le Service calcule le niveau d'encadrement, en équivalents temps plein et par qualification, dont devait disposer l'institution pendant la période de référence (norme théorique), et cela suivant les normes visées **aux articles 2 et 3**.

§ 2. Lors du calcul visé au § 1^{er}, les règles suivantes sont d'application :

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

$\frac{\text{[le nombre de journées d'hébergement des patients par catégorie de dépendance au cours de la période de référence]}}{\text{/ le nombre de jours calendrier au cours de la période de référence];}$

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

Art. 10.

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

Art. 11.

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

La hiérarchie suivante est alors d'application :

- a) s'il y a un excédent de praticiens de l'art infirmier A1 ou A2, il faut d'abord affecter l'excédent de praticiens de l'art infirmier A1, puis l'excédent de praticiens de l'art infirmier A2, au déficit de personnel de réactivation ;
- b) s'il y a encore un excédent de praticiens de l'art infirmier (y compris le nombre restant de praticiens de l'art infirmier A1 ou A2), il faut l'affecter au déficit de personnel soignant ;
- c) s'il y a un déficit de personnel de réactivation, un certain nombre de praticiens de l'art infirmier A1 ou A2 peuvent d'abord combler ce déficit de personnel de réactivation, avant d'être affectés à la norme pour le personnel infirmier. Ce n'est possible que si l'institution dispose de suffisamment de membres du personnel pour satisfaire à la norme globale ; en outre, seuls les praticiens de l'art infirmier A1 ou A2 qui viennent en excédent de 80 % de la norme du personnel infirmier peuvent être pris en considération pour l'application de cette mesure. Le déficit ainsi créé parmi les praticiens de l'art infirmier peut alors être compensé suivant les dispositions du point f) ;
- d) s'il y a un excédent de personnel de réactivation, il faut l'affecter au déficit de praticiens de l'art infirmier ;
- e) s'il y a encore un excédent de personnel de réactivation, il faut l'affecter au déficit restant de personnel soignant ;
- f) s'il y a un excédent de personnel soignant, il faut l'affecter au déficit restant de praticiens de l'art infirmier.

La compensation est appliquée selon les règles suivantes :

- a) le déficit de membres du personnel de réactivation ne peut être compensé que par un excédent de membres du personnel infirmier A1 ou A2, avec priorité pour les A1 ;
- b) le déficit de praticiens de l'art infirmier peut être compensé pour 20 % au maximum par un excédent de membres du personnel de réactivation et/ou du personnel soignant ; Ce pourcentage de 20 % peut être augmenté jusqu'à 30 % pour les institutions qui occupent au moins 7 ETP praticiens de l'art infirmier ;
- c) le déficit de personnel soignant peut être compensé de façon illimitée par un excédent de praticiens de l'art infirmier et/ou du personnel de réactivation.

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

- a) pour le personnel qui remplit la norme théorique visée à l'article 9 dans sa propre qualification, le financement par équivalent temps plein pour une certaine qualification est égal au coût salarial visé à l'article 13 ;
- b) les règles suivantes sont d'application pour le personnel qui, en application du présent article, est pris en considération pour la compensation d'un déficit de personnel dans une autre qualification :
- le praticien de l'art infirmier A1 ou A2 qui compense un déficit de personnel de réactivation, est indemnisé selon le coût salarial d'un praticien de l'art infirmier A1 ou A2 ;
 - le personnel de réactivation qui compense un déficit de praticiens de l'art infirmier est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel de réactivation ;
 - le personnel soignant qui compense un déficit de praticiens de l'art infirmier est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel soignant ;
 - le membre du personnel qui compense un déficit de membres du personnel soignant est indemnisé selon le coût salarial d'un membre du personnel soignant.

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

Art. 12.

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

$\left(\begin{array}{l} \text{(le déficit en pourcentage restant dans cette qualification} \\ \text{x le coût salarial par ETP visé à l'article 13} \\ \text{x le déficit d'ETP)}. \end{array} \right)$
--

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

Art. 13.

§ 1^{er}. Le coût salarial dépend de l'ancienneté moyenne par qualification du personnel de soins dans l'institution à l'exclusion des membres du personnel visés à l'article 8, § 2, b) - à l'exception de la personne de référence pour la démence visée au 10° qui est également prise en considération.

Cette ancienneté moyenne est déterminée par qualification comme suit :

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

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

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

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

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

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

- | | |
|--|-------------------|
| a) est inférieure à 4 ans : | 48.890,56 euros ; |
| b) à partir de 4 ans et moins de 6 ans : | 52.738 euros ; |
| c) à partir de 6 ans et moins de 8 ans : | 56.644,85 euros ; |
| d) à partir de 8 ans et moins de 12 ans : | 58.201,01 euros ; |
| e) à partir de 12 ans et moins de 14 ans : | 60.221,45 euros ; |
| f) à partir de 14 ans et moins de 16 ans : | 61.567,11 euros ; |
| g) à partir de 16 ans : | 66.925,74 euros. |

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

a) est inférieure à 4 ans :	44.987,06 euros ;
b) à partir de 4 ans et moins de 6 ans :	48.120,68 euros ;
c) à partir de 6 ans et moins de 8 ans :	51.577,81 euros ;
d) à partir de 8 ans et moins de 12 ans :	53.105,02 euros ;
e) à partir de 12 ans et moins de 14 ans :	55.105,65 euros ;
f) à partir de 14 ans et moins de 16 ans :	56.437,07 euros ;
g) à partir de 16 ans :	57.775,76 euros.

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

a) est inférieure à 4 ans :	42.856,43 euros ;
b) à partir de 4 ans et moins de 6 ans :	43.363,83 euros ;
c) à partir de 6 ans et moins de 10 ans :	44.031,31 euros ;
d) à partir de 10 ans et moins de 12 ans :	45.607,76 euros ;
e) à partir de 12 ans :	46.323,94 euros.

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

a) est inférieure à 4 ans :	43.784,03 euros ;
b) à partir de 4 ans et moins de 6 ans :	47.196,14 euros ;
c) à partir de 6 ans et moins de 10 ans :	50.666,19 euros ;
d) à partir de 10 ans et moins de 12 ans :	52.047,10 euros ;
e) à partir de 12 ans :	53.817,56 euros.

§ 6. Sans préjudice de l'application des dispositions prévues à l'article 15, les praticiens de l'art infirmier qui remplissent les normes pour praticiens de l'art infirmier visées aux articles 2, 3 et 5 sont financés suivant les coûts salariaux d'un praticien de l'art infirmier A2.

§ 7. Entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2010, les montants visés aux §§ 2, 3 et 4 sont augmentés d'un montant de rattrapage s'élevant à :

1° pour les montants visés au § 2 :

- a) 390,38 euros
- b) 423,66 euros
- c) 457,06 euros
- d) 470,45 euros
- e) 487,68 euros
- f) 499,16 euros
- g) 544,47 euros

2° pour les montants visés au § 3 :

- a) 355,04 euros
- b) 383,04 euros
- c) 413,03 euros
- d) 426,43 euros
- e) 443,66 euros
- f) 455,14 euros
- g) 466,63 euros

3° pour les montants visés au § 4 :

- a) 332,33 euros
- b) 338,23 euros
- c) 344,13 euros
- d) 358,67 euros
- e) 365,75 euros.

Pour obtenir ce montant de rattrapage, les institutions doivent accorder à leur personnel infirmier et soignant l'avantage visé à l'article 30, 7°, à partir du 1^{er} janvier 2010.

§ 8. Entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2012, les montants visés au § 5 sont augmentés d'un montant de rattrapage s'élevant à :

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

Art. 14.

