

<b>HOOFDSTUK I. - Begripsomschrijvingen</b>	<b>CHAPITRE Ier. - Définitions</b>	5
<b>HOOFDSTUK II. Algemene bepalingen</b>	<b>CHAPITRE II. - Dispositions générales</b>	6
<b>HOOFDSTUK III. – Het budget van financiële middelen</b>	<b>CHAPITRE III. - Le budget des moyens financiers</b>	7
<b>HOOFDSTUK IV. – Periode voor dewelke het budget toegekend wordt</b>	<b>CHAPITRE IV. - Période pour laquelle le budget est attribué</b>	7
<b>HOOFDSTUK V. – Vaststelling van het budget en van zijn onderscheidene delen, onderdelen en samenstellende bestanddelen</b>	<b>CHAPITRE V. - Fixation du budget et de ses parties, sous-parties et éléments constitutifs distincts</b>	7
<b>Afdeling I. - Het budget en zijn delen</b>	<b>Section I. - Le budget et ses parties</b>	8
<b>Afdeling II. - Bestanddelen van de onderscheidene delen van het budget en van hun onderdelen</b>	<b>Section II. – Eléments constitutifs des différentes parties du budget et de leurs sous-parties</b>	9
<b>Onderafdeling 1. - Algemene bepalingen</b>	<b>Sous-section 1. - Dispositions générales</b>	9
<b>Onderafdeling 2. - Deel A van het budget</b>	<b>Sous-section 2. - Partie A du budget</b>	9
<b>Onderafdeling 3. - Deel B van het budget</b>	<b>Sous-section 3. - Partie B du budget</b>	10
<b>Onderafdeling 4. - Deel C van het budget</b>	<b>Sous-section 4. - Partie C du budget</b>	17
<b>HOOFDSTUK VI. - Modaliteiten voor de vaststelling van het budget en criteria volgens dewelke de kosten worden aanvaard</b>	<b>CHAPITRE VI. - Modalités de fixation du budget et critères selon lesquels les coûts sont admis</b>	18
<b>Afdeling I. - Deel A van het budget</b>	<b>Section I. - Partie A du budget</b>	18
<b>Onderafdeling 1. - Onderdeel A1 van het budget</b>	<b>Sous-section 1. - Sous-partie A1 du budget</b>	18
<b>Onderafdeling 2. - Onderdeel A2 van het budget</b>	<b>Sous-section 2. - Sous-partie A2 du budget</b>	27
<b>Onderafdeling 3. - Onderdeel A3 van het budget</b>	<b>Sous-section 3. - Sous-partie A3 du budget</b>	28
<b>Afdeling II. – Deel B van het budget</b>	<b>Section II. - Partie B du budget</b>	30
<b>Onderafdeling 1. – Algemene bepalingen</b>	<b>Sous-section 1re. - Dispositions générales</b>	30
<b>Rubriek 1. – Onderdeel B1</b>	<b>Rubrique 1re. - Sous-partie B1</b>	30
<b>Rubriek 2. - Onderdeel B2</b>	<b>Rubrique 2. - Sous-partie B2</b>	31
<b>Onderafdeling 2. - Onderdeel B1 van het budget van de acute ziekenhuizen</b>	<b>Sous-section 2. - Sous-partie B1 du budget des hôpitaux aigus</b>	31
<b>Rubriek 1. - Samenstelling van de ziekenhuis-groepen</b>	<b>Rubrique 1re. - Composition des groupes d'hôpitaux</b>	31
<b>Rubriek 2. - Vaststelling van het forfait B1</b>	<b>Rubrique 2. - Fixation du forfait B1</b>	32
<b>Onderafdeling 3. - Onderdeel B1 van de geïsoliseerde G-diensten en van de Sp-diensten</b>	<b>Sous-section 3. - Sous-partie B1 des services G isolés et des services Sp</b>	38
<b>Onderafdeling 4. – Onderdeel B1 van de psychiatrische ziekenhuizen</b>	<b>Sous-section 4. - Sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques</b>	39
<b>Onderafdeling 4bis. - Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B1 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen</b>	<b>Sous-section 4bis. - Dispositions communes à la sous-partie B1 des hôpitaux généraux et psychiatriques</b>	41

<b>Onderafdeling 5.</b> – Onderdeel B2 van het budget van de acute ziekenhuizen	<b>Sous-section 5.</b> - Sous-partie B2 du budget des hôpitaux aigus	41
<b>Onderafdeling 6.</b> – Onderdeel B2 van de geïsoleerde G-diensten en van de Sp-diensten	<b>Sous-section 6.</b> – Sous-partie B2 des services G isolés et des services Sp	58
<b>Onderafdeling 6bis.</b> - Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van de algemene ziekenhuizen	<b>Sous-section 6bis.</b> – Dispositions communes à la sous-partie B2 des hôpitaux généraux	60
<b>Onderafdeling 7.</b> – Onderdeel B2 van de psychiatrische ziekenhuizen	<b>Sous-section 7.</b> – Sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques	60
<b>Onderafdeling 7bis.</b> - Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen	<b>Sous-section 7bis.</b> – Dispositions communes à la sous-partie B2 des hôpitaux généraux et psychiatriques	62
<b>Onderafdeling 7ter.</b> – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van alle ziekenhuizen	<b>Sous-section 7ter.</b> – Dispositions communes à la sous-partie B2 de tous les hôpitaux	63
<b>Onderafdeling 8.</b> - Onderdeel B3 van het budget	<b>Sous-section 8.</b> – Sous-partie B3 du budget	63
<b>Onderafdeling 9.</b> – Onderdeel B4 van het budget	<b>Sous-section 9.</b> - Sous-partie B4 du budget	64
<b>Onderafdeling 10.</b> - Onderdeel B5 van het budget	<b>Sous-section 10.</b> - Sous-partie B5 du budget	103
<b>Onderafdeling 11.</b> – Onderdeel B6 van het budget	<b>Sous-section 11.</b> - Sous-partie B6 du budget	109
<b>Onderafdeling 12.</b> – Onderdeel B7 van het budget	<b>Sous-section 12.</b> - Sous-partie B7 du budget	110
<b>Onderafdeling 13.</b> - Onderdeel B8 van het budget	<b>Sous-section 13.</b> - Sous-partie B8 du budget	112
<b>Onderafdeling 14.</b> - Onderdeel B9 van het budget	<b>Sous-section 14.</b> - Sous-partie B9 du budget	118
<b>Afdeling IIbis.</b> - Gemeenschappelijke bepalingen voor deel B, met uitzondering van B6, van het budget	<b>Section IIbis.</b> - Dispositions communes à la partie B, hors B6, du budget	134
<b>Afdeling III.</b> – Deel C van het budget	<b>Section III.</b> - Partie C du budget	135
<b>Onderafdeling I.</b> – Onderdeel C1 van het budget <b>(OPGEHEVEN)</b>	<b>Sous-section 1.</b> - Sous-partie C1 du budget <b>(ABROGEE)</b>	135
<b>Onderafdeling 2.</b> – Onderdeel C2 van het budget	<b>Sous-section 2.</b> - Sous-partie C2 du budget	135
<b>Onderafdeling 3.</b> – Onderdeel C3 van het budget	<b>Sous-section 3.</b> - Sous-partie C3 du budget	135
<b>Onderafdeling 4.</b> – Onderdeel C4 van het budget <b>(OPGEHEVEN)</b>	<b>Sous-section 4.</b> - Sous-partie C4 du budget <b>(ABROGEE)</b>	136
<b>Afdeling IV.</b> – Indexering van de delen van het budget	<b>Section IV.</b> – Indexation des parties du budget	136
<b>HOOFDSTUK VII.</b> – Vaststelling van het vaste en variabele gedeelte van het budget	<b>CHAPITRE VII.</b> – Fixation des parties fixe et variable du budget	136
<b>HOOFDSTUK VIII.</b> – Vaststelling van het referentieaantal bedoeld in artikel 97, §1, e), van de wet op de ziekenhuizen	<b>CHAPITRE VIII.</b> – Fixation du nombre de référence visé à l'article 97, §1, e), de la loi sur les hôpitaux	137
<b>HOOFDSTUK IX.</b> – Aanpassing van het budget	<b>CHAPITRE IX.</b> – Adaptation du budget	137
<b>Afdeling I.</b> – Acute ziekenhuizen	<b>Section I.</b> – Hôpitaux aigus	137
<b>Onderafdeling 1.</b> – Afschaffing van ziekenhuisbedden	<b>Sous-section 1.</b> – Suppression de lits hospitaliers	138
<b>Onderafdeling 2.</b> – Opening van ziekenhuisbedden	<b>Sous-section 2.</b> – Ouverture de lits hospitaliers	138
<b>Onderafdeling 3.</b> – Omschakeling van ziekenhuisbedden	<b>Sous-section 3.</b> – Reconversion de lits hospitaliers	138
<b>Afdeling II.</b> – Sp-diensten, geïsoleerde G-diensten en Psychiatrische Ziekenhuizen	<b>Section II.</b> – Services Sp, Services G isolés et Hôpitaux psychiatriques	139

<b>Afdeling III.</b> – Budgettaire neutralisatie	<b>Section III.</b> – Neutralisation budgétaire	139
<b>Afdeling IV.</b> – Bijzonder bedrag bedoeld in artikel 99 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987	<b>Section IV.</b> – Montant spécifique visé à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987	140
<b>Onderafdeling 1.</b> – Algemene bepalingen	<b>Sous-section 1.</b> – Dispositions générales	140
<b>Onderafdeling 2.</b> – Voorwaarden voor de toekenning	<b>Sous-section 2.</b> – Conditions d'octroi	140
<b>Onderafdeling 3.</b> – Wijze waarop het bijzonder bedrag wordt berekend en uitbetaald.	<b>Sous-section 3.</b> – Le mode de calcul et de liquidation du montant spécifique.	141
<b>Onderafdeling 4.</b> – Aanpassing van het bijzonder bedrag	<b>Sous-section 4.</b> – Adaptation du montant spécifique	142
<b>Onderafdeling 5.</b> – Controle en sancties	<b>Sous-section 5.</b> – Contrôle et sanctions	142
<b>HOOFDSTUK X. - Voorwaarden en regelen voor de herziening van het budget</b>	<b>CHAPITRE X – Conditions et règles de la révision du budget</b>	143
<b>Afdeling I.</b> - Herziening van sommige bestanddelen	<b>Section I.</b> - Révision de certains éléments	143
<b>Afdeling II.</b> - Herziening van de budgetten B1 en B2 ingevolge de niet-realisaie of overschrijding van het referentieaantal	<b>Section II.</b> - Révision des budgets B1 et B2 en raison de la non-réalisation ou du dépassement du nombre de référence	144
<b>HOOFDSTUK XI. - Nieuwbouw of belangrijke structurele wijzigingen</b>	<b>CHAPITRE XI. – Construction nouvelle ou importantes modifications structurelles</b>	144
<b>Afdeling I.</b> - Algemene bepalingen	<b>Section I.</b> - Dispositions générales	144
<b>Afdeling II.</b> - Nieuwbouw	<b>Section II.</b> – Construction nouvelle	144
<b>Afdeling III.</b> - Fusie van ziekenhuizen	<b>Section III.</b> - Fusion d'hôpitaux	145
<b>Afdeling 4.</b> – Specialisatie van ziekenhuizen	<b>Section 4.</b> – Spécialisation des hôpitaux	146
<b>HOOFDSTUK XII. - Gezinsplaatsing</b>	<b>CHAPITRE XII. - Placement familial</b>	147
<b>HOOFDSTUK XIII. – Vereffening van het budget</b>	<b>CHAPITRE XIII. – Liquidation du budget</b>	148
<b>Afdeling I.</b> – Patiënten die vallen onder één van de verzekerings-instellingen bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	<b>Section I.</b> – Patients relevant d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités	148
<b>Afdeling II.</b> – Patiënten die niet onder een in Afdeling I bedoelde verzekeringsinstelling vallen	<b>Section II.</b> – Patients ne relevant pas d'un organisme assureur visé à la Section I	149
<b>HOOFDSTUK XIV. - Slotbepalingen</b>	<b>CHAPITRE XIV. – Dispositions finales</b>	150

**Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen**

Erratum (BS van 03/10/2002)

**Officieuze coördinatie op 11/07/2023**

**Wijzigingen**

- (1) KB van 22/10/2002 (BS van 31/10/2002)
- (2) KB van 11/11/2002 (BS van 21/11/2002)
- (3) KB van 29/01/2003 (BS van 18/02/2003)
- (4) KB van 04/06/2003 (BS van 16/06/2003)
- (5) KB van 08/07/2003 (BS van 04/08/2003)
- (6) KB van 11/07/2003 (BS van 15/10/2003)
  - + erratum in BS van 17/12/2003
- (7) KB van 16/03/2004 (BS van 02/04/2004)
  - + erratum in BS van 13/05/2004
- (8) KB van 07/06/2004 (BS van 21/06/2004)
- (9) KB van 26/10/2004 (BS van 08/12/2004)
  - + erratum in BS van 29/12/2004
- (10) KB van 22/02/2005 (BS van 11/02/2005)
- (11) KB van 11/07/2005 (BS van 25/07/2005)
- (12) KB van 15/07/2005 (BS van 04/08/2005)
- (13) KB van 13/03/2006 (BS van 20/03/2003)
- (14) KB van 12/05/2006 (BS van 23/05/2006)
- (15) KB van 10/11/2006 (BS van 24/11/2006)
  - + erratum in BS van 16/01/2007
- (16) KB van 19/06/2007 (BS van 28/06/2007)
  - + erratum in BS van 09/08/2007
- (17) KB van 18/09/2008 (BS van 07/10/2008)
- (18) KB van 19/09/2008 (BS van 07/10/2008)
  - + erratum in BS van 17/10/2008
- (19) KB van 20/09/2009 (BS van 06/10/2009)
- (20) KB van 26/02/2010 (BS van 16/03/2010)
- (21) KB van 26/11/2010 (BS van 16/12/2010)
- (22) KB van 26/10/2011 (BS van 29/11/2011)
- (23) KB van 12/06/2012 (BS van 22/06/2012)
- (24) KB van 19/11/2012 (BS van 03/12/2012)
- (25) KB van 17/12/2012 (BS van 09/01/2013 p 687)
  - + erratum in BS van 22/03/2013
- (26) KB van 17/12/2012 (BS van 09/01/2013 p 697)
- (27) KB van 17/12/2012 (BS van 09/01/2013 p 678)
  - + erratum in BS van 23/01/2013
- (28) KB van 18/04/2013 (BS van 30/04/2013)
- (29) KB van 26/12/2013 (BS van 17/01/2014)
- (30) KB van 25/04/2014 (BS van 04/06/2014)
- (31) KB van 13/06/2014 (BS van 04/07/2014)
- (32) KB van 08/01/2015 (BS van 27/01/2015)
- (33) KB van 12/10/2015 (BS van 23/10/2015)
- (34) KB van 26/01/2016 (BS van 02/02/2016)
- (35) KB van 16/05/2016 (BS van 27/05/2016)
- (36) KB van 30/08/2016 (BS van 07/09/2016)
- (37) KB van 06/09/2016 (BS van 12/09/2016)
- (38) KB van 03/10/2016 (BS van 13/10/2016)

**Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux**

Erratum (MB du 03/10/2002)

**Coordination officieuse au 11/07/2023**

**Modifications**

- (1) AR du 22/10/2002 (MB du 31/10/2002)
- (2) AR du 11/11/2002 (MB du 21/11/2002)
- (3) AR du 29/01/2003 (MB du 18/02/2003)
- (4) AR du 04/06/2003 (MB du 16/06/2003)
- (5) AR du 08/07/2003 (MB du 04/08/2003)
- (6) AR du 11/07/2003 (MB du 15/10/2003)
  - + erratum au MB du 17/12/2003
- (7) AR du 16/03/2004 (MB du 02/04/2004)
  - + erratum au MB du 13/05/2004
- (8) AR du 07/06/2004 (MB du 21/06/2004)
- (9) AR du 26/10/2004 (MB du 08/12/2004)
  - + erratum au MB du 29/12/2004
- (10) AR du 22/02/2005 (MB du 11/03/2005)
- (11) AR du 11/07/2005 (MB du 25/07/2005)
- (12) AR du 15/07/2005 (MB du 04/08/2005)
- (13) AR du 13/03/2006 (MB du 20/03/2003)
- (14) AR du 12/05/2006 (MB du 23/05/2006)
- (15) AR du 10/11/2006 (MB du 24/11/2006)
  - + erratum au MB du 16/01/2007
- (16) AR du 19/06/2007 (MB du 28/06/2007)
  - + erratum au MB du 09/08/2007
- (17) AR du 18/09/2008 (MB du 07/10/2008)
- (18) AR du 19/09/2008 (MB du 07/10/2008)
  - + erratum au MB du 17/10/2008
- (19) AR du 20/09/2009 (MB du 06/10/2009)
- (20) AR du 26/02/2010 (MB du 16/03/2010)
- (21) AR du 26/11/2010 (MB du 16/12/2010)
- (22) AR du 26/10/2011 (MB du 29/11/2011)
- (23) AR du 12/06/2012 (MB du 22/06/2012)
- (24) AR du 19/11/2012 (MB du 03/12/2012)
- (25) AR du 17/12/2012 (MB du 09/01/2013 p 687)
  - + erratum au MB du 22/03/2013
- (26) AR du 17/12/2012 (MB du 09/01/2013 p 697)
- (27) AR du 17/12/2012 (MB du 09/01/2013 p 678)
  - + erratum au MB du 23/01/2013
- (28) AR du 18/04/2013 (MB du 30/04/2013)
- (29) AR du 26/12/2013 (MB du 17/01/2014)
- (30) AR du 25/04/2014 (MB du 04/06/2014)
- (31) AR du 13/06/2014 (MB du 04/07/2014)
- (32) AR du 08/01/2015 (MB du 27/01/2015)
- (33) AR du 12/10/2015 (MB du 23/10/2015)
- (34) AR du 26/01/2016 (MB du 02/02/2016)
- (35) AR du 16/05/2016 (MB du 27/05/2016)
- (36) AR du 30/08/2016 (MB du 07/09/2016)
- (37) AR du 06/09/2016 (MB du 12/09/2016)
- (38) AR du 03/10/2016 (MB du 13/10/2016)

(39) KB van 22/12/2016 (BS van 29/12/2016)	BMF 2017-1	(39) AR du 22/12/2016 (MB du 29/12/2016)
(40) KB van 24/01/2017 (BS van 26/01/2017)	BMF 2017-1	(40) AR du 24/01/2017 (MB du 26/01/2017)
(41) KB van 22/06/2017 (BS van 30/06/2017)	BMF 2017-2	(41) AR du 22/06/2017 (MB du 30/06/2017)
(42) KB van 21/07/2017 (BS van 02/08/2017)	BMF 2017-2	(42) AR du 21/07/2017 (MB du 02/08/2017)
(43) KB van 19/12/2017 (BS van 29/12/2017)	BMF 2018-1	(43) AR du 19/12/2017 (MB du 29/12/2017)
(44) KB van 01/02/2018 (BS van 08/02/2018)	BMF 2018-1	(44) AR du 01/02/2018 (MB du 08/02/2018)
(45) KB van 29/05/2018 (BS van 13/06/2018)	BMF 2018-2	(45) AR du 29/05/2018 (MB du 13/06/2018)
(46) KB van 24/06/2018 (BS van 28/06/2018)	BMF 2018-2	(46) AR du 24/06/2018 (MB du 28/06/2018)
(47) KB van 30/07/2018 (BS van 09/08/2018)	BMF 2018-2	(47) AR du 30/07/2018 (MB du 09/08/2018)
(48) KB van 30/10/2018 (BS van 13/11/2018)	BMF 2018-2	(48) AR du 30/10/2018 (MB du 13/11/2018)
		+ erratum in BS van 19/11/2018
(49) KB van 12/12/2018 (BS van 24/12/2018)	BMF 2019-1	(49) AR du 12/12/2018 (MB du 24/12/2018)
(50) KB van 15/01/2019 (BS van 31/01/2019)	BMF 2016-17	(50) AR du 15/01/2019 (MB du 31/01/2019)
(51) KB van 17/05/2019 (BS van 05/06/2019)	BMF 2019-1	(51) AR du 17/05/2019 (MB du 05/06/2019)
(52) KB van 12/06/2019 (BS van 20/06/2019)	BMF 2019-2	(52) AR du 12/06/2019 (MB du 20/06/2019)
(53) KB van 23/06/2019 (BS van 01/07/2019)	BMF 2019-2	(53) AR du 23/06/2019 (MB du 01/07/2019)
(54) KB van 08/09/2019 (BS van 13/09/2019)	BMF 2019-2	(54) AR du 08/09/2019 (MB du 13/09/2019)
		+ erratum in BS van 10/10/2019
(55) KB van 28/08/2020 (BS van 09/09/2020)	BMF 2020-1	(55) AR du 28/08/2020 (MB du 09/09/2020)
(56) KB van 10/09/2020 (BS van 17/09/2020)	BMF 2020	(56) AR du 10/09/2020 (MB du 17/09/2020)
(57) KB van 14/12/2020 (BS van 24/12/2020)	BMF 2020	(57) AR du 14/12/2020 (MB du 24/12/2020)
(58) KB van 17/07/2022 (BS van 12/08/2022)	BMF 2021	(58) AR du 17/07/2022 (MB du 12/08/2022)
(59) KB van 11/07/2023 (BS van 22/08/2023)	BMF 2023	(59) AR du 11/07/2023 (MB du 22/08/2023)

## HOOFDSTUK I. - Begripsomschrijvingen

**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit dient te worden verstaan onder :

- het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 : het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten;
- het koninklijk besluit van 14 augustus 1989: het koninklijk besluit van 14 augustus 1989 tot bepaling van de algemeen criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46bis, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen;
- het koninklijk besluit van 30 januari 1989: het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen;
- het koninklijk besluit van 12 augustus 2000: het koninklijk besluit van 12 augustus 2000 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

## CHAPITRE I<sup>er</sup>. - Définitions

**Article 1<sup>er</sup>.** Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par :

- l'arrêté ministériel du 2 août 1986 : l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation ;
- l'arrêté royal du 14 août 1989 : l'arrêté royal du 14 août 1989 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi sur les hôpitaux ;
- l'arrêté royal du 30 janvier 1989 : l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ;
- l'arrêté royal du 12 août 2000 : l'arrêté royal du 12 août 2000 fixant les normes auxquelles un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonné le 7 août 1987 ;

- het koninklijk besluit van 10 november 2001: het koninklijk besluit van 10 novembre 2001 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;
- de B-, C-, D-, E-, H-, L-, M-, MIC-, NIC-, G-, Sp-, A-, T- en K-diensten: respectievelijk de diensten voor tuberculosebehandeling, voor diagnose en heelkundige behandeling, voor diagnose en geneeskundige behandeling, voor kindergenees-kunde, voor gewone verpleging, voor besmettelijke aandoeningen, de kraamdiensten, voor intensieve kraamdiensten, voor intensieve neonatale zorgen, voor geriatrie, gespecialiseerd voor behandeling en functionele readaptatie, neuro-psychiatrische voor observatie en behandeling, psychiatrisch voor behandeling en neuro-psychiatrische voor kinderen;
- PAL en NAL: het verschil in aantal van respectievelijk de positieve ligdagen en negatieve ligdagen zoals bedoeld in artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986.

## HOOFDSTUK II. Algemene bepalingen

**Art. 2. § 1.** Dit besluit bepaalt voor de ziekenhuizen en bepaalde ziekenhuis-diensten:

a) de voorwaarden en regels voor de vaststelling van het aan het ziekenhuis toegekende budget van financiële middelen, hieronder "het budget" genoemd en van de verschillende delen ervan, met name :

- de periode voor dewelke het budget toegekend wordt;
- de splitsing van het budget in een vast gedeelte en variabel gedeelte;
- de criteria en modaliteiten van berekening, met inbegrip van de vaststelling van de verantwoorde activiteiten en de indexeringsmodaliteiten;
- wat het variabel gedeelte betreft: de vergoeding van de activiteiten, ten aanzien van een referentieaantal dat meer gerealiseerd is of niet gerealiseerd;
- de vaststelling van het referentieaantal bedoeld in het vorige lid met betrekking tot de activiteitenparameters die in rekening worden gebracht;
- de voorwaarden en modaliteiten ter herziening van bepaalde bestanddelen;

b) de modaliteiten voor de betaling van het budget van financiële middelen.

§ 2. In uitvoering van artikel 97, §1, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen zijn alle bepalingen van hetzelfde artikel, §1, tweede lid, van toepassing op de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van punt c) met betrekking tot de vaststelling van de verantwoorde activiteiten, dewelke overeenstemmen met de erkende bedden van dit type van afdeling of ziekenhuis.

§ 3. Dit besluit bepaalt eveneens de voorwaarden en regelen krachtens dewelke activiteiten in rekening kunnen worden gebracht bij de dekking van de kosten die veroorzaakt zijn door het naleven van de normen, rekening houdend met de specifieke omstandigheden die van aard zijn deze activiteiten te beïnvloeden en die een afwijkende regeling ten aanzien van de voormelde voorwaarden rechtvaardigen.

- l'arrêté royal du 10 novembre 2001 : l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant exécution de l'article 94, alinéa 3 de la loi sur les hôpitaux, coordonné le 7 août 1987 ;
- les services B, C, D, E, H, L, M, MIC, NIC, G, Sp, A, T et K : respectivement les services de traitement de la tuberculose, de diagnostic et traitement chirurgical, de diagnostic et traitement médical, de pédiatrie, d'hospitalisation simple, de maladies contagieuses, de maternité, de maternité intensive, de soins néonataux intensifs, de gériatrie, spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle, neuro-psychiatriques d'observation et de traitement, psychiatriques de traitement et de neuropsychiatrie infantile ;
- DJP et DJN : respectivement les nombres de différence de journées positive et de différence de journée négative visés à l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986.

## CHAPITRE II. - Dispositions générales

**Art. 2. § 1.** Le présent arrêté détermine pour les hôpitaux et certains services hospitaliers:

a) les conditions et règles de fixation du budget des moyens financiers accordé à l'hôpital, dénommé ci-après "le budget", et de ses divers éléments constitutifs et notamment :

- la période d'octroi du budget ;
- la scission du budget en une partie fixe et une partie variable ;
- les critères et modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation ;
- en ce qui concerne la partie variable, l'indemnisation des activités par rapport à un nombre de référence qui sont réalisés en plus ou qui ne sont pas réalisés ;
- la fixation du nombre de référence visé à l'alinéa précédent, concernant les paramètres d'activités pris en considération ;
- les conditions et les modalités de révision de certains éléments.

b) les modalités de paiement du budget des moyens financiers.

§ 2. En exécution de l'article 97, §1<sup>er</sup>, alinéa 3 de la loi sur les hôpitaux toutes les dispositions du même article, §1<sup>er</sup>, alinéa 2 sont applicables aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques à l'exception du point c) en ce qui concerne la fixation des activités justifiées, lesquelles sont assimilées aux lits agréés de ce type de section ou d'hôpital.

§ 3. Le présent arrêté détermine également les conditions et les règles suivant lesquelles des activités peuvent être prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes, en tenant compte des situations spécifiques susceptibles d'influencer ces activités et qui justifient un régime dérogatoire aux conditions et règles ainsi établies.

**Art. 3. § 1.** De bepalingen van dit besluit kunnen door Ons worden geconcretiseerd en desgevallend aangevuld door regelen die specifiek gelden voor één of voor meerdere dienstjaren.

§ 2. Onder dienstjaar wordt verstaan, de periode die begint op 1 juli van een jaar en op 30 juni van het volgende jaar eindigt.

### **HOOFDSTUK III. – Het budget van financiële middelen**

**Art. 4.** Overeenkomstig artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen bepaalt de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheden heeft een budget van financiële middelen voor elk ziekenhuis, bestaande uit een vast en een variabel gedeelte. In voorkomend geval kan op 1 januari van ieder jaar een wijziging van het budget gebeuren.

[(56) In voorkomend geval, in geval van onmogelijkheid om een budget van financiële middelen te berekenen ten gevolge van een situatie van ramp, catastrofe, epidemie, pandemie bepaald volgens de voorwaarden bedoeld in artikel 101 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen of in geval van overmacht, blijft het laatste berekende budget van financiële middelen van toepassing.]

**Art. 5. § 1.** Voor de hieronder bedoelde diensten wordt er een afzonderlijk budget vastgesteld:

1º gespecialiseerde diensten voor de behandeling en de readaptatie (kenletter Sp) buiten Sp-diensten voor palliatieve verzorging en psychogeriatrische aandoeningen Sp-diensten in de psychiatrische ziekenhuizen, hierna Sp-diensten genoemd, welke deel uitmaken van een ziekenhuisentiteit met één of meer diensten van verschillende aard;

2º de gespecialiseerde diensten voor de behandeling en de readaptatie - Sp-diensten voor palliatieve zorgen;

3º de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden die aan de criteria bedoeld in bijlage 1 van dit besluit voldoen.

§ 2. De bepalingen van dit besluit met betrekking tot de ziekenhuizen, gelden mutatis mutandis voor de in §1 bedoelde diensten.

### **HOOFDSTUK IV. – Periode voor dewelke het budget toegekend wordt**

**Art. 6.** Behoudens expliciete vermelding wordt het budget voor een dienstjaar vastgesteld.

### **HOOFDSTUK V. – Vaststelling van het budget en van zijn onderscheidene delen, onderdelen en samenstellende bestanddelen**

**Art. 3. § 1er.** Les dispositions du présent arrêté peuvent être concrétisées par Nous et, le cas échéant, complétées par des règles spécifiques à un ou plusieurs exercices.

§ 2. Par exercice, il faut entendre la période qui débute le 1<sup>er</sup> juillet d'une année et se termine le 30 juin de l'année suivante.

### **CHAPITRE III. - Le budget des moyens financiers**

**Art. 4.** Conformément à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions fixe un budget des moyens financiers pour chaque hôpital, composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Le cas échéant, une modification du budget peut intervenir le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

[(56) Le cas échéant, en cas d'impossibilité de calculer un budget des moyens financiers à la suite d'une situation de catastrophe, calamité, épidémie, pandémie déterminées selon les conditions visées à l'article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ou d'un cas de force majeure, le dernier budget des moyens financiers calculé reste d'application.]

**Art. 5. § 1er.** Pour les services mentionnés ci-dessous, est fixé un budget distinct:

1º les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (index Sp) hors services Sp soins palliatifs et hors services Sp affections psycho-gériatriques dans les hôpitaux psychiatriques, dénommés ci-après services Sp, faisant partie d'un ensemble hospitalier comptant un ou plusieurs services de type différent;

2º les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation – services Sp soins palliatifs ;

3º les unités de traitement de grands brûlés répondant aux critères repris en annexe 1 du présent arrêté.

§ 2. Les dispositions du présent arrêté relatives aux hôpitaux s'appliquent, mutatis mutandis, aux services visés au §1er.

### **CHAPITRE IV. - Période pour laquelle le budget est attribué**

**Art. 6.** Sauf mention explicite, le budget est fixé pour un exercice.

### **CHAPITRE V. - Fixation du budget et de ses parties, sous-parties et éléments constitutifs distincts**

## Afdeling I. - Het budget en zijn delen

**Art. 7.** Het budget dat voor elk ziekenhuis wordt vastgesteld, bestaat uit drie delen:

1º Deel A dat bestaat uit drie onderdelen die respectievelijk volgende soorten van lasten dekken:

[(30) a) Onderdeel A1: de investeringslasten en de aanloopkosten;]

b) Onderdeel A2: de korte termijn kredietlasten;

c) Onderdeel A3: investeringslasten van medisch-technische diensten.

2º Deel B bestaat uit [(19) negen onderdelen] die respectievelijk volgende soorten lasten dekken:

a) Onderdeel B1: de kosten voor de gemeenschappelijke diensten;

b) Onderdeel B2: de kosten voor de klinische diensten;

c) Onderdeel B3: de werkingskosten voor medisch-technische diensten;

d) Onderdeel B4: de kosten die gedekt worden door het bijzonder bedrag voorzien in artikel 99 van de voormelde wet op de ziekenhuizen evenals de kosten die op een forfaitaire wijze worden gedeckt;

e) Onderdeel B5: kosten voor de werking van de ziekenhuisapotheek;

f) Onderdeel B6: de kosten voortvloeiend uit de aanvullende voordelen, waarin voorzien wordt door de sociale akkoorden van 4 juli 1991, 22 november 1991, 1 maart 2000 en 28 november 2000, toegekend aan het ziekenhuispersoneel waarvan de financiering geheel of gedeeltelijk ten laste valt van de erelonen en die hun oorsprong vinden in de in artikel 95, 2º, van de wet op de ziekenhuizen bedoelde gezondheidsverstrekkingen;

g) Onderdeel B7: de specifieke kosten voor de specifieke taken op het gebied van de patiëntenzorg, [(49) opgeheven] het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten.

Onderdeel B7 wordt gesplitst in :

[(16) 1. een onderdeel B7A voor de universitaire ziekenhuizen, aangewezen bij koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot aanwijzing van ziekenhuizen als universitair ziekenhuis; ]

2. een onderdeel B7B voor de ziekenhuizen die genieten van een financiering voorzien voor de ontwikkeling, de evaluatie en de toepassing van de nieuwe medische technologieën [(49) opgeheven] behoudens de ziekenhuizen die genieten van de B7A;

h) Onderdeel B8: de specifieke kosten van een ziekenhuis met een op sociaal-economisch vlak zeer zwak patiëntenprofiel.

[(14) [(58) i) onderdeel B9: de kosten voortvloeiend uit de aanvullende voordelen toegekend aan het ziekenhuispersoneel via de akkoorden betreffende de non-profitsector.]]

## Section I. - Le budget et ses parties

**Art. 7.** Le budget fixé pour chaque hôpital est composé de trois parties :

1º la Partie A qui comporte trois sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :

[(30) a) Sous-partie A1 : les charges d'investissement et les frais de pré-exploitation;]

b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme;

c) Sous-partie A3 : charges d'investissement des services médico-techniques.

2º la Partie B qui comporte [(19) neuf sous-parties] couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :

a) Sous-partie B1 : les coûts des services communs;

b) Sous-partie B2 : les coûts des services cliniques ;

c) Sous-partie B3 : les frais de fonctionnement des services médico-techniques ;

d) Sous-partie B4 : les coûts qui sont couverts par le montant spécifique prévu à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée ainsi que ceux couverts d'une manière forfaitaire ;

e) Sous-partie B5 : des coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière ;

f) Sous-partie B6 : les coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux des 4 juillet 1991, 22 novembre 1991, 1<sup>er</sup> mars 2000 et 28 novembre 2000, octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou partie, à charge des honoraires et qui sont occasionnés par des prestations de santé visées à l'article 95, 2º de la loi sur les hôpitaux ;

g) Sous-partie B7 : les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, [(49) abrogés], de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.

Cette sous-partie B7 est scindée en :

[(16) 1. une sous-partie B7A qui concerne les hôpitaux universitaires désignés par l'arrêté royal du 10 août 2005 désignant des hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire ; ]

2. une sous-partie B7B qui concerne les hôpitaux bénéficiant du financement prévu en matière de développement, d'évaluation et d'application des nouvelles technologies médicales [(49) abrogés] hormis les hôpitaux bénéficiant du B7A ;

h) Sous-partie B8 : les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.

[(14) [(58) i) sous-partie B9 : les coûts découlant des avantages particuliers octroyés au personnel hospitalier par les accords concernant le secteur non-marchand.]]

[(30) 3º Deel C dat bestaat uit drie onderdelen die respectievelijk de volgende soorten van kosten dekken:

a) Onderdeel C2: de kosten met betrekking tot vorige of lopende dienstjaren die via inhaalbedragen worden gerectificeerd;

b) Onderdeel C3: het te verminderen bedrag voor de eenpersoonskamers waarvoor overeenkomstig artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, supplementen boven het budget van financiële middelen worden geïnd;]

[(46) c) opgeheven]]

## Afdeling II. - Bestanddelen van de onderscheidene delen van het budget en van hun onderdelen

### Onderafdeling 1. - Algemene bepalingen

[(22) **Art. 8.** De onderscheidene delen en onderdelen van het budget van een ziekenhuis dekken, binnen de hierna bepaalde voorwaarden en regelen, de kost van de verschillende bestanddelen bedoeld in de artikelen 9 tot en met 23, voor zover die betrekking heeft op de volgende diensten:

**a)** de verpleegeenheden voor de in artikel 7, 1º, a) en b), 2º, a), b), d), g) en h) en [(30) 3º, a), b) en c)] bedoelde elementen;

**b)** de hiernavolgende hulpdiensten: de anesthesie, het operatiekwartier, de gipskamer, het verloskwartier, de centrale sterilisatie, de spoedgevallendienst, de aan de A-, T-, K-, G- en Sp-diensten verbonden revalidatie- en readaptatie-diensten voor de in artikel 7, 1º, a) en b) en 2º, a), b) en d) en [(30) 3º, a)] bedoelde elementen;

**c)** de volgende medisch-technische diensten: de magnetische resonantie tomograaf met geïntegreerd elektronisch telsysteem, de radiotherapiedienst, de scanners met positronemissie, voor de in artikel 7, 1º, c) en 2º, c) bedoelde elementen;

**d)** de apotheek, zoals bedoeld in artikel 7, 1º, a), 2º, c) [(30) opgeheven];

**e)** de daghospitalisatie wat betreft de elementen bedoeld in artikel 7, 1º, a) en b), 2º, a), b) en d), voor de financiering van de maatregelen bedoeld in artikel 71 van dit besluit, [(30) en 3º, b)];

**f)** het geheel van de diensten bedoeld in de kostenplaatsen 020 tot en met 909, zoals bepaald in bijlage 2 “Lijst en codering van de rekeningen van kosten die wachten op een bestemming en van de kostenplaatsen” van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningensysteem voor de ziekenhuizen, voor het in artikel 7, 2º, i), opgenomen element.]

### Onderafdeling 2. - Deel A van het budget

[(21) [(30) **Art. 9.** Onderdeel A1 heeft betrekking op de investeringslasten en de aanloopkosten.

De bestanddelen waarvan de kost door onderdeel A1 van het budget wordt gedekt, zijn:

1º de afschrijving van de lasten van opbouw;

[(30) 3º la Partie C qui comporte trois sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants:

a) Sous-partie C2 : les coûts relatifs à des exercices précédents ou en cours qui sont rectifiés par des montants de rattrapage;

b) Sous-partie C3 : le montant à diminuer pour les chambres à un lit pour lesquelles, conformément à l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus ;

[(46) c) abrogé]]

## Section II. – Eléments constitutifs des différentes parties du budget et de leurs sous-parties

### Sous-section 1. - Dispositions générales

[(22) **Art. 8.** Les différentes parties et sous-parties du budget d'un hôpital couvrent, dans les limites des conditions et règles fixées ci-après, le coût des différents éléments constitutifs visé aux articles 9 à 23 inclus pour autant qu'il se rapporte aux services suivants:

**a)** les unités de soins pour les éléments visés à l'article 7, 1º, a) et b), 2º, a), b), d), g) et h) et [(30) 3º, a), b) et c)];

**b)** les services auxiliaires suivants: l'anesthésie, le quartier opératoire, la salle de plâtre, le quartier d'accouchements, la stérilisation centrale, le service des urgences, les services de revalidation et de réadaptation liés aux services A, T, K, G et Sp pour les éléments visés à l'article 7, 1º, a) et b), 2º, a), b) et d) et [(30) 3º, a)];

**c)** les services médico-techniques suivants : le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, le service de radiothérapie, les scanners à émission de positrons pour les éléments visés à l'article 7, 1º, c) et 2º, c);

**d)** la pharmacie, comme visée à l'article 7, 1º, a), 2º, c) [(30) abrogés];

**e)** l'hospitalisation de jour pour les éléments visés à l'article 7, 1º, a) et b), 2º, a), b) et d), en ce qui concerne le financement des mesures visées à l'article 71 du présent arrêté, [(30) et 3º, b,];

**f)** l'ensemble des services visés par les centres de frais 020 à 909, tels que définis dans l'annexe 2 ‘Liste et codage des comptes de charges en attente d'affectation et des centres de frais’ de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, pour l'élément repris à l'article 7, 2º, i).]

### Sous-section 2. - Partie A du budget

[(21) [(30) **Art. 9.** La sous-partie A1 concerne les charges d'investissements et les frais de pré-exploitation.

Les éléments constitutifs dont le coût est couvert par la sous-partie A1 du budget, sont:

1º l'amortissement des charges de construction;

2° de afschrijving van de lasten van uitrusting en apparatuur;

3° de afschrijving van de lasten van grote onderhoudswerken, meer bepaald van belangrijke herstellings- en onderhoudswerken, al dan niet periodiek;

4° de afschrijving van de lasten voor herconditioneringswerken, meer bepaald grote verbouwingen die de structuur van het gebouw niet wijzigen – zoals, onder andere, de wijziging van de bestemming van de plaatsen of de verandering van de aard of configuratie binnen de bestaande structuur – en die geen nieuwbouw, noch een uitbreiding van bestaande gebouwen zijn;

5° de afschrijving van de lasten voor investeringen in het kader van duurzame ontwikkeling;

6° de afschrijving van de lasten voor de aankoop van rollend materiaal;

7° de afschrijving van de lasten voor een eerste inrichting;

8° de financiële lasten, meer bepaald de lasten van leningen aangegaan ter financiering van de hierboven vermelde investeringen;

9° de aanloopkosten, luidende:

a) voor de bestaande ziekenhuizen of bestaande ziekenhuisdiensten:

1° de oprichtingskosten van een V.Z.W. of van andere rechtspersonen zonder wistoogmerk;

2° de kosten van hypothecaire akten.

b) voor de ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten in opbouw:

1° de bouwbelastingen;

2° de verzekerkosten;

3° de kosten van verwarming;

4° de kosten van schoonmaak voor de ingebruikstelling;

5° de financiële lasten van leningen of overbruggingskredieten voor financiering van het eigen aandeel;

6° de notaris- en registratiekosten ingevolge de sub 5° bedoelde leningen.