§1^{er}. Dans les institutions qui, après l'application des articles 8, 9 et 11, disposent encore d'une réserve en personnel de réactivation, il est tenu compte, lors de la fixation du montant à financer pour la norme de personnel visée à l'article 17, d'un certain nombre d'équivalents temps plein qui s'élève au maximum à :

$\left[\left(\text{nombre moyen de patients } O \times 0,10 \text{ équivalent temps plein membre du personnel de réactivation} \right) + \left(\text{nombre moyen de patients } A \times 0,20 \text{ équivalent temps plein membre du personnel de réactivation} \right) \right] / 30 \text{ patients.}$

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

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

§ 2. Dans les institutions qui, après l'application du § 1^{er}, disposent encore d'une réserve en personnel de réactivation ou, à défaut, de personnel soignant, il est tenu compte, lors de la fixation du montant à financer pour la norme de personnel visée à l'article 17, d'un certain nombre d'équivalents temps plein qui s'élève au maximum à :

[(nombre de patients classés dans la catégorie de dépendance A, effectivement présents dans l'institution le 31 mars de la période de référence, et qui ont un score égal au moins à (2) pour l'orientation dans le temps et pour l'orientation dans l'espace, comme stipulé à l'article 151, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité) x 0,8 équivalent temps plein membre du personnel de réactivation ou du personnel soignant / 30 patients]

Art. 15.

Dans les institutions qui ne tombent pas sous l'application de l'article 12 ou de l'article 16, § 2, un certain nombre de praticiens de l'art infirmier A1 qui remplissent les normes pour praticiens de l'art infirmier visées aux articles 2 et 3 sont financés suivant les coûts salariaux d'un praticien de l'art infirmier A1. Le nombre de praticiens de l'art infirmier A1 ainsi financés s'élève à 30 % maximum de la norme théorique concernant les praticiens de l'art infirmier visée à l'article 9.

Art. 16.

§ 1er. Dans les institutions qui satisfont aux dispositions de l'article 5, alinéa 2, et pour lesquelles la norme visée à l'article 2 est inférieure à cinq équivalents temps plein dont au moins deux praticiens de l'art infirmier, la base de départ du financement, visé à l'article 17, du personnel normé est fixée à deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier et trois équivalents temps plein membres du personnel soignant, sauf si la non application de cette règle se révèle plus avantageuse pour l'institution.

L'alinéa précédent ne s'applique pas aux institutions visées à l'article 19, §§ 1^{er} à 4.

§ 2. Dans les institutions qui, au cours de la période de référence, hébergent en moyenne au moins 10 patients classés dans la catégorie B, C, Cd, Cc et/ou D et au moins 40 % de patients classés dans la catégorie B, C, Cd, Cc et/ou D par rapport au nombre moyen de lits agréés, tout en ne disposant pas en moyenne, au cours de la

période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, le financement, visé à l'article 17, du personnel normé est diminué de 50 %.

§ 3. Dans les institutions qui, au cours de la période de référence, n'hébergent pas en moyenne au moins 10 patients classés dans la catégorie B, C, Cd, Cc et/ou D , ou qui n'hébergent pas en moyenne au moins 40 % de patients classés dans la catégorie B, C, Cd, Cc et/ou D par rapport au nombre moyen de lits agréés, et qui ne disposent pas en moyenne, au cours de la période de référence, d'au moins cinq équivalents temps plein de personnel infirmier, soignant ou de réactivation, salarié ou statutaire, dont au moins deux équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, le financement, visé à l'article 17, du personnel normé est fixé en tenant compte de la moitié du financement de la norme visée à l'article 2 pour les catégories B, C, Cd, Cc et/ou D.

Art. 17.

Le montant de base du financement du personnel normé est égal à :

[la somme du nombre d'équivalents temps plein dans une qualification précise x le coût salarial de cette qualification]
--

où :

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

Le cas échéant, ce montant est réduit selon les dispositions de l'article 12, sauf en cas d'application des dispositions de l'article 16, § 2 ou § 3.

Le montant du financement du personnel normé par jour et par bénéficiaire s'élève à:

[Montant de base du financement du personnel normé / nombre de jours d'hébergement pour les patients durant la période de référence]

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, dans les institutions pour lesquelles l'article 19 ou l'article 37bis est d'application, le montant du financement du personnel normé par jour et par bénéficiaire s'élève à :

[(Montant de base du financement du personnel normé
 / nombre de jours d'hébergement pour les patients durant la période de référence visée
 à l'article 19 ou à l'article 37bis)
 x (nombre de jours calendrier de la période de référence visée à l'article 19 ou à l'article
 37bis
 / 365)]

Art. 18.

§ 1^{er}. Le montant par jour et par bénéficiaire visé à l'article 17 est adapté lorsque dans l'institution, durant la période de référence ou durant la période qui se situe entre la période de référence et la période de facturation, survient une modification de l'agrément des lits.

Le montant de l'adaptation est égal à :

[(nombre de lits MRS après adaptation / nombre total de lits après adaptation)
 - (nombre de lits MRS avant adaptation / nombre total de lits avant adaptation)]

x 19,43 euros

x [(nombre de jours entre la date de début de la période de référence et la date de l'adaptation avec au maximum le nombre de jours calendrier pendant la période de facturation) / le nombre de jours de la période de facturation]

+

[(nombre de lits court séjour après adaptation / nombre total de lits après adaptation)
 - (nombre de lits court séjour avant adaptation / nombre total de lits avant adaptation)]

x 5,05 euros

x [(nombre de jours entre la date de début de la période de référence et la date de l'adaptation avec au maximum le nombre de jours calendrier pendant la période de facturation) / le nombre de jours de la période de facturation]

§ 2. Le montant par jour et par bénéficiaire visé à l'article 17 est adapté lorsque durant la période de facturation, survient une modification de l'agrément des lits. Cette adaptation a lieu dès que cette modification se produit.

Le montant de l'adaptation est égal à :

[(nombre de lits MRS après adaptation / nombre total de lits après adaptation)
- (nombre de lits MRS avant adaptation / nombre total de lits avant adaptation)]

x 19,43 euros

+

[(nombre de lits court séjour après adaptation / nombre total de lits après adaptation)
- (nombre de lits court séjour avant adaptation / nombre total de lits avant adaptation)]

x 5,05 euros

§ 3. Pour déterminer le montant par jour et par bénéficiaire visé à l' article 6 dans les institutions issues d'une reprise, d'une fusion, d'une scission, ou d'un transfert de l'exploitation sur un autre site, le Service :

- 1° soit reprend les données, visées à l'article 33, de l'institution antérieure pendant la période de référence (dans le cas d'une reprise ou d'un transfert de l'exploitation sur un autre site) ;
- 2° soit additionne les données, visées à l'article 33, des institutions antérieures pendant la période de référence (dans le cas d'une fusion ou de la reprise d'un établissement par un autre) ;
- 3° soit demande aux institutions visées de répartir sur la période de référence les données, visées à l'article 33, de l'institution antérieure, entre les institutions qui résultent de la scission, au prorata du nombre de lits de chacune d'elles, de telle manière que la combinaison qui paraît la plus favorable aux institutions en cause soit retenue (dans le cas d'une scission).

Art. 19.

§ 1^{er}. Le montant de l'allocation complète par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre s'élève à :

- a) pour la période allant de la date d'agrément au 31 mars de l'année qui suit, ce montant s'élève à 14,05 euros ;
- b) pour le reste de la période de facturation (du 1^{er} avril de l'année qui suit jusqu'au 31 décembre), ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au quatrième trimestre ;
- c) le montant de la période de facturation qui suit est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au quatrième trimestre

et aux premier et deuxième trimestres de l'année qui suit.