Voor de toepassing van dit besluit worden de lasten voor het huren van gebouwen gelijkgesteld met afschrijvingen.]]

**Art. 10.** Onderdeel A2 van het budget heeft betrekking op de korte termijn kredietlasten. Het dekt de financiële lasten van de korte termijn kredietlasten om de normale werking van de in artikel 8 bedoelde verpleegenheden en diensten te verzekeren.

**Art. 11.** Onderdeel A3 van het budget dekt de investeringslasten van de medisch-technische diensten bedoeld in artikel 8, c), en dit zowel voor de uitrusting als voor de gebouwen waarin deze worden geïnstalleerd.

### Onderafdeling 3. - Deel B van het budget

2° l'amortissement des charges d'équipement et d'appareillage;

3° l'amortissement des charges de gros travaux d'entretien, plus précisément les travaux importants de réparation et d'entretien, périodiques ou non ;

4° l'amortissement des travaux de reconditionnement, c'est-à-dire d'importantes transformations qui ne modifient pas la structure du bâtiment – comme, entre autres, la modification de l'affectation des lieux ou le changement de la nature ou de configuration au sein de la structure existante – et qui ne sont ni de nouvelles constructions ni des extensions de bâtiments existants;

5° l'amortissement des charges d'investissements réalisés dans le cadre du développement durable;

6° l'amortissement des charges de l'achat du matériel roulant ;

7° l'amortissement des charges de première installation ;

8° les charges financières, c'est-à-dire les charges d'intérêt des emprunts contractés pour le financement des investissements susmentionnés ;

9° les frais de pré-exploitation, comme suit :

a) pour les hôpitaux ou services hospitaliers existants :  
1° les frais de constitution d'une A.S.B.L. ou de toute personne morale sans but lucratif ;  
2° les frais d'actes hypothécaires.

b) pour les hôpitaux ou services hospitaliers en construction :

1° les taxes sur la construction ;  
2° les frais d'assurance ;  
3° les frais de chauffage ;  
4° les frais de nettoyage avant la mise en service ;  
5° les charges financières d'emprunts ou de crédits intercalaires pour le financement de la partie propre ;  
6° les frais de notaire et d'enregistrement résultant des emprunts visés au 5°.

Pour l'application de cet arrêté, les charges de loyer sont assimilées aux charges d'amortissement.]]

**Art. 10.** La sous-partie A2 du budget concerne les charges de crédits à court terme. Elle couvre les charges financières des crédits à court terme contractés en vue d'assurer le fonctionnement normal des unités de soins et des services visés à l'article 8.

**Art. 11.** La sous-partie A3 du budget couvre les charges d'investissement des services médico-techniques visés à l'article 8, c), tant pour l'équipement que pour les immeubles où ils sont installés.

### Sous-section 3. - Partie B du budget

**Art. 12. § 1.** Onderdeel B1 van het budget heeft betrekking op de gemeenschappelijke diensten met name:

- a) algemene kosten;
- b) onderhoud;
- c) verwarming;
- d) administratie;
- e) was en linnen;
- f) voeding;
- g) internaat.

**§ 2.** De onderscheidene bestanddelen van ieder der gemeenschappelijke diensten waarvan de kost door onderdeel B1 van het budget worden gedekt zijn:

**a) voor de algemene kosten:**

- 1° de personeelslasten van huisbewaarders, portiers, nachtwakers, parkingbewakers, tuiniers, liftpersoneel, wagenbestuurders uitgezonderd deze van ziekenwagens;
- 2° de werkings- en onderhoudskosten van siertuinen, wegen, koeren, parkings, vervoermiddelen met uitzondering van die van ziekenwagens;

3° de vervoerkosten voor het:

- interne en externe vervoer van de verbruiksgoederen;
- interne patiëntenvervoer;
- externe patiëntenvervoer op voorwaarde dat dit vervoer niet het gevolg is van een opname in een ander ziekenhuis;
- vervoer van bloed.

4° de belastingen en taksen, zoals patrimoniumtaksen, onroerende voorheffingen, belastingen op het afhalen van huisvuil en afvalstoffen of op de aansluiting op het rioolnet, alsmede die op gevaarlijke, hinderlijke en schadelijke bedrijven en op tewerkgesteld personeel;

5° de verzekerkosten voor risico's van brand, waterschade en andere risico's, voor burgerrechterlijke aansprakelijkheid van de instelling en van het tewerkgesteld personeel [(14) [(39)]] ;

6° de kosten van brandbestrijding;

7° de kosten van ophaling en behandeling van vuilnis en van afvalstoffen;

8° de kosten van erediensten en gelijkgestelde diensten;

9° de kosten van het mortuarium.

**b) voor de kosten voor onderhoud:**

1° de kosten van personeel voor schoonmaak, technisch onderhoud, en veiligheid;

2° de normale kosten van schoonmaak, van technisch onderhoud, en van de herstelling van werkhuizen;

3° de kosten van water, gas en elektriciteit;

4° de onderhoudskosten van de liften en de verwarming.

**Art. 12. § 1<sup>er</sup>.** La sous-partie B1 du budget concerne les services communs:

- a) frais généraux
- b) entretien;
- c) chauffage;
- d) administration;
- e) buanderie et lingerie;
- f) alimentation;
- g) internat.

**§ 2.** Les différents éléments constitutifs de chacun des services communs dont le coût est couvert par la sous-partie B1 du budget sont :

**a) pour les frais généraux:**

1° les frais de personnel se rapportant aux concierges, portiers, veilleurs de nuit, gardiens de parkings, jardiniers, personnel d'ascenseur, conducteurs de voitures à l'exception des ambulances;

2° les frais de fonctionnement et d'entretien des jardins d'agrément, chemins, cours, parkings, moyens de transport à l'exception des ambulances;

3° les frais de transport :

- interne et externe des biens de consommation;
- interne des patients ;
- externe des patients à condition que ce transport ne soit pas nécessité par une hospitalisation dans un autre hôpital ;
- du sang.

4° les impôts et taxes, tels que taxes sur le patrimoine, précompte immobilier, impôt sur enlèvement des immondices et des déchets ou sur le raccordement aux égouts ainsi que sur les entreprises dangereuses, incommodes et insalubres, et sur le personnel occupé;

5° les frais d'assurances contre les risques d'incendie, dégâts des eaux et autres risques, pour la responsabilité civile de l'établissement et du personnel occupé [(14) [(39) abrogés]] ;

6° les frais de lutte contre l'incendie;

7° les frais de collecte et de traitement des immondices et des déchets;

8° les frais du culte et des services assimilés;

9° les frais de la morgue.

**b) pour les frais d'entretien:**

1° les frais du personnel de nettoyage, d'entretien technique et de sécurité;

2° les frais normaux de nettoyage, d'entretien technique et de réparation d'ateliers;

3° les frais d'eau, de gaz et d'électricité ;

4° les frais d'entretien des ascenseurs et du chauffage.

**c) voor de kosten van verwarming :**

- 1° de kosten van het personeel voor het toezicht op de verwarmingsinstallaties;
- 2° de kosten van brandstoffen;
- 3° de herstellingskosten van de stookinstallaties.

**d) voor de administratieve kosten:**

- 1° de personeels- en werkingskosten van de directie, de administratie, de boekhouding, de personeelsdienst, het onthaal, de sociale dienst voor de patiënten, de tarificatie, de geschillen, de gecentraliseerde archieven, de kasdienst, het economaat, de magazijnen, de telefooncentrale, de deurwachters, de loopjongens en de boodschappers;
- 2° de kosten van beheer en representatie;
- 3° de informaticakosten;
- 4° de kosten voor aansluiting bij ziekenhuisorganisaties;
- 5° de kantoorbenodigdheden, drukwerken en documentatie;
- 6° de verzendingskosten;
- 7° de kosten voor de werving van personeel, de kosten voor opleiding en vervolmaking, waarin door artikel 15, 10°, niet wordt voorzien;
- 8° de kosten voor het functioneren van verschillende raden en comités die ingesteld zijn krachtens de vigerende wetgeving.

Indien de beheerde taken vervult in verband met de tarificatie, de facturatie en de inning van honoraria, dan worden voor de toepassing van dit besluit de administratiekosten forfaitair verminderd, naar gelang van het geval, met 2%, 4% of 6% van de geïnde honoraria of met elk ander bedrag, mits dat bedrag, dat overeenstemt met het reglement betreffende de werking van de inningsdienst, afgehouden wordt bij toepassing van artikel 140, §2, van de wet op de ziekenhuizen.

**e) voor de kosten van was en linnen:**

- 1° de kosten van personeel en werking van wasserij en linnenkamer;
- 2° de aankoopkosten van linnen, beddengoed, wanproducten en herstelbenodigdheden.

**f) voor de voedingskosten:**

- 1° de kosten van het personeel en de werking van de keuken;
- 2° de aankoopkosten van voedingsproducten en dranken;
- 3° de kosten van het personeel van de dieetkeuken en de kosten voor de aankoop van dieetproducten.

**g) voor de internaatskosten:**

- 1° de kosten van lokalen voorbehouden voor het inwonend personeel, tewerkgesteld in het ziekenhuis of de ziekenhuisdiensten;
- 2° de kosten van personeelsvoorzieningen (kleedkamers, eetzalen, eetmalen).

**Art. 13.** De bestanddelen waarvan de kostprijs door onderdeel B2 van het budget wordt gedekt zijn:

- 1° de kosten van het verplegend en verzorgend personeel [(11)+(25), behalve de instrumentisten van de operatieafdeling ; ]

**c) pour les frais de chauffage:**

- 1° les frais du personnel de surveillance des installations de chauffage;
- 2° les frais de combustibles;
- 3° les frais de réparation des installations de chaufferie.

**d ) pour les frais administratifs:**

- 1° les frais de personnel et de fonctionnement de la direction, de l'administration, de la comptabilité, du service du personnel, de l'accueil, du service social pour les patients, de la tarification, du contentieux, des archives centralisées, du service de caisse, de l'économat, des magasins, du central téléphonique, des messagers-huissiers, garçons de course et commissionnaires;
- 2° les frais de gestion et de représentation;
- 3° les frais d'informatique;
- 4° les frais d'affiliation aux organisations hospitalières;
- 5° les fournitures de bureau, imprimés et documentation;
- 6° les frais d'expédition;
- 7° les frais de recrutement du personnel, les frais de formation et de perfectionnement autres que ceux visés à l'article 15, 10°;
- 8° les frais de fonctionnement des différents conseils et comités institués en vertu de la législation en vigueur.

Si le gestionnaire accomplit des tâches se rapportant à la tarification, à la facturation et à la perception des honoraires, pour l'application du présent arrêté, les frais administratifs seront diminués forfaitairement, selon le cas, de 2%, 4% ou 6% des honoraires perçus ou de tout autre montant pour autant que ce montant, correspondant au règlement relatif au fonctionnement du service de perception, soit retenu en application de l'article 140, §2, de la loi sur les hôpitaux.

**e) pour les frais de buanderie et lingerie:**

- 1° les frais de personnel et de fonctionnement de la buanderie-lingerie;
- 2° les frais d'achat de linge, literie, produits de lessivage et fournitures pour réparation.

**f) pour les frais d'alimentation:**

- 1° les frais du personnel et de fonctionnement de la cuisine;
- 2° les frais d'achat des produits alimentaires et boissons;
- 3° les frais du personnel de cuisine diététique et les frais d'achat de produits diététiques.

**g) pour les frais d'internat:**

- 1° les frais des locaux réservés au personnel interne occupé dans l'hôpital ou les services hospitaliers;
- 2° les frais des commodités prévues pour le personnel (vestiaires, réfectoires, repas).

**Art. 13.** Les éléments constitutifs dont le coût est couvert par la sous-partie B2 du budget sont:

- 1° les frais du personnel infirmier et soignant [(11)+(25), hormis les instrumentistes du quartier opératoire ; ]

2° de kosten van de courante geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 1, 1° van het koninklijk besluit van 6 juni 1960 betreffende de fabricage, de bereiding en distributie in het groot en de terhandstelling van geneesmiddelen, en de kosten van medische gassen en magistrale bereidingen;

[(39) [(43) 3° de verbandmiddelen;]]

[ (1) 4° de medische verbruiksgoederen, de producten voor de zorgverlening en het klein instrumentarium; ]

5° de kosten van bewaring van het bloed;

6° de kosten van revalidatie en herscholing met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten in de A-, T-, K-, G en Sp- diensten.

[(16) 7° de extra kosten die verband houden met het sociale profiel van het ziekenhuis.]

**Art. 14.** Onderdeel B3 van het budget heeft betrekking op de in artikel 8, c) bedoelde medisch-technische diensten. De bestanddelen waarvan de kosten gedekt worden door onderdeel B3 van het budget, zijn:

1° de kosten van onderhoud voor de uitrusting en van de lokalen;

2° de kosten van verbruiksgoederen;

3° de algemene onkosten;

4° de kosten van verplegend en technisch gekwalificeerd personeel;

5° de administratiekosten.

**Art. 15.** Onderdeel B4 bevat de middelen die forfaitair de lasten dekken met betrekking tot:

1° de verbetering van de kwaliteit van de zorgverstrekking zoals bedoeld in artikel 99 van voormelde wet op de ziekenhuizen; de toegekende middelen vertegenwoordigen een deel van het budget dat door de buitengebruikstelling van bedden vrijgemaakt wordt;

2° de hoofdgeneesheer;

3° de verpleegkundige en geneesheer-ziekenhuishygiénist en de registratie van de nosocomiale ziekenhuisinfecties;

4° de registratie van de minimale verpleegkundige gegevens, de minimale klinische gegevens, de minimale psychiatrische gegevens en de activiteit van de spoedgevallendienst en de MUG;

5° de bedrijfsrevisor;

6° het personeel toegekend aan de openbare ziekenhuizen om het intern transport van de gehospitaliseerde patiënten te verzekeren;

7° samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten die als overlegplatform fungeren alsmede initiatieven die betrekking hebben op de verwezenlijking van piloot projecten betreffende de bemiddelingsfunctie in de sector psychiatrie;

8° de evaluatie van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteiten en de bevordering van de integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten;

9° de kosten die met de overeenkomsten van eerste tewerkstelling gepaard gaan;

2° les frais des médicaments courants visés à l'article 1, 1° de l'arrêté royal du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur distribution, et les frais des gaz médicaux et préparations magistrales ;

[(39) [(43) 3° les pansements ;]]

[ (1) 4° les produits médicaux de consommation, les produits pour la dispensation des soins et les petits instruments ; ]

5° les frais de conservation du sang;

6° les frais de rééducation et de réadaptation relatifs aux patients hospitalisés dans les services A, T, K, G et Sp.

[(16) 7° les coûts supplémentaires liés au profil social de l'hôpital.]

**Art. 14.** La sous-partie B3 du budget porte sur les services médico-techniques visés à l'article 8, c). Les éléments dont le coût est couvert par la sous- partie B3 du budget, sont:

1° les frais d'entretien de l'équipement et des locaux;

2° le coût des biens de consommation;

3° les frais généraux;

4° les frais du personnel infirmier et technique qualifié;

5° les frais d'administration.

**Art. 15.** La sous-partie B4 comprend les moyens qui couvrent d'une manière forfaitaire les charges concernant :

1° l'amélioration de la qualité de la dispensation de soins visée à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée. Les moyens attribués représentent une partie du budget libéré par la désaffectation des lits ;

2° le médecin-chef ;

3° l'infirmière et le médecin hygiénistes hospitaliers et l'enregistrement des infections nosocomiales ;

4° l'enregistrement du résumé infirmier minimum, du résumé clinique minimum, du résumé psychiatrique minimum et de l'activité du service des urgences et du SMUR ;

5° le réviseur d'entreprise ;

6° le personnel accordé aux hôpitaux publics pour assurer le transport interne des patients hospitalisés ;

7° les accords de collaboration entre des institutions et services psychiatriques qui fonctionnent en tant que plate-forme de concertation et les initiatives portant sur la réalisation d'études pilotes relatives à la fonction de médiation dans le secteur psychiatrique ;

8° l'évaluation de la qualité des activités médicales et infirmières et la promotion de l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble des activités de l'hôpital ;

9° les coûts qui vont de pair avec les conventions de premier emploi ;

10° de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel;

11° [(8) de bijkomende kosten voor de contractuele personeelsleden die gesubsidieerd worden door het Interdepartementaal Begrotingsfonds, ter bevordering van de werkgelegenheid; ]

12° de kosten met betrekking tot het personeel dat belast is met de coördinatie, op een multidisciplinaire wijze, van de verzorging van de patiënten, teneinde het ontslag van de patiënt voor te bereiden met het oog op het waarborgen van de continuïteit van een efficiënte zorgverlening en van de kwaliteit;

13° voor de acute ziekenhuizen, de kosten met betrekking tot de analyse en het gebruik van de statistische gegevens met het oog op de coördinatie van de kwaliteitsstrategie van het ziekenhuis;

14° de kosten met betrekking tot de palliatieve functie;

15° de middelen toegekend om de verhoging van de werkgeversbijdragen voor de pensioenen in de openbare ziekenhuizen te dekken;

16° de middelen toegekend om de vervanging van de afwezigheden van lange duur van het statutair personeel in de openbare ziekenhuizen te dekken;

17° de toegekende middelen met het oog op de registratie van de minimale psychiatrische gegevens in de psychiatrische verzorgingstehuizen;

18° de kosten voor de banen toegekend op 1 juli 1990, 1 januari 1991, 1 januari 1992, 1 januari 1993 en 1 januari 1994 in de psychiatrische ziekenhuizen met erkende T-diensten;

19° de middelen die worden toegekend teneinde de financiering van de erkende MUG-functie en de in de dringende geneeskundige hulpverlening opgenomen te waarborgen;

20° de middelen toegekend met het oog op de realisatie van pilootstudies over de registratie en verzameling van gegevens waardoor de financiering kan verfijnd worden en de kwaliteit van zorgen kan verbeterd worden;

21° de middelen toegekend met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening in psychiatrische voorzieningen, overeenkomstig de voorwaarden en modaliteiten nader bepaald in artikel 52, §2;

22° de middelen die worden toegekend met het oog op de bevordering van een doelmatig opname- en ontslagbeleid in de acute ziekenhuizen;

[(23) 23° opgeheven]

24° de middelen toegekend voor de uitvoering van pilootstudies over de psychiatrische ziekenhuizen, met name over de behandeling van patiënten met gedragsstoornissen en/of agressieve stoornissen, over de resocialisering van de geïnterneerden, over de gezinsplaatsing van kinderen met geestesstoornissen, over de behandeling van kinderen met gedragsstoornissen en/of agressieve stoornissen en over de behandeling thuis van kinderen met geestesstoornissen;

[(15) 25° opgeheven]

10° la formation permanente du personnel infirmier ;

11° [(8) le coût supplémentaire des contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi ; ]

12° les coûts relatifs au personnel chargé de coordonner d'une manière multidisciplinaire les soins pour les patients de manière à préparer la sortie du patient en vue d'assurer la continuité des soins efficaces et de qualité ;

13° pour les hôpitaux aigus, les coûts relatifs à l'analyse et à l'utilisation des données statistiques en vue de coordonner la stratégie de qualité de l'hôpital ;

14° les coûts relatifs à la fonction palliative ;

15° les moyens octroyés en vue de prendre en charge la hausse des cotisations patronales des pensions dans les hôpitaux publics ;

16° les moyens octroyés en vue de prendre en charge le remplacement des absences de longue durée du personnel statutaire dans les hôpitaux publics ;

17° les moyens octroyés en vue de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum dans les maisons de soins psychiatriques ;

18° le coût des emplois accordés les 1<sup>er</sup> juillet 1990, 1<sup>er</sup> janvier 1991, le 1<sup>er</sup> janvier 1992, 1<sup>er</sup> janvier 1993 et 1<sup>er</sup> janvier 1994 dans les hôpitaux psychiatriques comptant des services agréés T ;

19° les moyens octroyés en vue d'assurer le financement de la fonction agréée SMUR et reprise dans l'aide médicale urgente ;

20° les moyens octroyés en vue de la réalisation d'études pilotes portant sur l'enregistrement et la collecte de données permettant l'affinement du financement et l'amélioration de la qualité des soins ;

21° les moyens accordés en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge dans les structures psychiatriques, conformément aux conditions et modalités déjà définies à l'article 52, §2 ;

22° les moyens octroyés en vue de promouvoir une politique efficace d'admissions et de sortie dans les hôpitaux aigus ;

[(23) 23° abrogé]

24° les moyens octroyés en vue de la réalisation d'études pilotes portant sur les hôpitaux psychiatriques et, plus particulièrement, sur le traitement des patients avec des troubles comportementaux et/ou agressifs, sur la resocialisation des internés, sur le placement en familles des enfants atteints de troubles mentaux, sur le traitement des enfants avec des troubles comportementaux et/ou agressifs et sur le traitement à domicile des enfants atteints de troubles mentaux ;

[(15) 25° abrogé]

26° de op 30 juni 2002 toegekende middelen voor de medische producten voor transplantaties, het krachtens de sociale akkoorden toegekende aanvullende personeel, het aanvullende personeel toegekend voor de erkende K-bedden, de bedden voor pediatrische oncologie, voor de oprichting van een mobiel team, voor het personeel ter begeleiding van het verplegend en verzorgend personeel, hetwelk pas aangeworven werd of een loopbaanonderbreking beëindigd heeft en voor het aanvullende personeel belast met ludieke activiteiten en psychisch-sociale ondersteuning in de E-bedden;

27° de middelen toegekend aan de ziekenhuizen met niet in artikel 18 bedoelde universitaire bedden;

[ (4) 28° de middelen toegekend aan de ziekenhuizen die beschikken over een erkend zorgprogramma ‘Reproductieve Geneeskunde B’ ;

29° de middelen die worden toegekend voor de forfaitaire dekking van de kosten die voortvloeien uit de bemiddelingsfunctie in de acute ziekenhuizen en de geïsoleerde Sp-diensten; ]

[ (5) 30° de middelen toegekend aan de ziekenhuizen bedoeld onder artikel [(14) 74quater]; ]

[(10) [ (21) 31° de middelen toegekend aan de ziekenhuizen die erkend zijn overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 4 juni 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de afdeling “expertisecentrum voor comapatiënten” moet voldoen om te worden erkend;]]

[(25) 32° de middelen die worden toegekend aan de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden teneinde de coördinatie van het zorgtraject te garanderen en de psychologische begeleiding van zwaar verbrande patiënten te ondersteunen;

[(56) 33° opgeheven ]]

[(15) 34° in voorkomend geval, het bijzonder bedrag, ter verbetering van de werking van het ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 91quater; ]

[(27) 35° de financiering van de arbeidsplaatsen die werden gecreëerd krachtens de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, Titel V, Hoofdstuk III ‘Tewerkstelling van jongeren in de non-profitsector’;]

[(20) 36° de kosten met betrekking tot de techniek van snelle desintoxicatie onder narcose van patiënten met een opiatenafhankelijkheid, ‘Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) genoemd’;]

[(21) [(47) 37° de financiering van een jaarlijkse premie toegekend aan bepaalde verpleegkundigen volgens de voorwaarden zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties. ]]

[(58) 38° de financiering van de uitgaven die kunnen worden gemaakt ten laste van het Zorgpersoneelfonds bedoeld in de wet van 9 december 2019 tot oprichting van een Zorgpersoneelfonds, voor het jaar 2020. ]

26° les moyens alloués au 30 juin 2002 en ce qui concerne les produits médicaux pour les transplantations, le personnel supplémentaire octroyé en vertu des accords sociaux, le personnel supplémentaire octroyé pour les lits agréés K, pour les lits d'oncologie pédiatrique, pour la constitution d'une équipe mobile, pour le personnel accompagnant le personnel infirmier et soignant nouvellement recruté ou ayant mis fin à une interruption de carrière et pour le personnel supplémentaire chargé des activités ludiques et du soutien psycho-social dans les lits E ;

27° les moyens alloués aux hôpitaux comptant des lits universitaires non visés par les dispositions de l'article 18 ;

[ (4) 28° les moyens alloués aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé ‘Médecine de reproduction B’ ;

29° Les moyens alloués pour couvrir forfaitairement les coûts liés à la fonction de médiation dans les hôpitaux aigus et les services Sp isolés ; ]

[ (5) 30° les moyens alloués aux hôpitaux visés à l'article [(14) 74quater] ; ]

[(10) [ (21) 31° des moyens alloués aux hôpitaux agréés selon les dispositions de l'arrêté royal du 4 juin 2008 fixant les normes auxquelles la section « centre d'expertise pour les patients comateux » doit répondre pour être agréée ;]]

[(25) 32° les moyens alloués aux unités de traitement de grands brûlés en vue d'assurer la coordination du trajet de soins et de soutenir l'encadrement psychologique des patients grands brûlés ;

[(56) 33° abrogé ]]

[(15) 34° le montant spécifique, le cas échéant, visant à l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital tel que visé à l'article 91quater ; ]

[(27) 35° le financement des emplois créés en vertu de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, Titre V, Chapitre III ‘Emploi des jeunes dans le secteur non-marchand’;]

[(20) 36° des coûts relatifs à la technique de désintoxication rapide sous anesthésie de patients dépendants aux opiacés appelée ‘Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD)’ ;]

[(21) [(47) 37° le financement d'une prime annuelle octroyée à certains infirmiers selon les conditions définies dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ;]]

[(58) 38° le financement des dépenses pouvant être effectuées à charge du Fonds blouses blanches visé dans la loi du 9 décembre 2019 portant création d'un Fonds blouses blanches, pour l'année 2020. ]

[(56) Bovendien dekt onderdeel B4 ook de kosten bedoeld in artikel 101 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en de andere verzorgingsinrichtingen.]

**Art. 16.** Onderdeel B5 dekt werkingskosten van de ziekenhuisapotheek.

**Art. 17.** Onderdeel B6 dekt de in de bepalingen van het koninklijk besluit van 10 november 2001 bedoelde kosten.

**Art. 18. § 1.** Onderdeel B7A dekt de specifieke lasten gekoppeld aan de specifieke taken van door de in artikel 7, 2), g), 1°, bedoelde ziekenhuizen.

**§2.** Onderdeel B7B dekt de specifieke kosten van de ziekenhuizen bedoeld onder artikel 7, 2), g), 2°.

[(16) **Art. 19.** Onderdeel B8 dekt de specifieke kosten van een ziekenhuis met een op sociaal-economisch vlak zeer zwak patiëntenprofiel, met uitzondering van de kosten bedoeld in artikel 7, 2°, b).]

[(14) **Art. 19bis.** De elementen waarvan de kosten door onderdeel B9 worden gedekt, zijn de volgende :

1° de eindeloopbaanmaatregelen;

2° het complement van de attractiviteitspremie, bedoeld in punt 10 van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt 13 van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

3° de stijging van het aan het statutair personeel toegekende vakantiegeld;

[(21) 4° de stijging van het loonsupplement voor nachtprestaties op zon- en feestdagen van 50 naar 56 %;]

5° de jobcreatie, bedoeld in punt 9.3. van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt 11.5. van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten.]

[(21) 6° de financiering van een functiecomplement toegekend aan de hoofdverpleegkundigen, de verpleegkundigen dienstroofd van het middenkader en de hoofdparamedici met een geldelijke ancienniteit van minimum 18 jaar en die de opleiding zoals vereist door de besluiten tot vaststelling van hun functie genoten hebben.]

[(56) En outre, la sous-partie B4 couvre également les frais visés à l'article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.]

**Art. 16.** La sous-partie B5 couvre des coûts de fonctionnement de l'officine hospitalière.

**Art. 17.** La sous-partie B6 couvre les coûts visés par les dispositions de l'arrêté royal du 10 novembre 2001.

**Art. 18. § 1<sup>er</sup>.** La sous-partie B7A couvre les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées par les hôpitaux visés à l'article 7, 2), g), 1°.

**§2.** La sous-partie B7B couvre les coûts spécifiques des hôpitaux visés à l'article 7, 2), g), 2°.

[(16) **Art. 19.** La sous-partie B8 couvre les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patient très faible sur le plan socio-économique, à l'exception des coûts visés à l'article 7, 2°, b).]

[(14) **Art. 19bis.** Les éléments dont le coût est couvert par la sous-partie B9 sont les suivants :

1° les mesures de fin de carrière ;

2° le complément de la prime d'attractivité, visée au point 10 de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et au point 13 du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;

3° l'augmentation du pécule de vacances octroyé au personnel statutaire ;

[(21) 4° l'augmentation du pourcentage de supplément de salaire relatif aux prestations de nuit effectuées le dimanche et les jours férié, de 50 à 56 % ;]

5° les créations d'emplois, visées au point 9.3. de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et au point 11.5. du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005.]

[(21) 6° le financement d'un complément fonctionnel attribué aux infirmiers en chef, infirmiers chefs de service du cadre intermédiaire et paramédicaux en chef, ayant une ancienneté pécuniaire de 18 ans minimum et la formation requise par les arrêtés définissant leur fonction.]

[(58) 7° de uitbreiding van de mobiele equipe, de onmiddellijke vervanging en de communicatie van de uurroosters in de ziekenhuissector bedoeld in punten 8.4 en 9.3 van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector en in punten 10.5 en 11.5 van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

8° de toewijzing van het saldo van het sociaal akkoord 2005-2010 in de ziekenhuizen van de openbare sector overeenkomstig de modaliteiten voorzien in een lokaal akkoord genomen in uitvoering van het Protocol nr. 2009/06 betreffende de onderhandelingen gevoerd op maandag 21 december 2009 binnen het comité voor de provinciale en lokale overheidsdiensten (comité C);

9° de jobcreatie, bedoeld in punt IV van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren 2011 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt III van het protocol nr. 2011/01 van 21 februari 2011 van het comité voor de provinciale en lokale overheidsdiensten (comité C);

10° de toekenning van weddenschaal 1.35 aan zorgkundigen, bedoeld in punt 2.1 van het sociaal akkoord 2013 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private en openbare non-profitsector;

11° de financiering van de meerkost voortvloeiend uit de invoering van het IFIC-loonmodel in de ziekenhuizen vallend onder het paritair comité 330 en in de ziekenhuizen van de openbare sector, binnen het begrotingskader dat is vastgelegd in het sociaal akkoord van 25 oktober 2017;

12° de financiering voor de implementatie aan 100 % van het IFIC-loonmodel, zoals bepaald in punt 1, a), van het sociaal akkoord 2021-2022, in de ziekenhuizen vallend onder het paritair comité 330 en in de ziekenhuizen van de openbare sector;

13° de financiering van de maatregelen betreffende de kwalitatieve verbetering van de arbeidsomstandigheden van het personeel bedoeld in punt 2 van het sociaal akkoord 2021-2022;

14° vanaf 2021, de financiering van de uitgaven die ten laste van het Zorgpersoneelfonds kunnen worden gemaakt zoals bedoeld in de wet van 9 december 2019 tot oprichting van een Zorgpersoneelfonds.]

#### Onderafdeling 4. - Deel C van het budget

[(30) **Art. 20.** opgeheven]

**Art. 21.** Onderdeel C2 van het budget bevat de inhaalbedragen voor een tekort of een teveel aan ontvangsten ten opzichte van een budget vastgesteld voor het lopend dienstjaar of voor één of meerdere vorige dienstjaren vastgesteld budget.

[(58) 7° l'élargissement de l'équipe mobile, le remplacement immédiat et la communication des horaires dans le secteur hospitalier visés aux points 8.4 et 9.3 de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et aux points 10.5 et 11.5. du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;

8° l'affectation du solde de l'accord social 2005-2010 dans les hôpitaux du secteur public selon les modalités prévues dans un accord local pris en exécution du Protocole n° 2009/06 relatif aux négociations menées le lundi 21 décembre 2009 au sein du comité pour les services publics provinciaux et locaux (comité C) ;

9° les créations d'emplois visées au point IV de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé 2011 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et au point III du protocole n° 2011/01 du comité pour les services publics provinciaux et locaux (comité C) du 21 février 2011 ;

10° l'attribution du barème 1.35 aux aides-soignants, visée au point 2.1 de l'accord social 2013 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur non marchand privé et public ;

11° le financement du surcoût résultant de la mise en place du modèle salarial IFIC dans les hôpitaux ressortissant à la commission paritaire 330 et dans les hôpitaux du secteur public, dans le cadre budgétaire défini dans l'accord social du 25 octobre 2017 ;

12° le financement de la mise en œuvre à 100 % du modèle salarial IFIC, comme prévu au point 1, a), de l'accord social 2021-2022, dans les hôpitaux ressortissant à la commission paritaire 330 et dans les hôpitaux du secteur public ;

13° le financement des mesures relatives à l'amélioration qualitative des conditions de travail du personnel visées au point 2 de l'accord social 2021-2022 ;

14° à partir de 2021, le financement des dépenses pouvant être effectuées à charge du Fonds blouses blanches telles que visées dans la loi du 9 décembre 2019 portant création d'un Fonds blouses blanches.]

#### Sous-section 4. - Partie C du budget

[(30) **Art. 20.** abrogé]

**Art. 21.** La sous-partie C2 du budget comprend les montants de ratrapage pour un manque ou un surplus de recettes par rapport à un budget fixé pour l'exercice en cours ou pour un ou plusieurs exercices antérieurs.

[(21) **Art. 22.** Onderdeel C3 bevat het bedrag voor de eenpersoonskamers, waarvoor, overeenkomstig artikel 97 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, supplementen boven het budget van financiële middelen worden geïnd en waarmee het budget van financiële middelen van het ziekenhuis wordt verminderd.]

[(46) **Art. 23.** opgeheven ]

## **HOOFDSTUK VI. - Modaliteiten voor de vaststelling van het budget en criteria volgens dewelke de kosten worden aanvaard**

### **Afdeling I. - Deel A van het budget**

#### **Onderafdeling 1. - Onderdeel A1 van het budget**

**Art. 24.** De investeringslasten, die gedekt worden door onderdeel A1 van het budget, worden afgeschreven overeenkomstig de bepalingen en de termijnen bepaald door [(21) het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen].

**Art. 25. § 1.** De afschrijvingen voor de lasten van opbouw, [(21) opgeheven], uitrusting en apparatuur, worden berekend op de werkelijke investeringswaarden, en zijn begrensd tot de daarvoor geldende maximumbedragen, verminderd met de om niet-verkregen toelagen verleend door de overheden bevoegd voor het gezondheidsbeleid op grond van de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet.

**§ 2.** [(27) De overeenkomstig § 1, vastgestelde afschrijvingen mogen niet hoger zijn dan 40 % van de werkelijke investeringswaarden, beperkt tot de voormelde maximumbedragen, voor zover er betoelaging werd bekomen. Deze betoelaging moet blijken uit de beslissing van de ter zake bevoegde overheid bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 mei 1999 tot bepaling van de algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46bis, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen voor de overheid die bij toepassing van artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake gezondheidsbeleid bevoegd is. Indien het bovengenoemde bewijs niet geleverd wordt, of indien er geen subsidie werd verkregen, worden de afschrijvingslasten niet in aanmerking genomen.

In geval van toepassing van artikel 3, §1, van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, dan wordt het percentage van 40 % gebracht op 70 %.

[(21) **Art. 22.** La sous-partie C3 comprend le montant pour les chambres à un lit, pour lesquelles, conformément à l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus, et à raison duquel le budget des moyens financiers de l'hôpital est diminué.]

[(46) **Art. 23.** abrogé ]

## **CHAPITRE VI. - Modalités de fixation du budget et critères selon lesquels les coûts sont admis**

### **Section I. - Partie A du budget**

#### **Sous-section 1. - Sous-partie A1 du budget**

**Art. 24.** Les charges d'investissement, couvertes par la sous-partie A1 du budget sont amorties conformément aux dispositions et aux délais visés par [(21) l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux].

**Art. 25. § 1<sup>er</sup>.** Les amortissements des charges de construction, [(21) abrogés] d'équipement et d'appareillage sont calculés sur les valeurs réelles d'investissement et sont limités aux montants maxima déterminés à cet effet, sous déduction des subventions à fonds perdus, accordées par les autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution.

**§ 2.** [(27) Les amortissements déterminés conformément au §1<sup>er</sup>, ne peuvent dépasser 40 % des valeurs réelles d'investissement, limitées aux montants maximums précités pour autant qu'il y ait eu subvention. Ces subventions doivent être prouvées par la décision de l'autorité concernée compétente en cette matière, visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 4 mai 1999 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa premier, de la loi sur les hôpitaux pour l'autorité compétente en matière de politique de santé sur base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les charges d'amortissement ne sont pas prises en compte.

En cas d'application de l'article 3, §1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, le pourcentage de 40 % est porté à 70 %.

In geval van toepassing van artikel 3, §1bis van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, dan wordt het percentage van 40 % gebracht op 90 %.]

[(21) § 3. De afschrijvingslasten voor onroerende goederen die niet betoelaagbaar zijn, bedoeld in artikel 9, 1°, worden ten belope van 100 % van de werkelijke investeringswaarde gedekt in het budget van financiële middelen.

De afschrijvingslasten voor investeringen, bedoeld in artikel 9, 5°, worden ten belope van 100 % van de werkelijke investeringswaarde gedekt in het budget van financiële middelen, verminderd met de om niet-verkregen toelagen verleend door de overheden bevoegd voor het beleid inzake duurzame ontwikkeling.]

§ 4. [(27) De afschrijvingslasten van de investeringen die uitgevoerd worden om te voldoen aan de architectonische normen voor de ziekenhuisapotheek en de chirurgische daghospitalisatie, mogen niet hoger zijn dan 40 % van de werkelijke investeringswaarden, beperkt tot de in § 1 bedoelde maximumbedragen, voor zover er betoelaging werd bekomen. Deze betoelaging moet blijken uit de beslissing van de ter zake bevoegde overheid bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 mei 1999 tot bepaling van de algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46bis, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen voor de overheid die bij toepassing van artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake gezondheidsbeleid bevoegd is. Indien het bovengenoemde bewijs niet geleverd wordt of indien er geen subsidie werd verkregen, worden de afschrijvingslasten niet in aanmerking genomen.

In geval van toepassing van artikel 3, §1bis van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, dan wordt het percentage van 40 % gebracht op 90 %.]

§ 5. De aankoopprijs van de grond wordt uitgesloten van de in §1, tot 4, bedoelde afschrijving.

§ 6. De in §§1 en 4 bedoelde afschrijvingen kunnen op een provisionele wijze worden vastgesteld ingebruikname van de betreffende investering.

[(15) § 7. Vanaf 1 juli 2006 wordt aan elk ziekenhuis een bedrag van 2.200 euro toegekend om de kosten te dekken voor software waarmee financiële gegevens, alsook statistische informatie kunnen worden ingezameld. De bedragen zijn inbegrepen in de bedragen bedoeld in artikel 29, § 3, 3°, § 4, 3° en § 5, 3°.]

[(21) **Art. 26.** Voor de afschrijvingen van lasten van grote onderhoudswerken evenals voor de lasten van eerste inrichting, zoals bedoeld in artikel 9, 3° en 7°, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen.]

En cas d'application de l'article 3, §1erbis de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, le pourcentage de 40 % est porté à 90 %. ]

[(21) § 3. Les charges d'amortissement des investissements immeubles non subventionnables, visés à l'article 9, 1°, sont couvertes par le budget des moyens financiers à 100 % de leur valeur d'investissement réelle.

Les charges d'amortissement des investissements, visés à l'article 9, 5°, sont couvertes par le budget des moyens financiers à 100 % de leur valeur d'investissement réelle, sous déduction des subventions à fonds perdus accordées par les autorités compétentes en matière de politique de développement durable.]

§ 4. [(27) Les charges d'amortissements des investissements réalisés en vue de répondre aux normes architecturales prévues pour la pharmacie hospitalière et pour l'hospitalisation chirurgicale de jour ne peuvent dépasser 40 % des valeurs réelles d'investissement limitées aux montants maxima visés au §1er, pour autant qu'il y ait eu subvention. Ces subventions doivent être prouvées par la décision de l'autorité concernée compétente en cette matière, visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 4 mai 1999 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa premier, de la loi sur les hôpitaux pour l'autorité compétente en matière de politique de santé sur base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les charges d'amortissement ne sont pas prises en compte.

En cas d'application de l'article 3, §1erbis de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, le pourcentage de 40 % est porté à 90 %.]

§ 5. Le prix d'achat du terrain est exclu de la possibilité d'amortissement telle que prévue aux §§1, à 4.

§ 6. Les amortissements visés au §§1er et 4 peuvent être fixés de manière provisionnelle lors de la mise en exploitation de l'investissement concerné.

[(15) § 7. Par hôpital, un montant de 2.200 euros est attribué, à partir du 1er juillet 2006, pour couvrir les frais du software permettant la collecte de données sur la situation financière et tous renseignements statistiques. Ce montant est compris dans les montants visés à l'article 29, § 3, 3°, § 4, 3° et § 5, 3°.]