§ 2. Le montant de l'allocation complète par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre s'élève à :

- a) pour la période allant de la date d'agrément au 30 juin de l'année qui suit, ce montant s'élève à 14,05 euros ;
- b) pour le reste de la période de facturation (du 1^{er} juillet de l'année qui suit jusqu'au 31 décembre) ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au premier trimestre ;
- c) le montant de la période de facturation qui suit est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond aux premier et deuxième trimestres de l'année qui suit celle de l'agrément.

§ 3. Le montant de l'allocation complète par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} janvier et le 31 mars s'élève à :

- a) pour la période allant de la date d'agrément au 30 septembre suivant, ce montant s'élève à 14,05 euros ;
- b) pour le reste de la période de facturation (du 1^{er} octobre au 31 décembre) ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au deuxième trimestre (c'est-à-dire le trimestre qui suit celui de l'agrément) ;
- c) le montant de la période de facturation qui suit est calculé selon les dispositions des articles 8. à 16, où la période de référence correspond au deuxième trimestre (c'est-à-dire le trimestre qui suit celui de l'agrément).

§ 4. Le montant de l'allocation complète par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} avril et le 30 juin s'élève à :

- a) pour la période allant de la date de l'agrément à la fin de la période de facturation en cours (31 décembre) ce montant s'élève à 14,05 euros ;
- b) le montant de la période de facturation qui suit est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au troisième trimestre (c'est-à-dire le trimestre qui suit celui de l'agrément).

§ 5. Une régularisation financière est déterminée pour la période allant de la date de l'agrément au second trimestre suivant le trimestre de l'agrément inclus.

Le calcul du montant de cette régularisation financière s'effectue comme suit :

- a) le montant de l'allocation complète par bénéficiaire est calculé suivant les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au trimestre de l'agrément et aux deux trimestres qui suivent le trimestre de l'agrément ;
- b) la différence entre ce montant et le montant mentionné au point a) des §§ 1^{er} à 4 est le montant de la régularisation financière.

Le montant de la régularisation financière est calculé au plus tard le dernier jour du quatrième trimestre qui suit le trimestre de l'agrément.

En cas de différence négative, cette régularisation financière n'est pas exécutée pour les institutions agréées avant le 1^{er} novembre 2010.

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

Art. 20.

Lorsqu'une institution ne présente pas de déficit de personnel comme visé aux articles 12 ou 16, § 2, et lorsque le coût salarial total des praticiens de l'art infirmier, du personnel de réactivation et du personnel soignant, calculé en fonction du coût visé à l'article 13, est supérieur au montant de base du financement, visé à l'article 17 ou 19, du personnel normé, une intervention supplémentaire est fixée à titre d'incitant pour des efforts supplémentaires au niveau des soins, à condition que :

$[\text{coût du personnel présent} - \text{coût du personnel financé}]$

est supérieur ou égal à 40.000 euros

et que :

$[(\text{coût du personnel présent} - \text{coût du personnel financé}) / \text{coût du personnel financé}]$
--

est supérieur ou égal à 4 %

où :

- le coût du personnel présent correspond aux coûts salariaux par qualification visés à l'article 13, multipliés par le nombre d'équivalents temps plein par qualification ;
- le coût du personnel financé correspond au montant de base du financement du personnel normé visé à l'article 17 ou 19.

L'intervention s'élève alors à 78 % du [coût du personnel présent - coût du personnel financé] avec un maximum de 9,74 % du coût du personnel financé.

Le montant de l'intervention par jour et par bénéficiaire s'élève à :

[Montant total de l'intervention
/ nombre de jours d'hébergement pour les patients durant la période de référence].

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, dans les institutions pour lesquelles l'article 19 ou l'article 37bis est d'application, le montant par jour et par bénéficiaire s'élève à :

[(Montant total de l'intervention
/ nombre de jours d'hébergement pour les patients durant la période de référence
visée à l'article 19 ou à l'article 37bis)
x (nombre de jours calendrier de la période de référence visée à l'article 19 ou à l'article
37bis
/ 365)]

Section 2bis. - Partie A3 : intervention destinée à couvrir l'harmonisation des barèmes de tous les membres du personnel soignant disposant de la qualification d'aide-soignant

Art. 20bis.

L'intervention par journée d'hébergement et par bénéficiaire s'élève à partir du 1^{er} avril 2014 à :

[(109,63 euros x nombre moyen total d'ETP d'aides-soignants salariés ou statutaires
présents dans l'institution pendant la période de référence)
/ nombre de journées d'hébergement des patients pendant la période de référence]

Entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 décembre 2014, ce montant de 109,63 euros est augmenté d'un montant de rattrapage de 36,54 euros.

Pour obtenir ces montants, les institutions doivent accorder à tous les membres de leur personnel soignant qui disposent d'un enregistrement définitif ou provisoire comme aides-soignants l'avantage visé à l'article 30, 8°, à partir du 1^{er} janvier 2013.

Section 3. - Partie B1 : le financement du matériel de soins

Art. 21.

L'intervention par jour d'hébergement et par bénéficiaire pour le matériel de soins visé à l'article 147, §§ 1^{er} et 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité s'élève à :

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

Section 3bis. - Partie B2 : le financement de produits et de matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales

Art. 21bis.

L'intervention par jour d'hébergement et par bénéficiaire pour les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales s'élève à 0,054 euros.

L'institution doit pouvoir donner la preuve qu'elle applique des directives internes et qu'elle fait régulièrement usage de produits et de matériel menant à une meilleure hygiène, notamment des mains, afin de prévenir les maladies nosocomiales. L'utilisation correcte, conformément à ces directives, de ces produits et de ce matériel, est une condition d'octroi de l'allocation forfaitaire visée au présent chapitre.

L'institution a droit à cette intervention à partir du premier jour du trimestre au cours duquel elle satisfait aux conditions visées à l'alinéa précédent.

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

Art. 22.

L'intervention de l'assurance soins de santé, destinée à financer la formation et la sensibilisation aux soins palliatifs de l'ensemble du personnel des institutions, est fixée à 0,27 euro par journée et par bénéficiaire hébergé classé dans les catégories de dépendance B, C, Cd ou Cc visées aux articles 148 et 150 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

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

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

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

Art. 23.

Au moyen de cette intervention, les institutions susvisées organisent une formation continue de leur personnel dont le nombre total d'heures sur une année dite ci-après « scolaire » (allant du 1^{er} septembre au 31 août) est au moins égal au nombre de bénéficiaires B, C, Cd ou Cc hébergés dans l'institution au 30 juin précédent.

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

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

Art. 24.

Pour bénéficier de l'intervention visée à l'article 22, alinéa 1^{er}, les institutions susvisées doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- 1°** élaborer une déclaration d'intention dans laquelle est décrite la politique que l'institution entend suivre en matière de soins palliatifs. Cette déclaration fait l'objet d'une large diffusion et est transmise à tout le moins au Service, à chaque membre du personnel, ainsi qu'aux patients hébergés. Les nouvelles institutions élaborent et diffusent cette déclaration au cours des six mois qui suivent leur agrément ;
- 2°** désigner un responsable de l'organisation, au sein de l'institution, des soins palliatifs et de la formation du personnel à la culture des soins palliatifs. Dans les maisons de repos et de soins, ce responsable est normalement le médecin

coordinateur et conseiller ou l'infirmier en chef. Dans les maisons de repos pour personnes âgées, ce responsable est de préférence un praticien de l'art infirmier ou un membre du personnel qualifié jouissant déjà d'une certaine expérience en la matière ;

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

L'institution a droit à l'intervention visée à l'article 22 à partir du premier jour du trimestre au cours duquel elle satisfait aux conditions visées à l'alinéa précédent.