[(21) **Art. 26.** Pour les amortissements des charges de gros travaux d'entretien et des frais de première installation, visés à l'article 9, 3° et 7°, les charges réelles sont retenues.]

[(21) [(22) **Art. 26bis.** De afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, bedoeld in artikel 9, 4°, worden als volgt gedeekt :

**1°** de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken die vóór 1 januari 2010 zijn uitgevoerd, worden gedekt in het budget van financiële middelen op grond van de werkelijke lasten;

**2°** op 1 januari 2010 wordt, met het oog op een betere dekking in het budget van financiële middelen van de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, een bedrag van 15.962.609 euro verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.

Het aldus toegekende bedrag zal eventueel, geheel of gedeeltelijk, gerecupereerd worden bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2010 indien blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken lager liggen dan de financiering die in 2010 in het budget van financiële middelen is toegekend voor de dekking van de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, met inbegrip van het bedrag waarvan hierboven sprake is.

**3°** op 1 januari 2011 wordt het hierboven vermelde bedrag verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.

Het aldus aan elk ziekenhuis toegekende bedrag is een forfait dat het betrokken ziekenhuis in staat moet stellen om de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken die in 2011 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, te dekken.

Indien bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2011 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2011 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, hoger liggen dan het toegekende forfait, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen. In dat geval worden de afschrijvingslasten voor de betrokken herconditioneringswerken op werkelijke basis gedekt tot het einde van de afschrijving van die herconditioneringswerken.

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2011 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2011 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.

[(24) **4°** op 1 januari 2012 wordt een bijkomend bedrag van 15.962.609 euro verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is

[(21) [(22) **Art. 26bis.** Les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement, visés à l'article 9, 4°, sont couvertes de la manière suivante :

**1°** les charges d'amortissements des travaux de reconditionnement réalisés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 sont couvertes par le budget des moyens financiers sur base des charges réelles ;

**2°** au 1<sup>er</sup> janvier 2010, afin d'assurer une meilleure couverture par le budget des moyens financiers des charges d'amortissement des travaux de reconditionnement, un montant de 15.962.609 euros est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué sera éventuellement récupéré, en totalité ou partiellement, lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2010 s'il est constaté que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement sont inférieures au financement octroyé en 2010 dans le budget des moyens financiers pour la couverture des charges d'amortissement des travaux de reconditionnement, en ce y compris le montant dont question ci-dessus.

**3°** au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le montant susmentionné est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2011.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2011 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2011 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2011 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2011 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

[(24) **4°** au 1<sup>er</sup> janvier 2012, un montant supplémentaire de 15.962.609 euros est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Het aldus aan elk ziekenhuis toegekende bedrag is een forfait dat het betrokken ziekenhuis in staat moet stellen om de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken die in 2012 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, te dekken.

Indien bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2012 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2012 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, hoger liggen dan het toegekende forfait, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen. In dat geval worden de afschrijvingslasten voor de betrokken herconditioneringswerken op werkelijke basis gedekt tot het einde van de afschrijving van die herconditioneringswerken.

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2012 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2012 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.

**[(29) 5°** op 1 januari 2013 wordt een bijkomend bedrag van 15.962.609 euro onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.

Het aldus aan elk ziekenhuis toegekende bedrag is een forfait dat het betrokken ziekenhuis in staat moet stellen om de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken die in 2013 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, te dekken.

Indien bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2013 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2013 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, hoger liggen dan het toegekende forfait, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen. In dat geval worden de afschrijvingslasten voor de betrokken herconditioneringswerken op werkelijke basis gedekt tot het einde van de afschrijving van die herconditioneringswerken.

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2013 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2013 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.

**[(30) 6°** op 1 januari 2014 wordt een bijkomend bedrag van 15.962.609 euro verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.

Het aldus aan elk ziekenhuis toegekende bedrag is een forfait dat het betrokken ziekenhuis in staat moet stellen om de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken die in 2014 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, te dekken.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2012.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2012 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2012 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2012 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2012 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

**[(29) 5°** au 1<sup>er</sup> janvier 2013, un montant supplémentaire de 15.962.609 euros est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2013 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2013 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

**[(30) 6°** au 1<sup>er</sup> janvier 2014, un montant supplémentaire de 15.962.609 euros est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2014.

Indien bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2014 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2014 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, hoger liggen dan het toegekende forfait, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen. In dat geval worden de afschrijvingslasten voor de betrokken herconditioneringswerken op werkelijke basis gedekt tot het einde van de afschrijving van die herconditioneringswerken.

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2014 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2014 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.

**7º** op 1 januari 2015 wordt aan elk ziekenhuis een forfaitair bedrag toegekend a rato van het aantal erkende bedden zoals gekend op het ogenblik van de berekening, teneinde de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken te dekken die in 2015 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn.

Indien bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2015 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2015 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, hoger liggen dan het toegekende forfait, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen. In dat geval worden de afschrijvinglasten voor de betrokken herconditioneringswerken op werkelijke basis gedekt tot het einde van de afschrijving van die herconditioneringswerken.

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2015 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die voor de eerste keer afschrijfbaar zijn tijdens het herziene jaar, lager liggen dan het toegekende forfati, wordt het toegekende forfait behouden.

**8º** Voor de niet prioritaire herconditioneringswerken die voor de eerste keer, ten vroegste vanaf 2016 worden afgeschreven, dient de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu te beschikken over het akkoord van de bevoegde minister voor de gemeenschappen, voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en desgevallend voor het Waalse Gewest en de Franse gemeenschapscommissie.

**9º** vanaf 1 januari 2016 worden de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die voor de eerste keer afschrijfbaar zijn tijdens het betrokken jaar, gedekt voor de werkelijke kosten.]])])

[(22) **Art. 27. § 1.** Voor de financiële lasten van leningen aangegaan ter financiering van de in artikelen 25, 26 en 26bis bedoelde investeringen, worden eveneens de werkelijke lasten weerhouden mits inachtneming van dezelfde beperkingen als deze vermeld in artikel 25 §§1, 2, 4, en 5.]

**§ 2.** De in §1, bedoelde financiële lasten moeten provisioneel worden vastgesteld, wanneer die betrekking hebben op de in artikel 25, §1, en §4, bedoelde investeringen.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers, en 2014, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2014 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2014 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2014 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

**7º** au 1<sup>er</sup> janvier 2015, un montant forfaitaire est attribué à chaque hôpital, au prorata de son nombre de lits agréés tels que connus au moment du calcul, afin de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2015.

S'il est constaté, lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers, en 2015, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement, amortissables la première fois en 2015 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers, en 2015, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois durant l'année revue sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

**8º** Pour les travaux de reconditionnement non prioritaires qui seront amortis, pour la première fois, au plus tôt à partir de 2016, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement doit disposer de l'accord du ministre compétent pour les communautés, pour la Commissin communautaire commune, et le cas échéant, pour la Région Wallonne et pour la Commission communautaire française.

**9º** à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement, amortissables la première fois durant l'année concernée, sont couvertes sur base de leurs coûts réels.]])])

[(22) **Art. 27. § 1<sup>er</sup>.** Pour les charges financières des emprunts contractés pour le financement des investissements, visés aux articles 25, 26 et 26 bis, les charges réelles sont également retenues, les limitations de l'article 25, §§1, 2, 4, et 5, devant être respectées.]

**§ 2.** Les charges financières visées au §1<sup>er</sup>, peuvent être fixées de manière provisionnelle lorsqu'elles se rapportent aux investissements dont question à l'article 25, §1<sup>er</sup>, et §4.

**Art. 28.** De lasten voor het huren van gebouwen worden beperkt tot het niveau van de afschrijvingen en financiële lasten berekend overeenkomstig de artikelen 25 en 27, alsof de beheerde eigenaar zou geweest zijn.

[(26) **Art. 29. § 1.** In afwijking van artikel 25 worden de volgende lasten, na afschrijving van de betoelaagde investeringen, forfaitair vergoed:

- 1° de lasten die verband houden met de afschrijving van medische uitrusting;
- 2° de lasten die verband houden met de afschrijving van de niet-medische uitrusting, met inbegrip van informatica-apparatuur alsmede van meubilair;
- 3° de lasten die verband houden met de afschrijving van het rollend materieel.

**§ 2.** Het forfaitair bedrag dat krachtens §1, 1°, aan de acute ziekenhuizen, bedoeld in artikel 46 van de wet op de ziekenhuizen wordt toegekend, wordt als volgt berekend:

1° het beschikbare budget op 30 juni 2005 wordt in eerste instantie verdeeld onder de groepen van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 40, op basis van de kosten vastgesteld gedurende een dienstjaar.

Binnen elke groep wordt het beschikbare budget verdeeld over de volgende activiteiten, op basis van de hiernavolgende waarden uitgedrukt in percentages:

**Art. 28.** Les charges du loyer des bâtiments sont limitées au niveau des amortissements et des charges financières calculés conformément aux articles 25 et 27, comme si le gestionnaire eût été le propriétaire.

[(26) **Art. 29. § 1er.** Par dérogation à l'article 25, sont couvertes forfaitairement, après la période d'amortissement des investissements subventionnés, les charges suivantes:

- 1° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical;
- 2° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier ;
- 3° les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

**§ 2.** Le forfait attribué en vertu du §1er, 1° pour les hôpitaux aigus visés à l'article 46 de la loi sur les hôpitaux est calculé de la manière suivante:

1° le budget disponible au 30 juin 2005 est en premier lieu réparti entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 40, sur base des dépenses constatées pendant un exercice.

A l'intérieur de chaque groupe, le budget disponible est réparti entre les activités suivantes selon les valeurs exprimées en pourcentage ci-après:

	Groupe Universitaire Universitaire groep	< 200 lits < 200 bedden	200 à 299 lits 200 tot 299 bedden	300 à 449 lits 300 tot 449 bedden	> 450 lits > 450 bedden
Service d'urgences Spoedgevallendienst	3	3	3	5	3
Quartier opératoire Operatiekwartier	46	48	56	47	52
Maternité Materniteit	1	3	5	4	4
Néonatalogie intensive Intensieve neonatalogie	5	3	-	1	6
Soins intensifs Intensieve zorgen	20	16	13	15	13
Autres services Andere diensten	25	27	23	28	22

Wanneer er binnen een ziekenhuisgroep één of andere van de hierboven bedoelde activiteiten niet aanwezig is dan wordt het gedeelte van het beschikbare budget dat met die activiteit of activiteiten overeenstemt verdeeld onder de andere activiteiten van dezelfde groep, naar rato van de toegewezen bedragen.

2° a) het beschikbare budget voor de spoedgevallendiensten wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal punten dat met toepassing van het hiernavolgende artikel 46, §3, 2°, b) aan elk ziekenhuis wordt toegekend;

Quand, dans un groupe d'hôpitaux, l'une ou l'autre des activités visées ci-dessus n'est pas présente, la part du budget disponible correspondant à cette ou à ces activités est répartie entre les autres activités du même groupe au prorata des montants attribués.

2° a) le budget disponible pour les services d'urgence est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, §3, 2°, b) ci-après pour le dernier exercice connu;

- b)** het beschikbare budget voor de operatiekwartieren wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal operatiezalen dat met toepassing van het hiernavolgende artikel 46, §3, 2°, a), aan elk ziekenhuis wordt toegekend;
- c)** het beschikbare budget voor de kraaminrichtingen wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal bevallingen van het laatst gekende dienstjaar;
- d)** het beschikbare budget voor de diensten intensieve neonatologie wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal erkende NIC-bedden;
- e)** het beschikbare budget voor de diensten intensieve zorg wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal punten dat met toepassing van het artikel 46, §2, 2°, c), aan elk ziekenhuis wordt toegekend;
- f)** het beschikbare budget voor de andere diensten wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het budget van Onderdeel B2, bedoeld in het artikel 45, §7 voor het laatst gekende dienstjaar.

**3º** De bedragen berekend in toepassing van 2°, a) tot f), worden samengevoegd voor ieder ziekenhuis en het resultaat wordt “het forfait” genoemd. De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait gebeurt progressief.

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt:

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
- op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
- op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003.

**4º** Binnen de grenzen van het beschikbare nationale budget van 20.876.995 euro wordt het bedrag bedoeld in 3º verhoogd met een bedrag M dat als volgt wordt berekend :

$$M = A + (B \times C/D)$$

waarbij:

A gelijk is aan 50% van het beschikbare budget, gedeeld door het aantal ziekenhuizen, dit is 90.769 euro;

B gelijk is aan 50 % van het beschikbare budget;

C gelijk is aan het budget B2 dat op 1 januari 2005 overeenkomstig artikel 45, §§1 en 9, aan het ziekenhuis is toegekend;

D gelijk is aan de som van de budgetten B2 die op 1 januari 2005 overeenkomstig artikel 45, §§1 en 9, aan alle ziekenhuizen van het land worden toegekend;

Het bedrag M wordt pro rata van 1/3 op 1 juli 2005, 2/3 op 1 juli 2006 en 3/3 op 1 januari 2007 toegekend.

**§ 3.** Het forfaitair bedrag dat krachtens §1, 2°, aan de acute ziekenhuizen wordt toegekend, wordt als volgt berekend:

**1º** het beschikbare budget op 30 juni 2005 wordt eerst verdeeld onder de groepen van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 40 op basis van de kosten gedurende een dienstjaar. Vervolgens wordt het beschikbare budget binnen elke groep verdeeld naar rata van de som van de budgetten van onderdeel B1 en onderdeel B2 en

- b)** le budget disponible pour les quartiers opératoires est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de salles d'opération attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, §3 , 2°, a), ci-après pour le dernier exercice connu;
- c)** le budget disponible pour les services de maternité est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre d'accouchements du dernier exercice connu;
- d)** le budget disponible pour les services de néonatalogie intensive est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés NIC;
- e)** le budget disponible pour les soins intensifs est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, §2, 2°, c), pour le dernier exercice connu;
- f)** le budget disponible pour les autres services est réparti entre les hôpitaux au prorata du budget relatif à la Sous-partie B2 visé à l'article 45, §7 pour le dernier exercice connu.

**3º** Les montants calculés en application du 2°, a) à f), sont additionnés pour chaque hôpital et le résultat est dénommé “le forfait”. Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait s’effectue progressivement.

L’ajustement est fixé comme suit :

- au 1<sup>er</sup> juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1<sup>er</sup> juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1<sup>er</sup> juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

**4º** Dans les limites du budget national disponible de 20.876.995 euros, il est ajouté au montant visé au 3º un montant M calculé comme suit :

$$M = A + (B \times C/D)$$

où:

A est égal à 50 % du budget disponible divisé par le nombre d’hôpitaux, soit 90.769 euros ;

B est égal à 50 % du budget disponible ;

C est égal au budget B2 attribué à l’hôpital au 1<sup>er</sup> janvier 2005 conformément à l’article 45, §§ 1<sup>er</sup> et 9 ;

D est égal à la somme des budgets B2 attribués au 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément à l’article 45, §§ 1<sup>er</sup> et 9 ;

Le montant M est accordé à raison d’1/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2005, 2/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et 3/3 au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**§ 3.** Le forfait attribué en vertu du §1<sup>er</sup>, 2°, pour les hôpitaux aigus est calculé de la manière suivante:

**1º** le budget disponible au 30 juin 2005 est réparti en premier lieu entre les groupes d’hôpitaux dont question à l’article 40 sur base des dépenses constatées pendant un exercice. A l’intérieur de chaque groupe, la répartition du budget disponible s’effectue au prorata de la somme des budgets relatifs aux sous-parties B1 et B2 fixés en application des

dit met toepassing van de artikelen 42, 10<sup>de</sup> bewerking en 45, §7, voor het laatst gekende dienstjaar;

**2°** De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1° gebeurt progressief.

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
- op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
- op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003.

**3°** Binnen de grenzen van het beschikbare nationale budget van 19.980.230 euro wordt een bedrag M toegevoegd dat als volgt wordt berekend :

$$M = A + (B \times C/D)$$

waarbij:

A gelijk is aan 60 % van het beschikbare budget gedeeld door het aantal ziekenhuizen, dit is 104.244 euro;

B gelijk is aan 40 % van het beschikbare budget;

C gelijk is aan de som van de budgetten B1 en B2 die op 1 januari 2005 overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42 en 45, §§ 1 en 9 aan het ziekenhuis worden toegekend;

D gelijk is aan de som van de budgetten B1 en B2 die op 1 januari 2005 overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42 en 45, §§ 1 en 9, aan alle ziekenhuizen van het land worden toegekend.

Het bedrag M wordt pro rata van 1/3 op 1 juli 2005, 2/3 op 1 juli 2006, 3/3 op 1 januari 2007 toegekend.

**§ 4. 1°** Het forfaitair bedrag dat krachtens §1, 1° en 2°, aan de ziekenhuizen en Sp-diensten en geïsoleerde G-diensten wordt toegekend, wordt berekend door het beschikbare budget op 30 juni 2005 onder de ziekenhuizen te verdelen naar rata van het aantal erkende en bestaande bedden per ziekenhuis.

**2°** De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1° gebeurt progressief.

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt:

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
- op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
- op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003.

**3°** Het bedrag bedoeld in 2° wordt verhoogd met een bedrag M dat als volgt wordt berekend:

$$M = 216,29 \text{ euro} \times \text{Lihi}$$

waarbij :

Lihi= het aantal op 1 januari 2005 erkende bedden.

Dit bedrag M wordt pro rata van 1/3 op 1 juli 2005, 2/3 op 1 juli 2006, 3/3 op 1 januari 2007 toegekend.

articles 42, 10<sup>e</sup> opération et 45, §7, pour le dernier exercice connu;

**2°** Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1° s'effectue progressivement.

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1<sup>er</sup> juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1<sup>er</sup> juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003
- au 1<sup>er</sup> juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

**3°** Dans les limites du budget national disponible de 19.980.230 euros, il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$$M = A + (B \times C/D)$$

où:

A est égal à 60 % du budget disponible divisé par le nombre d'hôpitaux, soit 104.244 euros ;

B est égal à 40 % du budget disponible ;

C est égal à la somme des budgets B1 et B2 attribués à l'hôpital au 1<sup>er</sup> janvier 2005 conformément aux articles 33, § 3, 42 et 45, §§ 1<sup>er</sup> et 9 ;

D est égal à la somme des budgets B1 et B2 attribués au 1<sup>er</sup> janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément aux articles 33, § 3, 42 et 45, §§ 1<sup>er</sup> et 9.

Le montant M est accordé à raison d'1/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2005, 2/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et 3/3 au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**§ 4. 1°** Le forfait attribué en vertu du §1<sup>er</sup>, 1° et 2° pour les hôpitaux et services Sp et G isolés est calculé en répartissant le budget disponible, au 30 juin 2005, entre les hôpitaux au prorata du nombre de lits agréés et existants de chaque hôpital.

**2°** Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1° s'effectue progressivement.

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1<sup>er</sup> juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1<sup>er</sup> juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1<sup>er</sup> juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

**3°** Au montant visé au 2°, il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$$M = 216,29 \text{ euros} \times \text{Lihi}$$

où :

Lihi= le nombre de lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Ce montant M est accordé à raison d'1/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2005, 2/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et 3/3 au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**§ 5. 1°** Het forfaitair bedrag dat krachtens §1, 1°, en 2°, aan de psychiatrische ziekenhuizen wordt berekend door het beschikbare budget op 30 juni 2005 onder de ziekenhuizen te verdelen pro rata het aantal erkende en bestaande bedden per ziekenhuis.

Om het aantal bedden te berekenen, wordt het aantal bedden voor daghospitalisatie vermenigvuldigd met 0,7.

**2°** De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1° gebeurt progressief.

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt:

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
- op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
- op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003.

**3°** Het bedrag bedoeld in 2° wordt verhoogd met een bedrag M dat als volgt wordt berekend:

$$M = 177,68 \text{ euro} \times Lihi$$

waarbij :

Lihi= het aantal op 1 januari 2005 erkende bedden.

Dit bedrag M wordt pro rata van 1/3 op 1 juli 2005, 2/3 op 1 juli 2006, 3/3 op 1 januari 2007 toegekend.

**§ 6.** De bepalingen vermeld in de §§2 tot 5 zijn voor de eerste maal van toepassing vanaf 1 januari 1997.

Echter, voor de ziekenhuizen die genieten, gedurende de dienstjaren 1992 tot en met 1996, van een herziening van hun afschrijvingslasten van niet-medisch materieel wegens gesubsidieerde investeringen, afgeschreven voor de eerste maal tijdens één van de betreffende dienstjaren, worden de in 3, 1° en 2°, §4, 1° en 2° en §5, 1° en 2°, berekende forfaits vervangen tot het einde van de afschrijvingsperiode van de gesubsidieerde investering door de bedragen vastgesteld volgens de voornoemde herziening.