Art. 25.

Dans les délais visés à l'article 32, 1°, les institutions susvisées transmettent au Service, sur un questionnaire électronique dont le modèle est fourni par ce Service aux institutions, les données suivantes pour tous les patients décédés au cours de l'année écoulée :

- âge et sexe du patient ;
- première date d'admission dans l'institution ;
- date à laquelle l'équipe de soins a entamé les soins palliatifs ;
- date à partir de laquelle le patient répondait aux critères visés à l'article 3, 1° à 5°, de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994; cette date doit être déterminée par le médecin de famille ;
- date de la fin d'hébergement dans l'institution ;
- lieu et date du décès.

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

Art. 26.

Pour les nouvelles institutions, le Service applique les règles suivantes :

- 1°** pour les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial « maisons de repos et de soins » et les maisons de repos pour personnes âgées qui remplissent les conditions visées à l'article 22, alinéa 2 le dernier jour du mois qui suit celui de l'agrément, le

nombre d'heures de formation à organiser par l'institution est déterminé au moyen de la formule suivante :

$$H = P \times M / 12$$

où : H = le nombre d'heures de formation à organiser (arrondi à l'unité supérieure si les deux premières décimales constituent un nombre supérieur ou égal à 50) ;

P = le nombre de bénéficiaires B, C, Cd ou Cc hébergés dans l'institution le dernier jour du mois qui suit celui de l'agrément ;

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

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

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

Art. 27.

L'intervention par jour d'hébergement et par bénéficiaire pour la couverture des coûts de gestion et de transmission des données s'élève à 0,10 euro.

Section 6. - Partie E1 : financement du complément de fonction pour l'infirmier(ère) en chef en MRS

Art. 28.

L'intervention par jour d'hébergement et par bénéficiaire pour la fonction d'infirmier en chef dans la section MRS s'élève à :

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

Section 6bis - Partie E2 : financement du complément de fonction pour les infirmiers(ères) en chef, les paramédicaux en chef et les coordinateurs infirmiers

Art. 28bis.

§ 1^{er}. L'intervention par journée d'hébergement et par bénéficiaire pour le complément de fonction destiné aux infirmiers(ères) chefs en maison de repos et de soins, aux paramédicaux en chef et aux coordinateurs infirmiers en MRPA et en MRS, s'élève à :

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

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

§ 2. Entrent en considération pour le financement du complément de fonction les infirmiers(ères) chefs, les paramédicaux en chef et les coordinateurs infirmiers qui répondent aux conditions suivantes :

- a)** avoir un contrat où le rôle de coordinateur infirmier ou de paramédical en chef est prévu, ou avoir un contrat d'infirmier(ère) en chef. Pour le personnel statutaire, la décision de nomination ou la décision de désignation doit faire apparaître le rôle de coordinateur infirmier, de paramédical en chef ou la fonction d'infirmier(ère) en chef ;
- b)** au dernier jour de la période de référence, avoir une ancienneté barémique d'au moins 17 ans ;
- c)** au dernier jour de la période de référence, avoir réussi une formation complémentaire de base parmi les suivantes :
 - 1° formation de cadre de santé ;
 - 2° formation de niveau universitaire : master en art infirmier ou obstétrique, ou master en gestion et politique des soins de santé, ou master en santé publique (toutes options incluses) ;
 - 3° formation donnant droit à un titre reconnu de directeur de maison de repos ;
 - 4° ou formation complémentaire de minimum 24 heures, dont le programme est approuvé par le SPF Santé publique, et portant sur :
 - la gestion des horaires, la durée du travail et les relations collectives de travail,

- le bien-être au travail,
- la gestion d'une équipe ;

d) suivre chaque année une formation permanente de minimum 8 heures, reconnue par le SPF Santé publique, portant sur une ou plusieurs des matières visées au point c), 4°.

§ 3. Le complément de fonction peut être financé, pour un maximum d'un équivalent temps plein infirmier ou paramédical, dans chaque institution comptant pendant la période de référence une équipe de soins (praticiens de l'art infirmier, personnel soignant et personnel de réactivation) d'au moins 12 équivalents temps plein salariés ou statutaires. Chaque fois que l'institution atteint la moitié de la tranche suivante de 12 équivalents temps plein, le complément de fonction peut être financé pour un maximum d'un équivalent temps plein infirmier ou paramédical supplémentaire.

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

§ 4. Pour la première application de cet article, le contrat des membres du personnel pour lesquels le complément de fonction peut être financé est adapté, si besoin est, suivant les exigences du § 2, a), dans les six mois qui suivent la publication du présent arrêté. Pour le personnel statutaire, une décision est prise si nécessaire afin de répondre aux exigences du § 2, a), dans les six mois qui suivent la publication du présent arrêté.

Pour la première application de cet article, ces infirmiers(ères) chefs, paramédicaux en chef et coordinateurs infirmiers doivent avoir reçu la formation de base visée au § 2, c), pour le 31 décembre 2010 au plus tard. La formation permanente visée au § 2, d), sera suivie à partir de l'année 2011.

Section 6ter : Partie E3 : financement d'une personne de référence pour la démence

Art. 28ter.

§ 1^{er}. L'intervention par journée d'hébergement et par bénéficiaire pour la personne de référence pour la démence est déterminée selon les critères suivants :

- l'équivalent temps plein pour la personne de référence pour la démence est calculé selon les dispositions de l'article 8 ;
- durant une même période, une personne de référence pour la démence au maximum est prise en compte. Durant la période où un membre du personnel exerce la fonction

de personne de référence pour la démence, il en est tenu compte pour 19 heures par semaine au maximum ;

- l'intervention est calculée au moyen de la formule suivante :

$$\left[\left(\frac{\text{ETP de la personne de référence pour la démence au cours de la période de référence} \times \text{salaire annuel suivant le niveau moyen d'ancienneté de la qualification de cette personne}}{\text{nombre moyen de patients pendant la période de référence}} \right) / \text{nombre de jours calendrier de la période de facturation} \right];$$

- il est possible que plusieurs personnes de référence pour la démence soient désignées successivement au cours de la période de référence.

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

1° avoir hébergé une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance Cd pendant la période de référence.

Lorsque cette condition a été remplie pour une période de référence à partir de la période de référence qui a commencé le 1^{er} juillet 2010 au plus tôt, cette condition n'est plus exigée par la suite. S'il est constaté que pendant une période de référence complète, l'institution ne dispose pas d'une personne de référence pour la démence, cette condition est à nouveau d'application pour au moins une période de référence ;

2° transmettre au Service les pièces nécessaires attestant qu'un membre du personnel a un contrat ou a été nommé en tant que personne de référence pour la démence pour un minimum de 19 heures/semaine ;

3° ne pas recevoir de financement pour une personne de référence pour la démence sur base de l'article 4bis de l'arrêté royal du 17 août 2007 pris en exécution des articles 57 et 59 de la loi-programme du 2 janvier 2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins ;

4° la fonction de personne de référence pour la démence est exercée par un seul membre du personnel. En son absence, la fonction peut être occupée par un autre membre du personnel qui répond aux conditions.