**§ 7.** De bepalingen vermeld in de §§2 tot 5, kunnen om de drie jaar worden herzien.

De berekeningen van forfaits in toepassing van § 2, 1° en 2°, van § 3, 1°, van § 4, 1° en van § 5, 1° gebeuren voor de volgende maal op 1 juli 2006 en vervolgens om de drie jaar.

[(30) Gevolg gevende aan de bevoegdheidsoverdracht inzake de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen door de Federale overheid aan de Gemeeschappen 1 juli 2014, zijn deze berekeningen niet meer gemaakt.]

**§ 5. 1°** Le forfait attribué en vertu du §1<sup>er</sup>, 1°, et 2°, pour les hôpitaux psychiatriques est calculé en répartissant le budget disponible au 30 juin 2005 entre les hôpitaux au prorata du nombre de lits agréés et existants de chaque hôpital.

Pour le calcul du nombre de lits, le nombre de lits de jour est multiplié par 0,7.

**2°** Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1° s'effectue progressivement.

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1<sup>er</sup> juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;
- au 1<sup>er</sup> juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;
- au 1<sup>er</sup> juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

**3°** Au montant visé au 2°, il est ajouté un montant M calculé comme suit :

$$M = 177,68 \text{ euros} \times Lihi$$

où :

Lihi= le nombre de lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Ce montant M est accordé à raison d'1/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2005, 2/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et 3/3 au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**§ 6.** Les modalités reprises aux §§2 à 5 sont pour la première fois d'application au 1<sup>er</sup> janvier 1997.

Cependant, pour les hôpitaux qui bénéficient, pendant les exercices 1992 à 1996 inclus, d'une révision de leurs charges d'amortissement du matériel d'équipement non médical en raison d'investissements subsides amortis pour la première fois pendant un des exercices concernés, les forfaits calculés selon les § 3, 1° et 2°, § 4, 1° et 2° et § 5, 1° et 2°, sont remplacés, jusqu'au terme de la période d'amortissement de l'investissement subsidié, par les montants déterminés à la suite de la révision précitée.

**§ 7.** Les modalités reprises aux §§2 à 5, peuvent être revues tous les trois ans.

Les calculs des forfaits effectués en application du § 2, 1° et 2°, du § 3, 1°, du § 4, 1°, et du § 5, 1°, interviendront, la prochaine fois, au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et, ensuite, tous les trois ans.

[(30) Faisant suite au transfert, au 1<sup>er</sup> juillet 2014, par l'Etat fédéral, aux communautés de la compétence en matière de financement des investissements des infrastructures et des services médico-techniques des hôpitaux, ces calculs ne sont plus effectués.]

§ 8. De ziekenhuizen die vanaf het dienstjaar 1997 voor het eerst betoelaagde investeringen afschrijven, krijgen een herziening gebaseerd op de reële afschrijvingslasten, voor zover de betoelaagde investering deel uitmaakt van een uitbreidings- en/of verbouwingsproject ten belope van ten minste 25 % van de maximumprijs van de bouw, berekend met toepassing van de ministeriële besluiten van 1 en 4 september 1978 tot wijziging van de ministeriële besluiten van 1 juli 1971 en 8 november 1973 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de apparatuur en de uitrusting van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend. Indien de reële lasten lager zijn dan de forfaitaire bedragen die overeenkomstig de §§2 tot 5, worden vastgesteld, dan zijn die forfaitaire bedragen van toepassing. De overgang naar de forfaits bedoeld in §§ 2 tot 5 gebeurt na de afschrijvingsperiode van de gesubsidieerde investering, op het moment dat deze forfaits het onderwerp uitmaken van een nieuwe berekening in toepassing van § 7, tweede lid. De in aanmerking genomen reële lasten beperken zich echter tot de berekende bedragen] berekend met toepassing van de §§2 tot 5, verhoogd met de afschrijving op het niet-betoelaagde gedeelte van de betoelaagde investering.

Indien niet aan de in het vorige lid vermelde voorwaarden wordt voldaan, blijven de forfaitaire bedragen berekend met toepassing van de §§2 tot 5, behouden.

§ 9. Het krachtens §1, 3°, toegekende forfaitaire bedrag wordt vastgesteld op het niveau van de voor 2001 weerhouden lasten.

[(30) § 10. opgeheven]]

[(30) **Art. 29bis.** De aanloopkosten worden aanvaard op basis van de werkelijke uitgaven, en in het budget van financiële middelen opgenomen, overeenkomstig artikel 2, 1°, van het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen.]

## Onderafdeling 2. Onderdeel A2 van het budget

[(43) **Art. 30.** De kortetermijnkredietlasten bedoeld in artikel 10 worden op basis van de volgende formule berekend:

$$P \times B \times T$$

waarbij:

P gelijk is aan 21 % voor de algemene ziekenhuizen en 13 % voor de psychiatrische ziekenhuizen;

B gelijk is aan het budget van financiële middelen, zonder onderdeel A2 [(46) opgeheven], berekend voor het betrokken dienstjaar en vermeerderd met de tegemoetkomingen van de ziekteverzekering van het laatst bekende dienstjaar voor de geneesmiddelen die aan de opgenomen patiënten worden aangeleverd;

§ 8. Les hôpitaux amortissant pour la première fois à partir de l'exercice 1997 des investissements subventionnés bénéficient d'une révision basée sur les charges réelles d'amortissement pour autant que l'investissement subventionné fasse partie d'un projet d'extension et/ou de reconditionnement dont la valeur représente au moins 25 % du coût maximum à la construction calculé en application des arrêtés ministériels des 1<sup>er</sup> et 4 septembre 1978 modifiant les arrêtés ministériels des 1er juillet 1971 et 8 novembre 1973 fixant les coûts maxima par lit à prendre en considération pour l'application de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux. Si les charges réelles retenues sont inférieures aux forfaits déterminés conformément aux §§2 à 5, ces forfaits sont d'application. Le passage vers les forfaits visés aux §§ 2 à 5 intervient après la période d'amortissement de l'investissement subsidié et au moment où ces forfaits font l'objet d'un nouveau calcul en application du § 7, alinéa 2. D'autre part, les charges réelles retenues sont limitées aux montants calculés en application des §§2 à 5, augmentée de l'amortissement sur la partie non subsidiée de l'investissement subsidié.

Si les conditions de l'alinéa précédent ne sont pas remplies, les forfaits calculés en application des §§2 à 5, restent maintenus.

§ 9. Le forfait attribué en vertu du §1, 3°, est fixé au niveau des charges retenues pour 2001.

[(30) § 10. abrogé]]

[(30) **Art. 29bis.** Les frais de pré-exploitation sont admis sur la base des dépenses réelles, et sont inclus dans le budget des moyens financiers, conformément à l'article 2, 1°, de l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux.]

## Sous-section 2. Sous-partie A2 du budget

[(43) **Art. 30.** Les charges de crédit à court terme, visées à l'article 10, sont calculées selon la formule suivante :

$$P \times B \times T$$

où :

P est égal à 21 % pour hôpitaux généraux et 13 % pour les hôpitaux psychiatriques ;

B est égal au budget des moyens financiers, hors sous-partie A2 [(46) abrogés], calculé pour l'exercice considéré et augmenté des interventions de l'assurance maladie du dernier exercice connu pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés ;

T = 2,68 %.]

**Onderafdeling 3. - Onderdeel A3 van het budget.**

**Art. 31. § 1.** De investeringslasten die gedekt worden door onderdeel A3 van het budget, worden afgeschreven overeenkomstig de bepalingen en de termijnen waarin [(21) het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen] voorziet.

[(27) § 2.] Onverminderd andersluidende bepalingen worden afschrijvingen voor de lasten van opbouw, verbouwing, uitrusting en apparatuur, berekend op de werkelijke investeringswaarden, verminderd met de niet verkregen toelagen verleend door de overheden die op basis van artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid.

Deze beetoeling moet blijken uit de beslissing van de ter zake bevoegde overheid bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 mei 1999 tot bepaling van de algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46bis, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen voor de overheid die bij toepassing van artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake gezondheidsbeleid bevoegd is. Indien het bovengenoemde bewijs niet geleverd wordt, of indien er geen subsidie werd verkregen, worden de afschrijvingslasten niet in aanmerking genomen.

In geval van toepassing van artikel 3, §1bis van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, wordt het percentage van 40 % gebracht op 90 %.

Wanneer het bovengenoemde bewijs niet is geleverd of er geen subsidie werd verkregen, wordt er met de afschrijvingen van de kosten voor opbouw of verbouwing en de erop betrekking hebbende financiële leningslasten geen rekening gehouden.

Wat de afschrijvingen voor de lasten van opbouw en verbouwing betreft en de financiële lasten die daarop betrekking hebben, wordt enkel rekening gehouden met de werken die betrekking hebben op de architectonische normen, voorzien in de koninklijke besluiten houdende vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de betrokken medisch-technische diensten moeten voldoen. Er wordt eveneens rekening gehouden met de afschrijvingslasten en de financiële lasten die op de grote onderhoudswerken betrekking hebben.]

**§ 3.** In afwijking van §§1 en 2, worden de lasten van de uitrusting en apparatuur forfaitaire als volgt gedekt:

1º voor de magnetische resonatietomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, geïnstalleerd in een erkende dienst voor beeldvorming, overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 oktober 1989, houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen,

T = 2,68 %.]

**Sous-section 3. - Sous-partie A3 du budget**

**Art. 31. § 1er.** Les charges d'investissement couvertes par la sous-partie A3 du budget sont amorties conformément aux dispositions et dans les délais prévus par [(21) l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux].

[(27) § 2.] Sauf dispositions contraires, les amortissements des charges de construction, d'aménagement, d'équipement et d'appareillage calculés sur les valeurs d'investissement réelles sont diminués des subsides à fonds perdus accordés par les autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution.

Ces subventions doivent être prouvées par la décision de l'autorité concernée compétente en cette matière, visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 4 mai 1999 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa premier, de la loi sur les hôpitaux pour l'autorité compétente en matière de politique de santé sur base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les charges d'amortissement ne sont pas prises en compte.

En cas d'application de l'article 3, §1erbis de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, le pourcentage de 40% est porté à 90 %.

Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les amortissements des coûts de construction ou d'aménagement et les charges financières d'emprunt s'y rapportant ne sont pas prises en compte.

En ce qui concerne les amortissements des charges de construction et d'aménagement et les charges financières des emprunts s'y rapportant, sont uniquement retenus les travaux se rapportant aux normes architecturales prévues par les arrêtés royaux fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les différents services médico-techniques concernés. Sont également retenues, les charges d'amortissements et les charges financières se rapportant aux gros travaux d'entretien.]

**§ 3.** Par dérogation aux §§1er et 2, les charges des équipements et appareillages sont couvertes forfaitairement de la manière suivante:

1º pour le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par

gewijzigd door het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt er een bedrag van 148.736,11 euro toegekend.

De voornoemde forfaits worden toegekend gedurende een periode van 7 jaar, vanaf het jaar volgend op dat waarin de investering wordt verwezenlijkt. Het betrokken jaar zal worden bepaald nadat het ziekenhuis de aankoopfactuur heeft overgelegd. Indien een investering voor vervanging of upgrading waarvan de waarde minstens 50% vertegenwoordigt van de nieuwwaarde van de apparatuur wordt uitgevoerd binnen de 10 jaar vanaf de aankoopdatum van de oorspronkelijke apparatuur, blijven voornoemde forfaits behouden na de voornoemde periode van 7 jaar, en dit voor een nieuwe periode van 7 jaar. Het bewijs van deze investering wordt bepaald door de overlegging van de betrokken factuur.

[(24) Op 1 januari 2012 wordt het hierboven genoemde bedrag verlaagd met 3.554,74 euro per gefinancierde apparatuur.]

[(25) 2° voor de apparatuur geïnstalleerd in een dienst radiotherapie erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 5 april 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst radiotherapie moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 oktober 1991, wordt de hierna vermelde financiering toegekend:

a) voor elke erkende dienst wordt op basis van de gegevens van het laatst bekende dienstjaar een aantal punten berekend zoals vermeld in artikel 49, 2°;

b) het aantal bestralingsapparaten wordt als volgt bepaald:

- minder dan 1.125 punten: 1 bestralingsapparaat,
- van 1.125 tot 1.874 punten: 2 bestralingsapparaten,
- van 1.875 tot 2.624 punten: 3 bestralingsapparaten,
- van 2.625 tot 3.374 punten: 4 bestralingsapparaten,
- van 3.375 tot 4.124 punten: 5 bestralingsapparaten,
- van 4.125 tot 4.874 punten: 6 bestralingsapparaten

en een bijkomend toestel per aanvullende schijf van 750 punten ;

[(29) c) de bestralingsapparatuur wordt gevaloriseerd ten bedrage van 90.000 euro, met dien verstande dat zij in exploitatie is en enkel mag bestaan uit een lineaire versneller of een 'gamma knife' apparaat;]

d) het budget is gelijk aan het aantal apparaten vermenigvuldigd met de waarde in het hierboven vermelde punt c);

e) het bedrag dat op 1 juli van elk dienstjaar wordt toegekend heeft een voorlopig karakter. Na de beëindiging van het dienstjaar, wordt het op basis van de gegevens van het beschouwde dienstjaar herzien;

f) de financiering van het apparaat wordt gedurende een periode van 10 jaar toegekend vanaf het jaar volgend op dat waarin de investering wordt verwezenlijkt.]

Op 1 januari 2012 wordt het hierboven genoemde bedrag van punt c) verlaagd met 2.150,97 euro per gefinancierde apparatuur.]

l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de 148.736,11 euros est alloué.

Le forfait précité est accordé pendant une période de 7 ans, débutant l'année qui suit celle où l'investissement est réalisé. Ladite année sera déterminée sur production par l'hôpital de la facture d'achat. Si un investissement de remplacement ou d'upgrading, dont la valeur représente au moins 50% de la valeur à neuf de l'appareillage, est effectué dans les 10 ans à partir de la date d'achat de l'appareillage initial, les forfaits précités sont maintenus au-delà des 7 ans précités et ce, pour une nouvelle période de 7 ans. La preuve de cet investissement est déterminée par la production de la facture concernée.

[(24) Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, le montant susmentionné est diminué de 3.554,74 euros par appareillage financé.]

[(25) 2° pour l'appareillage installé dans un service de radiothérapie agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 17 octobre 1991, il est attribué le financement ci-après :

a) pour chaque service agréé, il est calculé un nombre de points comme mentionné à l'article 49, 2°, sur base des données du dernier exercice connu ;

b) le nombre d'appareillage d'irradiation est déterminé comme suit :

- moins de 1.125 points : 1 appareillage d'irradiation,
- de 1.125 à 1.874 points : 2 appareillages d'irradiation,
- de 1.875 à 2.624 points : 3 appareillages d'irradiation,
- de 2.625 à 3.374 points : 4 appareillages d'irradiation,
- de 3.375 à 4.124 points : 5 appareillages d'irradiation,
- de 4.125 à 4.874 points : 6 appareillages d'irradiation

et un appareillage supplémentaire par tranche supplémentaire de 750 points ;

[(29) c) l'appareillage d'irradiation est valorisé à raison de 90.000 euros, étant entendu qu'il doit être en exploitation et ne peut être qu'un accélérateur linéaire ou un appareillage 'gamma knife' ;]

d) le budget est égal au nombre d'appareillage multiplié par la valeur du point c) ci-dessus ;

e) le montant octroyé au 1<sup>er</sup> juillet de chaque exercice revêt un caractère provisoire. L'exercice terminé, il est revu en fonction des données de l'exercice considéré ;

f) le financement de l'appareillage est accordé pendant une période de 10 ans débutant l'année qui suit celle où l'investissement est réalisé. ]

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, le montant susmentionné au point c) est diminué de 2.150,97 euros par appareillage financé.]

**3º** voor de tomograaf met positron-emissie (PET-scanner), geïnstalleerd in een dienst voor nucleaire geneeskunde, erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 12 augustus 2000, wordt er een forfaitair bedrag van 282.598,62 euro toegekend.

## Afdeling II. – Deel B van het budget

### Onderafdeling 1. – Algemene bepalingen

#### Rubriek 1. – Onderdeel B1

**Art. 32.** De door onderdeel B1 van het budget gedeekte kosten worden forfaitair gefinancierd overeenkomstig de onderstaande artikelen 37 tot 44.

**Art. 33. § 1.** Van de in artikel 32 bedoelde forfaitaire financiering worden die ziekenhuizen uitgesloten waarin uitsluitend voor kinderen of uitsluitend met betrekking tot tumoren gespecialiseerde heelkundige en geneeskundige verstrekkingen uitgevoerd worden. Met deze categorie van ziekenhuizen worden de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden gelijkgesteld. In dit geval blijven de ziekenhuizen met dergelijke eenheden, voor de andere types ziekenhuisdiensten, vallen onder de bepalingen van artikel 32.

**§ 2.** Worden eveneens uitgesloten van de in artikel 32 bedoelde forfaitaire financiering de ziekenhuizen waarvan de erkende bedden bij het begin van het dienstjaar waarop het budget wordt vastgesteld, met 25% is toegenomen of verminderd t.o.v. het gemiddelde aantal erkende bedden van het jaar waarop de gegevens slaan, gebruikt voor de vaststelling van het aantal in artikel 46 bedoelde verantwoorde bedden.

**§ 3.** Het in §§1 en 2 bedoelde budget B1 van de ziekenhuizen wordt vastgesteld als volgt:

- voor de ziekenhuizen bedoeld onder §1, eerste zin en §2 wordt de waarde op 30 juni dat het dienstjaar van de vaststelling van Onderdeel B1 voorafgaat, behouden;

- voor de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden is de waarde per bed van het budget B1 gelijk aan 77.993,20 euro voor de privé-ziekenhuizen en aan 79.006,44 euro voor de openbare ziekenhuizen (index 1 januari 2002).

[(15) Vanaf 1 juli 2006 wordt, teneinde de gestegen energiekosten te dekken, een forfaitair bedrag (X) toegekend aan de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden, dat als volgt wordt berekend:

$$X = A/B*C$$

waarbij:

A = het voor alle ziekenhuizen van het Rijk beschikbare budget van 4.434.000 euro (index 01/07/2006)

B = totaal aantal m<sup>2</sup> van de kostenplaatsen 020 tot 499 van alle ziekenhuizen

C = totaal aantal m<sup>2</sup> van de kostenplaatsen 290 tot 299 van het ziekenhuis. ]

**3º** pour le tomographe à émission de positrons (PET scanner) installé dans un service de médecine nucléaire agréé conformément à l'arrêté royal du 12 août 2000, un montant forfaitaire de 282.598,62 euros est alloué.

## Section II. - Partie B du budget

### Sous-section 1re. - Dispositions générales

#### Rubrique 1<sup>ère</sup>. - Sous-partie B1

**Art. 32.** Les coûts couverts par la sous-partie B1 du budget sont financés forfaitairement conformément aux dispositions des articles 37 à 44, ci-après.

**Art. 33. § 1<sup>er</sup>.** Sont exclus du financement forfaitaire, visé à l'article 32, les hôpitaux où sont effectuées à la fois des prestations chirurgicales et médicales exclusivement pour enfants ou exclusivement en rapport avec les tumeurs. Sont assimilés à cette catégorie d'hôpitaux les unités de traitement de grands brûlés. Dans ce cas, les hôpitaux où sont situées ces unités restent, pour les autres types de services hospitaliers, visés par les dispositions de l'article 32.

**§ 2.** Sont également exclus du financement forfaitaire, visé à l'article 32, les hôpitaux dont le nombre de lits agréés au début de l'exercice de fixation du budget est augmenté ou diminué de 25% par rapport au nombre de lits moyen agréés de l'année à laquelle se rapportent les données utilisées pour la détermination du nombre de lits justifiés visés à l'article 46.

**§ 3.** Le budget B1 des hôpitaux visés aux §§1<sup>er</sup> et 2 est fixé comme suit:

- pour les hôpitaux visés dans le §1 première phrase et le §2, la valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation de la Sous-partie B1 est maintenue ;

- pour les unités de grands brûlés, la valeur par lit du budget B1 est égale à 77.993,20 euros pour les hôpitaux privés et 79.006,44 euros pour les hôpitaux publics (index 1<sup>er</sup> janvier 2002).

[(15) A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, pour couvrir l'augmentation des coûts énergétiques, il est octroyé aux unités de traitement de grands brûlés un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A/B*C$$

où:

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 euros (index 01/07/2006)

B = total des m<sup>2</sup> des centres de frais 020 à 499 de tous les hôpitaux

C = total des m<sup>2</sup> des centres de frais 290 à 299 de l'hôpital.]

**Art. 34.** Voor de berekening van de in artikel 32 bedoelde forfaitaire financiering worden er op basis van de in artikel 37 bepaalde kenmerken 5 groepen van ziekenhuizen opgericht.

**Art. 35. § 1.** Voor de toepassing van de kenmerken op de ziekenhuizen die, benevens een Sp-dienst of een eenheid voor de behandeling van zware brandwonden, over andere types ziekenhuisdiensten beschikken, worden de Sp-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden niet in aanmerking genomen.