§ 3. Abrogé

§ 4. Sont pris en considération pour remplir la fonction de personne de référence pour la démence les membres du personnel détenteurs d'un diplôme ou d'un brevet d'infirmier (A1 ou A2) ou d'un des diplômes visés à l'article 4, § 2, et qui :

1° pendant une période transitoire allant du 1^{er} janvier 2005 au 30 juin 2014 au plus tard, ont suivi une formation idoine d'au moins 30 heures ou ont acquis durant 24 mois l'expérience professionnelle adéquate ;

2° Abrogé

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

§ 5. Abrogé

§ 6. Abrogé

§ 7. Abrogé

Section 6quater : (abrogé)

Section 7. - Partie F : financement du médecin coordinateur

Art. 29.

L'intervention par jour d'hébergement et par bénéficiaire pour la fonction du médecin coordinateur et conseiller se compose d'une intervention de base (F') et d'une intervention complémentaire pour les établissements disposant d'un agrément MRS (F''), calculées comme suit :

1° Intervention de base (F') :

(17.550 euros/nombre de jour calendrier dans la période de facturation) / nombre moyen de patients dans la période de référence
--

2° Intervention complémentaire pour les établissements disposant d'un agrément MRS (F'') :

(0,32 euro x nombre moyen de patients MRS dans la période de référence) / nombre moyen de patients dans la période de référence.

Le montant de l'intervention par jour et par bénéficiaire se compose de la somme de ces deux parties (F' et F").

Ce financement est destiné à rémunérer le médecin coordinateur et conseiller, dont les missions et qualifications sont définies aux points 9.3.12.1. à 9.3.12.4. et 9.3.14. de l'annexe 120 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé.

La base du calcul de la rémunération du médecin coordinateur et conseiller tel que déterminée par la partie F est de 112,5 euros par heure de prestations.

Les prestations de ce médecin, lié à l'institution par un contrat d'entreprise, sont en moyenne de trois heures par semaine. Pour les établissements disposant d'un agrément MRS, les prestations hebdomadaires moyennes sont augmentées de trente minutes par vingt-cinq patients en MRS.

Les établissements disposant d'un agrément MRS, pour lesquels une convention de médecin coordinateur conclue antérieurement au 1^{er} octobre 2021 reste en application postérieurement à cette date, peuvent prétendre au financement de la partie F entre le 1^{er} octobre 2021 et le 31 mars 2022, pour autant qu'un nouveau contrat d'entreprise liant l'institution et un médecin coordinateur et conseiller soit signé et prenne effet pour le 31 mars 2022 au plus tard. Un exemplaire du contrat liant le médecin coordinateur et conseiller et l'établissement est conservé au sein de cet établissement.

Section 8. - Partie G : financement supplémentaire du court séjour

Art. 29bis.

Dans les institutions qui comportent des lits agréés pour des séjours de courte durée, le coût du financement supplémentaire par journée d'hébergement et par bénéficiaire s'élève à :

$\left((1,41 \text{ euro} \times \text{nombre moyen de lits agréés pendant la période de référence pour des séjours de courte durée}) \right. \\ \left. / \text{nombre moyen total de lits agréés pendant la période de référence} \right).$

Section 9. - Partie H : financement de la formation complémentaire du personnel dans le domaine de la démence

Art. 29ter.

§ 1^{er}. L'intervention de l'assurance soins de santé, destinée à financer la formation et la sensibilisation dans le domaine de la démence de l'ensemble du personnel des institutions, est fixée à 0,27 euro par journée et par bénéficiaire hébergé classé dans la catégorie de dépendance C en raison de sa dépendance psychique (catégorie Cd), comme visé aux articles 148 et 150 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

Cette intervention est accordée aux maisons de repos et de soins, aux maisons de repos pour personnes âgées qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial "maisons de repos et de soins", et aux maisons de repos pour personnes âgées qui, pendant la période de référence, ont hébergé en moyenne au moins 15 patients classés dans la catégorie Cd.

§ 2. Au moyen de cette intervention, les institutions susvisées organisent une formation continue de leur personnel dont le nombre total d'heures sur une année dite "scolaire" (allant du 1^{er} septembre au 31 août) est au moins égal au nombre de bénéficiaires Cd hébergés dans l'institution au 30 juin précédent.

Les institutions susvisées organisent cette formation de préférence pour l'ensemble de leur personnel, et au moins pour leur personnel de soins, en fonction des priorités qu'elles déterminent elles-mêmes. Elles veillent en particulier à ce que cette formation soit dispensée par des personnes hautement qualifiées dans le domaine de la prise en charge de la démence.

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

Le Service peut demander à tout moment à l'institution de recevoir un aperçu des formations qui ont été dispensées afin de vérifier si le nombre minimum d'heures de formation a été rempli.

§ 3. Pour bénéficier de l'intervention visée au § 1^{er}, les institutions susvisées doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- 1°** élaborer une déclaration d'intention dans laquelle est décrite la politique que l'institution entend suivre dans le domaine des personnes atteintes de démence. Cette déclaration fait l'objet d'une large diffusion et est transmise à tout le moins au Service, à chaque membre du personnel, ainsi qu'aux patients hébergés. Les

nouvelles institutions élaborent et diffusent cette déclaration au cours des six mois qui suivent leur agrément ;

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

§ 4. Pour les nouvelles institutions, le Service applique les règles suivantes :

- 1° pour les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial « maisons de repos et de soins » et les maisons de repos pour personnes âgées qui remplissent les conditions visées au § 1^{er}, alinéa 2, le dernier jour du mois qui suit celui de l'agrément, le nombre d'heures de formation à organiser par l'institution est déterminé au moyen de la formule suivante :

$$H = P \times M / 12$$

où :

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

P = le nombre de bénéficiaires Cd hébergés dans l'institution le dernier jour du mois qui suit celui de l'agrément;

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

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

§ 5. L'intervention par jour d'hébergement et par patients pour la formation complémentaire du personnel dans le domaine de la démence (partie H) s'élève à :

$$\frac{((0,27 \text{ euro} \times \text{nombre de patients Cd}) / \text{nombre total de patients})}{1}$$

L'institution a droit à cette intervention à partir du premier jour du trimestre au cours duquel elle satisfait aux conditions visées au § 3.

Section 10. - Partie Z1 : le financement de la fonction de liaison pour le court séjour pour la période du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2009

Art. 29quater.

Pour la période allant du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2008, le financement par bénéficiaire et par jour de la fonction de liaison pour le court séjour s'élève à :

$$\frac{[(5,05 \text{ euros} \times \text{nombre moyen de lits de court séjour pendant la période de référence}) / (\text{nombre total de journées facturées dans la période de référence} / \text{nombre de jours calendrier dans la période de référence})]}{1}$$

Pour la période allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009, ce financement par bénéficiaire et par jour s'élève à :

$$\frac{[(5,62 \text{ euros} \times \text{nombre moyen de patients en court séjour pendant la période de référence}) / (\text{nombre total de journées facturées dans la période de référence} / \text{nombre de jours calendrier dans la période de référence})]}{1}$$

Section 11. - Partie Z2 : le financement du personnel pour le soutien aux soins des patients en phase terminale en MRS pour la période du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2009

Art. 29quinquies.

Pour la période allant du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2009, le financement par bénéficiaire et par jour du personnel pour le soutien aux soins des patients en phase terminale en MRS s'élève à :

$$\frac{[0,40 \text{ euro} \times \text{nombre de journées facturées en MRS pendant la période de référence} / \text{nombre total de journées facturées dans la période de référence}]}{1}$$

Section 12. - Partie Z3 : le financement supplémentaire de la catégorie de dépendance A

Art. 29sexies.

Pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010, le financement supplémentaire par bénéficiaire et par jour de la catégorie de dépendance A s'élève à :

$$\left[\frac{(0,87 \text{ euro} * \text{nombre moyen de patients classés dans la catégorie de dépendance A pendant la période de référence})}{\text{nombre moyen de patients pendant la période de référence}} \right]$$

Pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011, le financement supplémentaire par bénéficiaire et par jour de la catégorie de dépendance A s'élève à :

$$\left[\frac{(0,44 \text{ euro} * \text{nombre moyen de patients classés dans la catégorie de dépendance A pendant la période de référence})}{\text{nombre moyen de patients pendant la période de référence}} \right]$$

Section 13 : Partie Z4 : le financement de l'augmentation de la norme en MRS entre le 1er juillet 2010 et le 31 décembre 2011

Art. 29septies.

Pour la période allant du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011, le financement supplémentaire par bénéficiaire et par jour s'élève à :

$$\left[\frac{(0,70 \text{ euros} * \text{nombre moyen de patients B, C et Cd hébergés dans la MRS pendant la période de référence})}{\text{nombre moyen de patients pendant la période de référence}} \right].$$

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

Art. 29octies.

§ 1^{er}. Pour la période allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013, le financement supplémentaire par bénéficiaire et par jour s'élève à :

$$\left[\frac{(17,78 \text{ euros} * \text{nombre de patients A classés dans la catégorie de dépendance D le 1^{er} janvier 2013})}{\text{nombre moyen de patients pendant la période de référence}} \right].$$

L'institution communique au Service pour le 31 janvier 2013 au plus tard le nombre de patients A classés dans la catégorie de dépendance D le 1^{er} janvier 2013.

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

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

(17,78 euros * 184/365 * nombre moyen de patients D répondant aux critères de la catégorie de dépendance A entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2013, calculé en fonction du nombre de journées d'hébergement de ces patients)
/ nombre moyen de patients pendant la période de référence.

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

CHAPITRE IV. - Conditions générales de l'intervention

Section 1re. - L'allocation complète ou partielle

Art. 30.

Pour pouvoir prétendre à l'allocation complète visée à l'article 6, les institutions doivent répondre aux conditions suivantes :

- 1°** être agréées par l'autorité compétente ;
- 2°** pour les maisons de repos et de soins : adhérer à la convention nationale entre les maisons de repos et de soins et les organismes assureurs visée à l'article 47 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée ;
- 3°** pour les maisons de repos pour personnes âgées : adhérer à la convention nationale entre les maisons de repos pour personnes âgées et les organismes assureurs visée à l'article 47 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée ;
- 4°** tenir effectivement le dossier de soins individuel visé à l'article 152, § 4, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité ;
- 5°** accorder au personnel infirmier, soignant et de réactivation, au moins les avantages visés dans l'arrêté royal du 26 septembre 2002 portant exécution de l'article 35, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Les institutions dépendant du secteur public qui appliquent l'un des

accords suivants satisfont aux dispositions de l'arrêté royal du 26 septembre 2002 susvisé :

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

Le pécule de vacances visé à l'article 7, c) est payé aux travailleurs du secteur public tel qu'il est financé ou d'une autre manière, à condition qu'il y ait un accord ou qu'un accord ait été convenu avec les organisations syndicales au niveau du Comité compétent, qui entraîne ou constate que des droits similaires sont accordés éventuellement sous une autre forme et suivant un timing préétabli.

Si elles ne sont pas comprises dans les accords susvisés, les primes annuelles visées à l'article 7, f) sont payées aux travailleurs du secteur public telles qu'elles sont financées ou d'une autre manière, à condition qu'il y ait un accord ou qu'un accord ait été convenu avec les organisations syndicales au niveau du Comité compétent, qui entraîne ou constate que des droits similaires sont accordés éventuellement sous une autre forme et suivant un timing préétabli.

Si elle n'est pas comprise dans les accords susvisés, la prime annuelle d'attractivité visée à l'article 7, g) est néanmoins accordée à partir du 1^{er} décembre 2006 aux travailleurs du secteur public financés par le présent arrêté.

S'il n'est pas compris dans les accords susvisés, le complément de fonction correspondant à la partie E2 visée à l'article 28bis, est payé dans le secteur public tel qu'il est financé.

6° pour les maisons de repos et de soins figurant à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant : disposer d'une convention conclue avec un des centres hospitaliers d'expertise repris à l'annexe 2 du protocole du 24 mai 2004 susvisé.

Cette convention doit régler les modalités selon lesquelles :

- la formation continue du personnel de l'institution est dispensée par le centre d'expertise ;
- les avis spécialisés sont échangés en réponse à des problématiques individuelles complexes.

7° accorder à tous les membres du personnel salarié ou statutaire au moins les suppléments suivants :

- a) pour les heures prestées entre 19 h et 20 h, au prorata de la prestation effectivement prestée dans cette tranche horaire :
- pour le personnel payé selon le régime dit « à la prestation » : 20 % du salaire barémique horaire quel que soit le jour de la semaine, le sursalaire des samedis, dimanches et jours fériés étant d'application s'il est supérieur à ces 20 % ;
 - pour le personnel payé au forfait (11 %) : le complément horaire de nuit octroyé pour les prestations de nuit, ajouté au barème de 111 %, quel que soit le jour de la semaine, y compris les samedis, dimanches et jours fériés ;
- b) les heures prestées entre 20 h et 6 h sont considérées comme des heures de nuit et rémunérées comme telles, dans les conditions en vigueur au 31 décembre 2009, aussi bien pour la semaine que pour les samedis, dimanches et jours fériés. En outre, toutes les heures ou fractions d'heure d'une prestation qui dépasse minuit sont aussi considérées comme des heures de nuit et rémunérées comme telles, même si la prestation commence avant 20 h ou se termine après 6 h.

Dans les institutions publiques, les avantages susvisés sont étendus à tous les membres du personnel.

8° accorder de manière uniforme le barème 1.35 visé dans la convention collective du travail du 7 novembre 2013 concernant l'harmonisation des barèmes des aides-soignants dans les établissements du secteur privé, ou des droits équivalents dans les établissements du secteur public, à tous les membres du personnel soignant qui disposent d'un enregistrement définitif ou, le cas échéant, d'un enregistrement provisoire comme aides-soignants, qu'ils fassent ou non partie du personnel normé.

Art. 31. Abrogé

Section 2. - Communication de données au Service

Art. 32.

Les institutions transmettent au Service les documents suivants :

- 1° chaque trimestre, un questionnaire électronique dûment complété dont le modèle est fourni par le Service ;
- 2° si le Service en fait la demande, la copie des diplômes du personnel infirmier, du personnel soignant et/ou du personnel de réactivation ;
- 3° si le Service en fait la demande, une copie de la déclaration ONSS ou de la déclaration ONSS-APL comportant l'effectif du personnel, ainsi qu'une copie des contrats d'emploi propres à l'institution ou une copie de la délibération du pouvoir organisateur dans le cas d'un service public ;
- 4° si le Service en fait la demande, une copie des contrats d'entreprise conclus avec le personnel indépendant visé à l'article 8, § 2, c) et g) , une copie des factures comprenant le nombre d'heures prestées par ce personnel, ainsi que les preuves de paiement ;
- 5° si le Service en fait la demande, une déclaration d'où il ressort que les avantages visés à l'article 30, 5°, sont bien appliqués ;
- 6° si le Service en fait la demande, le nombre de lits agréés et la répartition des patients hébergés par catégories de dépendance à une date déterminée ;
- 7° si le Service en fait la demande, les données relatives à l'usage, conforme aux directives internes de l'institution, des produits et du matériel menant à une meilleure hygiène, afin de prévenir les maladies nosocomiales.
- 8° si le Service en fait la demande, une copie du contrat conclu avec la personne qui a été désignée comme personne de référence pour la démence ;

9° si le Service en fait la demande, toute autre donnée relative au paiement de l'une ou l'autre partie de l'allocation complète.