**§ 2.** De bepalingen van Afdeling II zijn afzonderlijk van toepassing op alle Sp-diensten en de psychiatrische ziekenhuizen

### Rubriek 2. - Onderdeel B2

**Art. 36.** Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen wordt bepaald op basis van een systeem van basispunten en bijkomende punten ten opzichte van de verantwoorde activiteiten van het klassieke hospitalisatie en het chirurgisch dagziekenhuis.

#### Onderafdeling 2. - Onderdeel B1 van het budget van de acute ziekenhuizen

##### Rubriek 1. - Samenstelling van de ziekenhuis-groepen

**Art. 37.** Bij toepassing van artikel 34, worden de groepen van ziekenhuizen op basis van de volgende kenmerken gevormd:  
a) het al dan niet universitaire karakter van het ziekenhuis;  
b) de grootte van het ziekenhuis.

**Art. 38.** [ (4) Als ziekenhuis met universitair karakter worden beschouwd de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2<sup>o</sup>, g), 1<sup>o</sup>, alsook de ziekenhuizen waarvan 75 % van de bedden als universitair wordt aangewezen. ]

**Art. 39.** Onder de grootte van een ziekenhuis wordt verstaan het aantal bestaande en erkende bedden op 1 januari voorafgaand aan het jaar waarin het budget werd vastgesteld.

**Art. 40.** Er worden vijf groepen van ziekenhuizen opgericht, te weten:

1. de groep van ziekenhuizen met een universitair karakter, zoals bedoeld in artikel 38;
2. de groep van ziekenhuizen met minder dan 200 bedden;
3. de groep van ziekenhuizen van 200 tot 299 bedden;
4. de groep van ziekenhuizen met 300 tot 449 bedden;
5. de groep van ziekenhuizen met 450 bedden en meer.

**Art. 34.** Pour le calcul du financement forfaitaire visé à l'article 32, il est constitué 5 groupes d'hôpitaux sur base des caractéristiques définies à l'article 37.

**Art. 35. § 1<sup>er</sup>.** Pour l'application des caractéristiques aux hôpitaux qui disposent, outre un service Sp ou une unité de grands brûlés, d'autres types de services hospitaliers, les services Sp et les unités de grands brûlés ne sont pas pris en considération.

**§ 2.** Les dispositions de la Section II s'appliquent séparément à tous les services Sp et aux hôpitaux psychiatriques.

### Rubrique 2. - Sous-partie B2

**Art. 36.** La sous-partie B2 du budget des moyens financiers est déterminée sur base d'un système de points de base et de points supplémentaires par rapport aux activités justifiées de l'hospitalisation classique et de l'hospitalisation de jour chirurgicale.

#### Sous-section 2. - Sous-partie B1 du budget des hôpitaux aigus

##### Rubrique 1<sup>ère</sup>. - Composition des groupes d'hôpitaux

**Art. 37.** En application de l'article 34, des groupes d'hôpitaux sont formés sur base des caractéristiques suivantes:

- a) le caractère universitaire ou non de l'hôpital;
- b) la taille de l'hôpital.

**Art. 38.** [ (4) Sont considérés comme un hôpital ayant un caractère universitaire les hôpitaux visés à l'article 7, 2<sup>o</sup>, g), 1<sup>o</sup>, ainsi que les hôpitaux dont 75 % des lits sont désignés comme universitaires. ]

**Art. 39.** Il faut entendre par taille de l'hôpital, le nombre de lits agréés et existants au 1<sup>er</sup> janvier précédent l'exercice de fixation du budget.

**Art. 40.** Il est constitué cinq groupes d'hôpitaux, à savoir:

1. le groupe des hôpitaux avec un caractère universitaire, comme visé à l'article 38;
2. le groupe des hôpitaux de moins de 200 lits;
3. le groupe des hôpitaux de 200 à 299 lits;
4. le groupe des hôpitaux de 300 à 449 lits;
5. le groupe des hôpitaux de 450 lits et plus.

**Rubriek 2. - Vaststelling van het forfait B1**

**Art. 41. § 1.** De vaststelling van het forfait B1 van een ziekenhuis betreft de volgende gemeenschappelijke diensten:

1. algemene kosten;
2. onderhoud;
3. verwarming;
4. administratie;
5. wasserij - linnen;
6. voeding;
7. internaat.

**§ 2.** Vallen niet onder het forfait de in de artikelen 14, 15, 16, 17 en 19 bedoelde kosten, die respectievelijk door de onderdelen B3, B4, B5, B6 en B8 gedekt worden.

**Art. 42. [ (8) § 1.]** Met het oog op de vaststelling van het forfait B1 worden de volgende bewerkingen uitgevoerd:

[(16) [(29) **1ste bewerking:** het beschikbare nationale budget van elk van de in artikel 40 bedoelde groepen wordt gevormd door de som van de budgetten waarover de ziekenhuizen van elke groep beschikken de dag die het dienstjaar voorafgaat waarin het budget B1 vastgesteld werd, voor toepassing van de 8<sup>e</sup> bewerking, en dat na aftrek van de internaatkosten.]

Vanaf 1 juli 2007 wordt het beschikbare nationale budget verhoogd met het bedrag van onderdeel B1 betreffende de chirurgische daghospitalisatie dat op 30 juni 2007 is toegekend teneinde de bijbehorende lasten te dekken. ]

**2e bewerking:** binnen elke groep wordt het beschikbare budget verdeeld over elke gemeenschappelijke dienst overeenkomstig de onderstaande percentages:

**Rubrique 2. - Fixation du forfait B1**

**Art. 41. § 1<sup>er</sup>.** La fixation du forfait B1 d'un hôpital concerne les services communs suivants:

1. frais généraux;
2. entretien;
3. chauffage;
4. administration;
5. buanderie - lingerie;
6. alimentation;
7. internat.

**§ 2.** Ne sont pas repris dans le forfait les frais visés aux articles 14, 15, 16, 17 et 19 couverts respectivement par les sous-parties B3, B4, B5, B6, et B8.

**Art. 42. [ (8) § 1<sup>er</sup>.]** En vue de fixer le forfait B1, il est procédé aux opérations suivantes:

[(16) [(29) **1ère opération:** le budget national disponible de chacun des groupes dont question à l'article 40 est constitué de l'addition des budgets dont disposaient les hôpitaux de chaque groupe le jour précédent l'exercice de fixation du budget B1, avant application de la 8<sup>e</sup> opération et déduction faite des frais d'internat.]

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, le budget national disponible est augmenté du montant de la sous-partie B1 de l'hospitalisation chirurgicale de jour, octroyé au 30 juin 2007 en vue de couvrir les charges y afférentes. ]

**2e opération:** à l'intérieur de chaque groupe, le budget disponible est réparti entre chaque service commun suivant les pourcentages ci-dessous:

Gemeenschappelijke dienst / Service commun	Percentage / Pourcentage				
Groepen / Groupes	Univ.	<200 bedden/lits	200 tot/à 299	300 tot/à 449	450 en meer/et plus
Algemene kosten / Frais généraux	6	6	6	7	7
Onderhoud / Entretien	29	30	29	30	30
Verwarming / Chauffage	2	2	2	2	2
Administratieve kosten Frais administratifs	35	30	29	29	28
Wasserij - linnen/ Buanderie – lingerie	11	10	10	10	10
Voeding / Alimentation	17	22	24	22	23

**3e bewerking:** binnen elke groep en voor elke gemeenschappelijke dienst wordt het beschikbare budget verdeeld over de ziekenhuizen van de groep op basis van de volgende verdeelsleutels:

**1<sup>o</sup> Algemene kosten:**

$$(2/3 \times A) + (1/3 \times B)$$

waarbij:

[(16) A = het aantal m<sup>2</sup> van de eenheid voor chirurgische daghospitalisatie en het aantal m<sup>2</sup> van de diensten bedoeld in artikel 8, a) tot d), gewogen op basis van het aantal m<sup>2</sup> per bed overeenkomstig de volgende formules: ]

a) voor de niet-universitaire ziekenhuizen:

**3e opération:** à l'intérieur de chaque groupe et pour chaque service commun, le budget disponible est réparti entre les hôpitaux du groupe sur base des clés de répartition ci-après:

**1<sup>o</sup> Frais généraux:**

$$(2/3 \times A) + (1/3 \times B)$$

où:

[(16) A = le nombre de m<sup>2</sup> de l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour et le nombre de m<sup>2</sup> dans les services visés à l'article 8, a) à d), pondéré en fonction du nombre de m<sup>2</sup> par lit suivant les formules suivantes : ]

a) pour les hôpitaux non-universitaires :

Nombre de m <sup>2</sup> par lit dans les unités et services visés à l'article 8 Aantal m <sup>2</sup> per bed in de eenheden en diensten bedoeld in artikel 8	Unités d'œuvre retenues pour les frais généraux Werkeenheden weerhouden voor de algemene kosten
M <sub>li</sub> < 48	M <sup>2i</sup> = 48 x L <sub>i</sub>
48 < M <sub>li</sub> < 55	M <sup>2i</sup> = (48 x L <sub>i</sub> ) + [1/2 (M <sub>li</sub> - 48) x L <sub>i</sub> ]
55 < M <sub>li</sub>	M <sup>2i</sup> = (51,5 x L <sub>i</sub> ) + [1/4 (M <sub>li</sub> - 55) x L <sub>i</sub> ]

waarbij :

M<sub>li</sub> = aantal m<sup>2</sup> per bed in de eenheden en diensten van het ziekenhuis i bedoeld in artikel 8, a), en b);

L<sub>i</sub> = aantal bedden in ziekenhuis i;

M<sup>2i</sup> = aantal voor ziekenhuis i in aanmerking genomen m<sup>2</sup>.

b) voor de universitaire ziekenhuizen:

où:

M<sub>li</sub> = nombre de m<sup>2</sup> par lit dans les unités et services de l'hôpital i visés à l'article 8, a), et b);

L<sub>i</sub> = nombre de lits dans l'hôpital i;

M<sup>2i</sup> = nombre de m<sup>2</sup> retenu pour l'hôpital i.

b) pour les hôpitaux universitaires:

M <sub>li</sub> < 75	M <sup>2i</sup> = 75 x L <sub>i</sub>
75 < M <sub>li</sub> < 86	M <sup>2i</sup> = [(75 x L <sub>i</sub> ) + (1/2 (M <sub>li</sub> - 75))] x L <sub>i</sub>
86 < M <sub>li</sub>	M <sup>2i</sup> = (80 x L <sub>i</sub> ) + [1/4 (M <sub>li</sub> - 86)] x L <sub>i</sub>

De bovenstaande letters hebben dezelfde betekenis als in de formules vermeld onder a).

[(16) B = het aantal m<sup>2</sup> berekend onder A, a) en b) waarbij het gedeelte van het operatiekwartier voor de klassieke hospitalisatie en voor de chirurgische daghospitalisatie, van de spoedgevallendiensten, de eenheid voor chirurgische daghospitalisatie en de C-, D- en E - bedden van intensieve aard in het geheel van de diensten met 25 % wordt vermeerderd en het gedeelte van de administratie met 25 % wordt verminderd. ]

Om de oppervlakte van de C-, D- en E-bedden van intensieve aard te berekenen, wordt rekening gehouden met een percentage van bedden van intensieve aard, vastgesteld overeenkomstig artikel 46, §2, 2<sup>o</sup>, c), in verhouding tot het totaal aantal C, D en E-bedden.

Les lettres reprises ci-dessus ont la même signification que pour les formules reprises sous a).

[(16) B = le nombre de m<sup>2</sup> calculé sous A, a) et b) adapté en augmentant de 25 % la partie relative au quartier opératoire de l'hospitalisation classique et au quartier opératoire de l'hospitalisation chirurgicale de jour, aux services d'urgences, à l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour et aux lits C, D, E à caractère intensif dans l'ensemble des services et en diminuant de 25 % la partie relative à l'administration. ]

Pour calculer les surfaces relatives aux lits C, D, E à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de lits à caractère intensif tel que fixé conformément à l'article 46, §2, 2<sup>o</sup>, c), par rapport au nombre total de lits C, D et E.

[(16) 2° **Onderhoud**: het aantal m<sup>2</sup> van de in artikel 8 bedoelde diensten, gewogen volgens de formule van punt 1°, A), a), en b), vermeerderd met 50 % voor het gedeelte van het operatiekwartier voor de klassieke hospitalisatie en voor de chirurgische daghospitalisatie en met 25 % voor de eenheid chirurgische daghospitalisatie, met uitzondering van het operatiekwartier, voor de intensieve neonatologie, de spoedgevallendienst en de C, D- en E - bedden van intensieve aard in het geheel van de diensten, en verminderd met 50 % voor het gedeelte van de administratie.]

Om de oppervlakte van de C-, D- en E-bedden van intensieve aard te berekenen, wordt rekening gehouden met een percentage van bedden van intensieve aard, vastgesteld overeenkomstig artikel 46, §2, 2°, c), in verhouding tot het totaal aantal C-, D- en E-bedden.

**3° Verwarming:** het aantal m<sup>2</sup> van de in artikel 8 bedoelde diensten, gewogen volgens de formule van punt 1°, A), a) en b).

[(16) 4° **Administratieve kosten**: het aantal resulterend uit de volgende formule :

$$A + (0,05 * J_1) + [(29) (0,05 * J_2)] + 43 * P$$

waarbij :

A = aantal opnamen in klassieke hospitalisatie en in chirurgische daghospitalisatie van het laatst bekende dienstjaar ;

J<sub>1</sub> = aantal ligdagen in klassieke hospitalisatie gedurende het laatst bekende dienstjaar, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 % voor de klassieke hospitalisatie;

J<sub>2</sub> = aantal ligdagen in chirurgische daghospitalisatie gedurende het laatst bekende dienstjaar;

P = aantal verpleegkundige en verzorgende personeelsleden in de in artikel 8, a), en b), bedoelde eenheden en diensten, uitgedrukt in voltijds equivalenten. Dat aantal houdt rekening met de volgende maxima:

- voor de verpleegkundigheden, de in artikel 45, §8, bedoelde normen, berekend op basis van de erkende bedden, vermeerderd met het krachtens de verschillende sociale akkoorden toegekende personeel;
- voor de bedden van intensieve aard, het aantal bedden berekend overeenkomstig artikel 46, §2, 2°, c), vermenigvuldigd met 2 voltijdse equivalenten;
- voor het operatiekwartier m.b.t. de klassieke hospitalisatie en de chirurgische daghospitalisatie, voor de spoedgevallendiensten en de centrale sterilisatie, het aantal punten toegekend in toepassing van artikel 46, §3, 2°, a), b) en d), gedeeld door 2,5;
- voor de eenheid chirurgische daghospitalisatie wordt het aantal punten, toegekend in toepassing van punt 4 van bijlage 3, gedeeld door 2,5;
- 1 FTE hoofd van het verpleegkundig departement per ziekenhuis;
- 1 FTE middenkader per 150 erkende bedden;
- voor de openbare ziekenhuizen, het personeel dat wordt gefinancierd voor de vervangingen van de afwezigheden van lange duur;

[(16) 2° **Entretien**: le nombre de m<sup>2</sup> des services visés à l'article 8, pondéré selon la formule reprise sous le point 1°, A), a) et b), augmenté de 50 % pour la partie relative au quartier opératoire de l'hospitalisation classique et de l'hospitalisation chirurgicale de jour et de 25 % pour l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour, hors quartier opératoire, la néonatalogie intensive, le service d'urgence et les lits C, D, E à caractère intensif dans l'ensemble des services et diminué de 50 % pour la partie relative à l'administration.]

Pour calculer les surfaces relatives aux lits C, D, E à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de lits à caractère intensif tel que fixé conformément à l'article 46, §2, 2°, c), par rapport au nombre total de lits C, D et E.

**3° Chauffage:** le nombre de m<sup>2</sup> des services visés à l'article 8 pondéré selon la formule reprise sous le point 1°, A), a) et b).

[(16) 4° **Frais administratifs** : le nombre résultant de la formule suivante :

$$A + (0,05 * J_1) + [(29) (0,05 * J_2)] + 43 * P$$

où:

A = nombre d'admissions en hospitalisation classique et en hospitalisation chirurgicale de jour du dernier exercice connu ;

J<sub>1</sub> = nombre de journées en hospitalisation classique réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 % pour l'hospitalisation classique ;

J<sub>2</sub> = nombre de journées en hospitalisation chirurgicale de jour réalisées durant le dernier exercice connu ;

P = nombre de membres du personnel infirmier et soignant présents dans les unités et services visés à l'article 8, a), et b), exprimé en équivalents temps plein. Ce nombre tient compte des maxima suivants :

- pour les unités de soins, les normes visées à l'article 45, §8, calculées sur base des lits agréés, augmentées du personnel octroyé en vertu des différents accords sociaux ;
- pour les lits à caractère intensif, le nombre de lits calculé conformément à l'article 46, §2, 2°, c), multiplié par 2 équivalents temps plein ;
- pour le bloc opératoire de l'hospitalisation classique et de l'hôpital chirurgical de jour, l'urgence et la stérilisation centrale, le nombre de points attribués en application de l'article 46, §3, 2°, a), b), et d), divisé par 2,5 ;
- pour l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour, le nombre de points attribués, en application du point 4 de l'annexe 3, est divisé par 2,5 ;
- 1 ETP chef du département infirmier par hôpital ;
- 1 ETP cadre intermédiaire par 150 lits agréés ;
- pour les hôpitaux publics, le personnel financé pour les remplacements des absences de longue durée ;

- voor de eerste werkervaringsovereenkomsten, het aantal, beperkt tot 1,8 %, van de personeelsformatie, uitgedrukt in voltijds equivalenten, dat in dienst was op 30 juni van het kalenderjaar dat het beschouwde dienstjaar voorafging;
- voor de door het interdepartementaal Fonds voor de bevordering van de werkgelegenheid gesubsidieerde contractuelen, het aantal tewerkgestelde uitgedrukt in voltijds equivalenten die gedurende het beschouwde kalenderjaar in dienst zijn;
- de verpleegkundige ziekenhuishygiënist(e) waarvan het aantal vastgesteld wordt in toepassing van artikel 56;
- het in het kader van de ‘Sociale Maribel’ aangeworven personeel;
- het in toepassing van artikel 51 toegekende personeel;
- het bijkomend personeel, bedoeld in artikel 15, 26° van dit besluit.]

[(16) 5° Wasserij - linnen: het aantal ligdagen in klassieke hospitalisatie gedurende het laatst bekende dienstjaar, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 %, en het aantal ligdagen in chirurgische daghospitalisatie, met dien verstande dat de ligdagen in de eenheid chirurgische daghospitalisatie en in de C-, M-, [(54) met inbegrip van de geraliseerde dagen in MIC-bedden ] NIC- en G-diensten en de D- en E-bedden van intensieve aard, gewogen worden met een coëfficiënt gelijk aan 1,25. ]

Om het aantal verpleegdagen gerealiseerd in de bedden van intensieve aard te berekenen wordt er rekening gehouden met een percentage verpleegdagen, vastgesteld overeenkomstig artikel 46, §2, 2°, c), ten opzichte van het aantal verpleegdagen van de D- en E-diensten.

[(16) 6° Voeding: het aantal ligdagen in klassieke hospitalisatie gedurende het laatst bekende dienstjaar, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 %, en het aantal ligdagen in chirurgische daghospitalisatie, gewogen met een coëfficiënt gelijk aan 0,44. ]

[(25) 4<sup>e</sup> bewerking: opgeheven ]

[(15) 5<sup>e</sup> bewerking: opgeheven ]

[(4) [(29) 6<sup>e</sup> bewerking: de bedragen berekend overeenkomstig de derde bewerking worden voor elk ziekenhuis opgeteld.]

[(4) 7<sup>e</sup> bewerking: de overgang van het huidige budget naar budget B1 geschiedt geleidelijk.

De aanpassing wordt vastgesteld :

- op 34 % van het verschil tussen het op 1 juli 2002 vastgestelde budget en het huidige in de 1ste bewerking bedoelde budget, met inbegrip evenwel van het internaat;
- op [(4) 20 %] van het verschil tussen het op 1 juli 2003 vastgestelde budget en het in de 1ste bewerking bedoelde huidige budget met inbegrip evenwel van het internaat;
- [(8) 25 %] van het verschil tussen het budget vastgesteld op 1 juli 2004 en het actueel budget volgens de 1ste bewerking, maar het internaat inbegrepen; ]

- pour les conventions de premier emploi, le nombre limité à 1,8 % de l'effectif exprimé en équivalent temps plein occupé au 30 juin de l'année civile précédent l'exercice considéré ;
- pour les contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi, le nombre exprimé en équivalents temps plein occupés pendant l'année civile considérée ;
- l'infirmier(e) en hygiène hospitalière dont le nombre est fixé en application de l'article 56 ;
- le personnel recruté ‘Maribel Social’ ;
- le personnel octroyé en application de l'article 51 ;
- le personnel supplémentaire visé à l'article 15, 26° du présent arrêté. ]

[(16) 5° Buanderie - lingerie: le nombre de journées d'hospitalisation classique réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 %, et le nombre de journées réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour, étant entendu que les journées réalisées dans l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour et dans les services C, M, [(54) y compris les journées réalisées dans les lits MIC, ] NIC, G et lits D et E à caractère intensif sont pondérées par un coefficient égal à 1,25. ]

Pour calculer le nombre de journées d'hospitalisation réalisé dans les lits à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de journées d'hospitalisation, fixé conformément à l'article 46, §2, 2°, c), par rapport au nombre de journées d'hospitalisation des services D et E.