Art. 33.

Dans le questionnaire électronique visé à l'article 32, 1°, les données suivantes sont notamment reprises par trimestre :

1° données en rapport avec l'institution :

- a) le numéro ONSS ou ONSS-APL;
- b) le statut ;
- c) la durée moyenne de travail hebdomadaire pour les prestations à temps plein ;
- d) le nombre de journées facturées par catégorie de dépendance et par mutualité pour les bénéficiaires ;
- e) le nombre de journées facturées par catégorie de dépendance et par mutualité pour les patients non repris au point d) ;
- f) nombre de patients classés dans la catégorie de dépendance A, effectivement présents dans l'institution le 31 mars de la période de référence, et qui ont un score égal au moins à (2) pour l'orientation dans le temps et pour l'orientation dans l'espace, comme stipulé à l'article 151, § 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.
- g) le numéro de compte bancaire de l'institution ;
- h) le numéro de la Banque-Carrefour des entreprises et le numéro d'unité d'établissement.

2° données relatives à l'ensemble du personnel infirmier, soignant et de réactivation : par personne :

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

3° les données visées à l'article 25 en rapport avec la fonction palliative ;

- 4° les données visées à l'article 29 en rapport avec le médecin coordinateur.
- 5° Les données visées à l'article 29ter, § 3, concernant la formation complémentaire du personnel dans le domaine de la démence.
- 6° les données visées à l'article 28bis en rapport avec le complément de fonction ;
- 7° les données visées à l'article 28ter en rapport avec la personne de référence pour la démence ;
- 8° le nom et le numéro de registre national du directeur ;
- 9° une ou deux adresses e-mail où le Service peut transmettre des informations utiles.

CHAPITRE V. - Dérogations et sanctions

Art. 34. (abrogé)

Art. 35.

Si les données visées à l'article 32, 1° ne sont pas transmises dans les 90 jours qui suivent la période de référence, et si l'institution ne répond pas dans les 30 jours au rappel que lui envoie le Service à l'expiration de ce délai, le montant de l'allocation complète est diminué de 25 %.

L'institution peut obtenir l'intégralité du montant de l'allocation complète à partir du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel elle aura communiqué les données visées à l'article 32, 1°, et ce au plus tôt à partir du 1^{er} avril de la période de facturation.

Des données complémentaires ou des corrections de données communiquées antérieurement comme visé à l'article 32, 1°, relatives à une période pour laquelle l'allocation a déjà été calculée, ne sont plus recevables lorsqu'elles sont transmises au Service par l'institution **plus de six mois** après que cette institution ait reçu la notification du montant de son allocation.

Art. 36.

§ 1er. Peuvent être assimilées aux membres du personnel soignant les personnes qui, au 1^{er} janvier 2004, ont atteint l'âge de 45 ans et sont occupées dans une institution uniquement agréée comme maison de repos et de soins, et qui, entre le 1^{er} avril 1992 et le 1^{er} janvier 2004, peuvent justifier une expérience professionnelle de 5 ans à temps plein comme membre du personnel soignant dans cette institution. Pour cela, elles doivent avoir été déclarées comme membres du personnel soignant et avoir été payées

suivant le barème correspondant.

Afin que leur assimilation soit effective, ces personnes doivent demander le numéro d'enregistrement visé à l'article 4, § 1^{er}, alinéa 3, pour le 31 mars 2005 au plus tard.

§ 2. Les restrictions visées à l'article 8, § 2, e) et f), sont appliquées pour la première fois lors du calcul de l'allocation complète pour la période de facturation débutant le 1^{er} janvier 2007. Jusqu'au 30 juin 2005, les heures effectivement prestées par le gestionnaire qualifié indépendant, salarié ou statutaire d'une institution peuvent être prises en considération, à concurrence de 38 heures par semaine au maximum, pour le financement, visé à l'article 17, de la norme de personnel.

§ 3. Les institutions comprenant une maison de repos et de soins figurant à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004 précité, peuvent facturer journalièrement un nombre plus élevé de bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance Cc que le nombre de "lits spécialisés coma" qui leur a été attribué, pourvu que ce nombre ne soit pas dépassé par le nombre moyen de cas Cc facturés au cours de la période de référence. Les "lits spécialisés coma" qui ne sont pas occupés par des bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance Cc peuvent être utilisés pour des patients classés dans la catégorie de dépendance B ou C.

§ 4. Pour la période de facturation allant du 1^{er} juillet 2004 au 31 décembre 2005, l'allocation complète des institutions comprenant une maison de repos et de soins figurant à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004 précité est augmentée de (41,10 euros x nombre de "lits spécialisés coma" attribués à la MRS) / nombre total des bénéficiaires.

Pour la période de référence allant du 1^{er} juillet 2004 au 31 mars 2005, la norme de personnel applicable aux bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance Cc est celle qui est d'application pour les bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance C en MRS.

Pour la période de facturation 2006, l'allocation complète des institutions comprenant une maison de repos et de soins figurant à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004 précité est augmentée de

$\frac{(274 / 365 \times 32,50 \text{ euros} \times \text{nombre moyen de bénéficiaires classés dans la catégorie de dépendance Cc pendant la période de référence})}{\text{nombre total de bénéficiaires pendant la période de référence.}}$

Art. 37.

§ 1^{er}. Toutes les dispenses et dérogations, dont les institutions ont pu bénéficier sur base de la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, sont maintenues jusqu'à cette date.

Pour les institutions qui, au cours des deux premières périodes de référence, ont engagé du personnel afin de satisfaire, sur base de la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, à la norme visée à l'article 5, la situation prise en compte pour la vérification du respect de cette norme est celle du 31 décembre 2003.

§ 2. Les institutions à qui les dispositions qui précèdent n'ont pas été appliquées, et qui estiment pouvoir s'en prévaloir, en font la demande motivée au Service le 30 juin 2005 au plus tard pour ce qui concerne la première période de référence, et au plus tard le 30 septembre 2005 pour ce qui concerne la deuxième période de référence.

Art. 37bis.

Par dérogation aux dispositions de l'article 19, les dispositions suivantes sont d'application pour les nouvelles institutions qui sont agréées entre le 1^{er} juillet 2002 et le 31 décembre 2003 :

§ 1^{er}. Le montant par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 mars 2003 est calculé comme suit :

- a)** pour la période de facturation 2004 (du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004), ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au deuxième trimestre de l'année 2003 ;
- b)** pour la période de facturation 2005 (du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005), ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16.

§ 2. Le montant par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} avril 2003 et le 30 juin 2003 est calculé comme suit :

- a)** pour la période de facturation 2004 (du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004), ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au troisième trimestre de l'année 2003 ;
- b)** pour la période de facturation 2005 (du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005) ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16.

§ 3. Le montant par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} juillet 2003 et le 30 septembre 2003 est fixé comme suit :

- a) pour la période allant du 1^{er} janvier 2004 au 31 mars 2004, ce montant s'élève à 14,05 euros ;
- b) pour le reste de la période de facturation 2004 (du 1^{er} avril 2004 au 31 décembre 2004), ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au quatrième trimestre 2003 ;
- c) le montant de la période de facturation 2005 (du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005) est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au quatrième trimestre 2003 et aux premier et deuxième trimestres 2004.

§ 4. Le montant par bénéficiaire et par jour pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} octobre 2003 et le 31 décembre 2003 est fixé comme suit :

- a) pour la période allant du 1^{er} janvier 2004 au 30 juin 2004, ce montant s'élève à 14,05 euros ;
- b) pour le reste de la période de facturation 2004 (du 1^{er} juillet 2004 au 31 décembre 2004), ce montant est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au premier trimestre 2004 ;
- c) le montant de la période de facturation 2005 (du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005) est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond aux premier et deuxième trimestres 2004.

§ 5. Pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} juillet 2002 et le 30 septembre 2002, le montant par bénéficiaire et par jour pour la période de facturation 2004 (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004) est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond au quatrième trimestre 2002 et aux premier et deuxième trimestres 2003.

§ 6. Pour une nouvelle institution agréée entre le 1^{er} octobre 2002 et le 31 décembre 2002, le montant par bénéficiaire et par jour pour la période de facturation 2004 (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004) est calculé selon les dispositions des articles 8 à 16, où la période de référence correspond aux premier et deuxième trimestres 2003.

CHAPITRE VI. - Des institutions non agréées

Art. 38.

Les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos pour personnes âgées, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, sont enregistrées par le Service en application de l'arrêté royal du 19 décembre 1997 fixant

les conditions auxquelles doivent répondre les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos pour personnes âgées, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, au sens de l'article 34, 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 39.

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

Art. 40.

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

Art. 41.

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

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

CHAPITRE VII. - Dispositions finales

Art. 42.

Les montants mentionnés dans le présent arrêté, à l'exception de ceux visés à l'article 13, §§ 7 et 8, et à l'article 41, alinéa 2, sont liés à l'indice pivot 109,45 dans la base 1996 = 100, à l'exception :

1° des montants visés aux articles 7 et 13, §§ 2 à 5, qui sont liés à l'indice pivot 110,51 dans la base 2004 = 100 ;

2° des montants visés à l'article 29, qui sont liés à l'indice-pivot 107,20 dans la base 2013 = 100.

Les montants visés à l'alinéa 1^{er} sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume dans le secteur public.

Art. 42/1.

Pour les calculs relatifs à la période de facturation 2021, à partir du 1^{er} octobre 2021, et pour les calculs relatifs à la période de facturation 2022, le service applique les normes de financement définies à l'article 2, §§ 2 et 3, en vigueur au 30 septembre 2021, si ce calcul se révèle plus favorable en ce qui concerne les parties A1 et A2 de l'allocation journalière pour l'institution.

Art. 43.

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

Art. 44.

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

Art. 45.

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

Art. 46.

§ 1^{er}. Le Service est chargé de l'exécution du présent arrêté. Il communique en temps utile aux institutions et aux organismes assureurs le montant de l'allocation complète ou partielle à laquelle chaque institution peut prétendre en vertu des dispositions contenues dans le présent arrêté, ainsi que le quota de journées visé à l'article 31.

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

Art. 47.

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

Art. 48.

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

Bruxelles, le 6 novembre 2003.

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

MODIFICATIONS

AGW du 9 DECEMBRE 2021 (M.B. 16-12-2021) – Articles modifiés : 2, 3, 6, 28ter, 29, 31, 35, 42 et 42/1

Entrée en vigueur : 01-10-2021 SAUF art. 3, §2, 4° (à la date fixée par le Gouvernement)

A.M. du 25 JUIN 2014 (M.B. 30-06-2014) – Articles modifiés : 4, 6, 20bis, 28ter et 30

Entrée en vigueur : 01-07-2013

A.M. du 26 MAI 2014 (M.B. 04-06-2014) – Article modifié : 16

Entrée en vigueur : 01-07-2014

A.M. du 5 DECEMBRE 2013 (M.B. 13-12-2013) – Articles modifiés : 28ter et 29octies

Entrée en vigueur : 01-07-2013

A.M. du 16 MAI 2013 (M.B. 19-06-2013) – Article modifié : 18

Entrée en vigueur : 01-07-2012 SAUF extension de lits MRPA (01-07-2013)

A.M. du 16 AVRIL 2013 (M.B. 30-04-2013) – Article modifié : 4

Entrée en vigueur : 01-07-2013 SAUF alinéa 1^{er} (01-07-2015)

A.M. du 5 DECEMBRE 2012 (M.B. 17-12-2012) – Articles modifiés : 1, 2, 4, 5, 6, 8, 13, 16, 19, 20, 21, 23, 26, 28bis, 28ter, 29ter, 30, 32, 33, 42 **ET** section 14

Entrée en vigueur : 01-01-2013

SAUF Article 3 : entre en vigueur à une date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI, après avis favorable de la Commission de contrôle budgétaire

Article 7, 30 (alinéa 1) (01-01-2011)

Articles 4, §2, 5 (alinéa 2), 8 §2 d), 11, 28ter §1^{er}, §2 et §4 (01-07-2011)

Article 13, §5, §8 (01-01-2012)

Article 6, g), section 6quater (01-04-2012)

Article 8, §1^{er}, §2 b), e) et f), 22, 28bis §3, 28ter §4, 21, 29, 29ter §5 (01-07-2013)

A.M. du 14 MARS 2012 (M.B. 29-03-2012) – Articles modifiés : 4, 6, 7, 8, 13, 28bis, 28ter, 28quater, 29ter, 30, 32 et 33.

Entrée en vigueur : 01-04-2011 SAUF article 9 (01-07-2011)

A.M. du 12 JANVIER 2011 (M.B. 02-03-2011) – Article modifié : 19

Entrée en vigueur : 01-10-2008

A.M. du 30 JUIN 2010 (M.B. 01-07-2010) – Articles modifiés : 3, 6, 7, 13, 29septies, 30 et 42.

Entrée en vigueur : 01-07-2010

A.M. du 4 MAI 2010 (M.B. 01-06-2010) – Articles modifiés : 1, 6, 8, 14, 22, 23, 28bis, 28ter, 29ter et 33.

Entrée en vigueur : 01-07-2010

SAUF les modifications apportées aux articles 22, 23 et 29ter (01-09-2010)

A.M. du 10 DECEMBRE 2009 (M.B. 18-12-2009) – Articles modifiés : 2, 5, 7, 8, 13, 14, 16, 18, 21, 21bis, 24, 27, 28, 29, 29ter, 29sexies, 31, 32, 33 et 35.

Entrée en vigueur : 01-01-2010

SAUF article 5 : 01-01-2009

article 19 : 01-07-2009

A.M. du 2 MARS 2009 (M.B. 09-03-2009) – Articles modifiés : 1, 6, 14, 28, 28bis et 30.

A.M. du 4 JUILLET 2008 (M.B. 10-07-2008) – Articles modifiés : 2, 3, 6, 8, 18, 21, 21bis, 29quater et 29quinquies.

Entrée en vigueur : 01-07-2008

SAUF la modification apportée à l'article 8 : 01-10-2007

A.M. du 10 MARS 2008 (M.B. 25-03-2008) – Articles modifiés : 6, 7, 13, 14, 20, 29bis, 29ter, 31, 33, 42. Entrée en vigueur : 01-04-2008

A.M. du 16 FEVRIER 2007 (M.B. 06-03-2007) – Articles modifiés : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 30, 32, 33, 34, 35 et 36.

Entrée en vigueur : 01-07-2007 SAUF les modifications apportées à :

- l'article 13, §§ 2 à 5 : 01-04-2006

- l'article 18 : 01-10-2005

- l'article 8 § 2 e) et f) : 01-07-2005

- les articles 12 et 36 § 4 : 01-07-2004

A.M. du 28 FEVRIER 2005 (M.B. 23-03-2005) – Articles modifiés : 1, 3, 13, 18, 21, 30, 36 et 37.

A.M. du 19 OCTOBRE 2004 (M.B. 05-11-2004) - Articles modifiés : 1, 5, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 36 et 37bis.