[(16) 6° Alimentation: le nombre de journées d'hospitalisation classique réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 % et le nombre de journées réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour pondérées par 1 coefficient de 0,44.]

[(25) 4<sup>e</sup> opération: abrogé ]

[(15) 5<sup>e</sup> opération: abrogé ]

[(4) [(29) 6<sup>e</sup> opération: les montants calculés conformément à la 3<sup>e</sup> opération sont additionnés pour chaque hôpital.]

[(4) 7<sup>e</sup> opération: le passage du budget actuel vers le budget B1 s'effectue progressivement.

L'ajustement est fixé à :

- 34 % de la différence entre le budget fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2002 et le budget actuel visé à la 1<sup>ère</sup> opération mais y compris l'internat ;
- [(4) 20 %] de la différence entre le budget fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2003 et le budget actuel visé à la 1<sup>ère</sup> opération mais y compris l'internat ;
- [(8) 25 %] de la différence entre le budget fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2004 et le budget actuel visé à la 1<sup>ère</sup> opération mais y compris l'internat ; ]

- [(25) op 60 % van het verschil tussen het op 1 juli 2005 vastgestelde budget en het huidige in de 1ste bewerking bedoelde budget, met inbegrip evenwel van het internaat;
- op 100 % van het verschil tussen het op 1 juli 2006 vastgestelde budget en het huidige in de 1ste bewerking bedoelde budget, met inbegrip evenwel van het internaat.]

[ (4) opgeheven]

[ (4) Onder huidig budget moet worden verstaan het budget waarvan sprake in de 1<sup>ste</sup> bewerking met inbegrip van het internaat. [(25) opgeheven] ]

[ (25) opgeheven ]

[ (4) [(29) 8<sup>e</sup> bewerking]: 50 % van de na de 3<sup>e</sup> bewerking verkregen bedragen voor de bestanddelen algemene onkosten, onderhoud, verwarming en de administratieve kosten en 100 % van de na de 3<sup>e</sup> bewerking verkregen bedragen voor de bestanddelen was-linnen en voeding wordt aangepast door deze te delen door het aantal ligdagen, met inbegrip van de ligdagen heelkundige daghospitalisatie, gerealiseerd tijdens het referentiedienstjaar voor de berekening van de in artikel 46 bedoelde verantwoorde bedden en door ze te vermenigvuldigen met het aantal verantwoorde dagen berekend volgens de modaliteiten van bijlage 3 van dit besluit.

Het verschil tussen de aldus verkregen bedragen en de bedragen verkregen na de derde bewerking komen in aanmerking voor 60 % vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2005. Het genoemde verschil wordt voor 100% in aanmerking genomen vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2006.]

[ (4) 9<sup>e</sup> bewerking]: de na de [(7) 7<sup>e</sup> en 8<sup>e</sup> bewerking] verkregen bedragen worden opgeteld. Voor het geheel van de ziekenhuizen mogen die het voor dat Onderdeel nationale beschikbare budget niet overschrijden.

[(29) Bij de uitkomst na de 9<sup>de</sup> bewerking worden de internaatkosten bijgeteld.]

[(16) 10<sup>de</sup> bewerking: voor de in artikel 33, § 1 en 2 bedoelde ziekenhuizen wordt de financiering die is toegekend om de lasten van de chirurgische daghospitalisatie te dekken, vastgesteld op de waarde op 30 juni die het dienstjaar voorafgaat waarin onderdeel B1 werd vastgesteld.]

[ (4) 11<sup>e</sup> bewerking]:

1° Binnen de limieten van het beschikbare budget en om de sociale dienst van het ziekenhuis te versterken, wordt er :

a) aan de ziekenhuizen waaraan bij toepassing van artikel 46 verantwoorde G-bedden toegekend worden, een forfaitair bedrag toegekend, berekend als volgt :

A + B

waarbij:

A = 25 % van het beschikbare budget gedeeld door het aantal betrokken ziekenhuizen. Om het aantal betrokken ziekenhuizen te bepalen, worden de ziekenhuizen dewelke genieten van

- [(25) 60 % de la différence entre le budget fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2005 et le budget actuel visé à la 1<sup>ère</sup> opération mais y compris l'internat ;
- 100 % de la différence entre le budget fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et le budget actuel visé à la 1<sup>ère</sup> opération mais y compris l'internat.]

[ (4) abrogé]

[ (4) Par budget actuel, il faut entendre le budget dont question à la 1<sup>ère</sup> opération, y compris l'internat. [(25) abrogé] ]

[ (25) abrogé ]

[ (4) [(29) 8<sup>e</sup> opération]: 50 % des montants obtenus après la 3<sup>e</sup> opération en ce qui concerne les éléments frais généraux, entretien, chauffage et Frais administratifs et 100 % des montants obtenus après la 3<sup>e</sup> opération en ce qui concerne les éléments buanderie-lingerie et alimentation sont adaptés en les divisant par le nombre de journées d'hospitalisation, en ce compris les journées d'hospitalisation chirurgicale de jour, réalisées durant l'exercice de référence pour le calcul des lits justifiés visés à l'article 46 et en les multipliant par le nombre de journées justifiées calculées selon les modalités de l'annexe 3 au présent arrêté.

La différence entre les montants ainsi obtenus et les montants obtenus après la 3<sup>e</sup> opération sont retenus à raison de 60 % à partir de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2005. La différence précitée est retenue à 100 % à partir de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2006.]

[ (4) 9<sup>e</sup> opération]: les montants obtenus après les [(7) 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> opération] sont additionnés et ne peuvent, pour l'ensemble des hôpitaux, dépasser le budget national disponible pour cette sous-partie.

[(29) Au montant calculé au terme de la 9<sup>e</sup> opération sont ajoutés les frais d'internat.]

[(16) 10<sup>de</sup> opération: pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§1<sup>er</sup> et 2, le financement accordé en vue de couvrir les charges liées à l'hospitalisation chirurgicale de jour est fixé à la valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation de la sous-partie B1.]

[ (4) 11<sup>e</sup> opération]:

1° Dans les limites du budget disponible et afin de renforcer le service social de l'hôpital, il est octroyé :

a) aux hôpitaux pour lesquels des lits justifiés G sont attribués en application de l'article 46, un montant forfaitaire calculé comme suit :

A + B

où :

A = 25 % du budget disponible divisé par le nombre hôpitaux concernés. Pour déterminer le nombre d'hôpitaux

verantwoorde G-bedden maar niet over erkende G-bedden beschikken, geteld voor 0,25;

B = 75 % van het beschikbare budget gedeeld door het totale aantal verantwoorde G-bedden en vermenigvuldigd met het aantal verantwoorde G-bedden van het betrokken ziekenhuis.

[(15) b) aan alle acute ziekenhuizen een forfaitair bedrag toegekend, berekend als volgt :

- de ziekenhuizen worden in opklimmende volgorde van [(27) de in artikel 78, 1<sup>o</sup> bedoelde score] in decielen gerangschikt.

Aan elk deciel wordt de volgende vermenigvuldigingscoëfficiënt toegekend :

1<sup>e</sup> deciel : 1,50  
2<sup>e</sup> deciel : 1,40  
3<sup>e</sup> deciel : 1,30  
4<sup>e</sup> deciel : 1,20  
5<sup>e</sup> deciel : 1,10  
6<sup>e</sup> deciel : 1,00  
7<sup>e</sup> deciel : 0,90  
8<sup>e</sup> deciel : 0,80  
9<sup>e</sup> deciel : 0,70  
10<sup>e</sup> deciel : 0,60

- het aantal in bijlage 3 bedoelde verantwoorde dagen van het ziekenhuis wordt gewogen door de vermenigvuldigingsfactor toe te passen, die overeenstemt met de plaats die het ziekenhuis in de in het eerste gedachtenstreepje bedoelde rangschikking in decielen inneemt.
- het beschikbare budget wordt gedeeld door het totale aantal verantwoorde dagen waarvan sprake in het tweede gedachtenstreepje en vermenigvuldigd met het aantal verantwoerde dagen van het betrokken ziekenhuis.

[(22) Om het bedrag te behouden, moeten de ziekenhuizen het ontslagmanagement implementeren en/of ontwikkelen, overeenkomstig de beginselen bepaald door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, in overleg met de ziekenhuizen en de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.]

[(21) opgeheven]

[(21) opgeheven]]

**2<sup>o</sup>** Aan de ziekenhuizen met erkende K-dag- en/of K-nachtbedden wordt er met het oog op de dekking van de lasten voor het patiëntenvervoer een forfaitair bedrag toegekend van:

- 2.478,94 euro voor de diensten met minder dan 5 bedden;
- 12.394,68 euro voor de diensten met 5 tot 10 bedden;
- 24.789,35 euro voor de diensten van 11 tot 15 bedden;
- 37.184,03 euro voor de diensten met meer dan 15 bedden.

[(21) opgeheven]

[(14) [(39) **3<sup>o</sup>** opgeheven ]]

concernés, les hôpitaux bénéficiant de lits justifiés G mais ne disposant pas de lits agréés G sont comptés pour 0,25 ; B = 75 % du budget disponible divisé par le nombre total de lits justifiés G et multiplié par le nombre de lits justifiés G de l'hôpital concerné.

[(15) b) à tous les hôpitaux aigus, un montant forfaitaire calculé comme suit :

- les hôpitaux sont classés en déciles selon la valeur croissante [(27) du score déterminé à l'article 78, 1<sup>o</sup>].

A chaque décile est attribué le coefficient multiplicateur suivant :

1<sup>er</sup> décile : 1,50  
2<sup>e</sup> décile : 1,40  
3<sup>e</sup> décile : 1,30  
4<sup>e</sup> décile : 1,20  
5<sup>e</sup> décile : 1,10  
6<sup>e</sup> décile : 1,00  
7<sup>e</sup> décile : 0,90  
8<sup>e</sup> décile : 0,80  
9<sup>e</sup> décile : 0,70  
10<sup>e</sup> décile : 0,60

- le nombre de journées justifiées de l'hôpital visées à l'annexe 3 est pondéré en y appliquant le coefficient multiplicateur correspondant à la place occupée par l'hôpital dans le classement en déciles visé au premier tiret.

- le budget disponible est divisé par le nombre total de journées justifiées dont question au deuxième tiret et multiplié par le nombre de journées justifiées dont question au deuxième tiret de l'hôpital concerné.

[(22) Pour conserver ce montant, les hôpitaux doivent implémenter et/ou développer la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins conformément aux principes définis par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement en concertation entre les hôpitaux et le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions.]

[(21) abrogé]

[(21) abrogé]]

**2<sup>o</sup>** Aux hôpitaux disposant de lits agréés K-jour et/ou K-nuit, il est alloué, en vue de prendre en charge les frais de transport des patients, un montant forfaitaire de :

- 2.478,94 euros pour les services de moins de 5 lits ;
- 12.394,68 euros pour les services comptant de 5 à 10 lits ;
- 24.789,35 euros pour les services comptant de 11 à 15 lits ;
- 37.184,03 euros pour les services comptant plus de 15 lits.

[(21) abrogé]

[(14) [(39) **3<sup>o</sup>** abrogé ]]

[(8) § 2. De volgende actualisatie van de berekeningen van de 6 eerste bewerkingen gebeurt op 1 juli 2005 en vervolgens om de twee jaar.]

[(15) § 3. Vanaf 1 juli 2006 wordt, teneinde de gestegen energiekosten te dekken, een forfaitair bedrag (X) toegekend aan alle algemene ziekenhuizen met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden, dat als volgt wordt berekend:

$$X = A/B*C$$

waarbij:

A = het voor alle ziekenhuizen van het Rijk beschikbare budget van 4.434.000 euro (index 01/07/2006)

B = totaal aantal m<sup>2</sup> van de kostenplaatsen 020 tot 499 van alle ziekenhuizen

C = totaal aantal m<sup>2</sup> van de kostenplaatsen 020 tot 289, 300 tot 309 en 320 tot 499 van het ziekenhuis.]

### **[(25) Onderafdeling 3. - Onderdeel B1 van de geïsoleerde G-diensten en van de Sp-diensten]**

[(25) Art. 43. § 1. Het budget B1 geïsoleerde G-diensten en van de Sp-diensten, buiten de Sp-diensten voor palliatieve zorg, wordt vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget B1 vastgesteld wordt. Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget B1 berekend als volgt:

1° indien JR > Q

$$(B1 \times Q) + [(JR - Q) \times 0,25 \times B1]$$

2° indien JR = Q

$$B1 \times Q$$

3° indien JR < Q

$$B1 \times JR$$

waarbij :

JR = tijdens het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen;

Q = quotum van verpleegdagen 2002, bedoeld in artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986;

B1 = waarde per dag op 30 juni 2002 van onderdeel B1 buiten toepassing van de middelen betreffende de kosten van aansluiting, bedoeld in artikel 15, 23°.

§ 2. Vanaf 1 juli 2006 wordt aan de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten met 80 bedden en meer een forfaitair bedrag van 20.427,88 euro (index 01/07/2006) toegekend om de sociale dienst van de betrokken diensten te versterken.

Om het bedrag te behouden, moeten de ziekenhuizen het ontslagmanagement implementeren en/of ontwikkelen, overeenkomstig de beginselen bepaald door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, in overleg met de ziekenhuizen en de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

[(8) § 2. La prochaine actualisation des calculs des 6 premières opérations interviendra le 1er juillet 2005 et, ensuite, tous les deux ans.]

[(15) § 3. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, pour couvrir l'augmentation des coûts énergétiques, il est octroyé aux hôpitaux généraux hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A/B*C$$

Où:

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 euros (index 01/07/2006)

B = total des m<sup>2</sup> des centres de frais 020 à 499 de tous les hôpitaux

C = total des m<sup>2</sup> des centres de frais 020 à 289, 300 à 309 et 320 à 499 de l'hôpital.]

### **[(25) Sous-section 3. - Sous-partie B1 des services G isolés et des services Sp]**

[(25) Art. 43. § 1<sup>er</sup>. Le budget B1 des services G isolés et des services Sp, hormis les services Sp-soins palliatifs, est fixé à sa valeur au 30 juin précédent l'exercice de fixation du budget B1. Cependant, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget B1 est calculé de la manière suivante :

1° si JR > Q

$$(B1 \times Q) + [(JR - Q) \times 0,25 \times B1]$$

2° si JR = Q

$$B1 \times Q$$

3° si JR < Q

$$B1 \times JR$$

Où:

JR = journées réalisées pendant l'exercice 2000 ;

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 visé à l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 ;

B1 = valeur par jour au 30 juin 2002 de la sous-partie B1 hors application des moyens relatifs aux frais d'affiliation visés à l'article 15, 23°.

§ 2. Pour les services G isolés et les services Sp de 80 lits et plus, un montant forfaitaire de 20.427,88 euros (index 01/07/2006) est alloué à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006 en vue de renforcer le service social du service.

Pour conserver ce montant, les hôpitaux doivent implémenter et/ou développer la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins conformément aux principes définis par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement en concertation entre les hôpitaux et le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions.

**§ 3.** Het budget B1 van de Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt vastgesteld op 17.821,03 euro (index op 1 januari 2002) per bed.

**§ 4.** Vanaf 1 juli 2006 wordt, teneinde de gestegen energiekosten te dekken, een forfaitair bedrag (X) toegekend aan de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten, dat als volgt wordt berekend:

$$X = A/B*C$$

waarbij:

A = het voor alle ziekenhuizen van het Rijk beschikbare budget van 4.434.000 euro (index 01/07/2006)

B = totaal aantal m<sup>2</sup> van de kostenplaatsen 020 tot 499 van alle ziekenhuizen

C = totaal aantal m<sup>2</sup> van het ziekenhuis overeenkomstig de volgende bepalingen:

- voor de Sp-diensten: kostenplaats 310 tot 319 met uitsluiting van 314;
- voor de Sp-diensten voor palliatieve zorg: kostenplaats 314;
- voor de geïsoleerde Sp-diensten met uitzondering van de Sp-diensten voor palliatieve zorg: kostenplaatsen 020 tot 199 en 310 tot 319, met uitsluiting van 314;
- voor de geïsoleerde Sp-diensten voor palliatieve zorg: kostenplaatsen 020 tot 199 en 314;
- voor de geïsoleerde G-diensten: kostenplaatsen 020 tot 199 en 300 tot 309. ]

#### Onderafdeling 4 – Onderdeel B1 van de psychiatrische ziekenhuizen.

**Art. 44. § 1.** Het budget B1 van de psychiatrische ziekenhuizen wordt vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarop het budget B1 vastgesteld wordt. Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget B1 niettemin vastgesteld als volgt:

$$B1 \times Q$$

waarbij :

Q = quotum van verpleegdagen 2002, bedoeld in artikel 54 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986.

B1 = waarde per dag op 30 juni 2002 van Onderdeel B1 buiten toepassing van de middelen betreffende de kosten van aansluiting, bedoeld in artikel 15, 23°.

**§ 2.** De bepalingen van artikel [ (7) 42, 11<sup>e</sup> bewerking, 2°, ] zijn van toepassing op de psychiatrische ziekenhuizen.

[(26) **§3. 1°** Vanaf 1 juli 2005 wordt onderdeel B1 van de psychiatrische ziekenhuizen met een forfaitair bedrag (M) verhoogd voor zover het budget B1 dat op 30 juni 2005 van kracht is, uitgedrukt per bed, onder het nationale gemiddelde ligt.

Het bedrag (M) wordt als volgt berekend:

$$M = \frac{1.445.000 \text{ euro}}{\text{bedden}_{\text{hz}}} * \text{bedden}_{\text{hi}}$$

**§ 3.** Le budget B1 des services Sp-soins palliatifs est fixé à 17.821,03 euros (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) par lit.

**§ 4.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, pour couvrir l'augmentation des coûts énergétiques, il est octroyé aux services G isolés et aux services Sp un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A/B*C$$

où:

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 euros (index 01/07/2006)

B = total des m<sup>2</sup> des centres de frais 020 à 499 de tous les hôpitaux

C = total des m<sup>2</sup> de l'hôpital suivant les conditions suivantes :

- pour les services Sp : centres de frais 310 à 319 à l'exclusion de 314 ;
- pour les services Sp soins palliatifs: centre de frais 314 ;
- pour les services Sp isolés, hors Sp soins palliatifs : centres de frais 020 à 199 et 310 à 319, sauf 314 ;
- pour les services Sp soins palliatifs isolés : centres de frais 020 à 199 et 314 ;
- pour les services G isolés : centres de frais 020 à 199 et 300 à 309. ]

#### Sous-section 4. - Sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques

**Art. 44. § 1<sup>er</sup>.** Le budget B1 des hôpitaux psychiatriques est fixé à sa valeur au 30 juin précédent l'exercice de fixation du budget B1. Cependant, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget B1 est calculé de la manière suivante :

$$B1 \times Q$$

où :

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 visé à l'article 54 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

B1 = valeur par jour au 30 juin 2002 de la Sous-partie B1 hors application des moyens relatifs aux frais d'affiliation visés à l'article 15, 23°.

**§ 2.** Les dispositions de l'article [ (7) 42, 11<sup>e</sup> opération, 2°, ] sont d'application pour les hôpitaux psychiatriques.

[(26) **§3. 1°** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2005, la sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques est augmentée d'un montant forfaitaire (M) pour autant que le budget B1 en vigueur au 30 juin 2005, exprimé par lit, soit inférieur à la moyenne nationale.

Le montant (M) est calculé comme suit :

$$M = \frac{1.445.000 \text{ euros}}{\text{lits}_{\text{hz}}} * \text{lits}_{\text{hi}}$$

waarbij :

- 1.445.000 euro (index 01/07/2005) gelijk is aan het beschikbare budget ;
- bedden hi = het aantal erkende bedden van het ziekenhuis op 1 januari 2005 ;
- bedden hz = het aantal erkende bedden op 1 januari 2005 van de ziekenhuizen die beantwoorden aan de voorwaarde bedoeld in het eerste lid.

De toekenning van het bedrag M mag niet tot gevolg hebben dat het nieuwe budget B1 per ziekenhuisbed hoger ligt dan het nationale gemiddelde. Desgevallend wordt het bedrag M verminderd en wordt het aldus vrijgemaakte budget aan de andere betrokken ziekenhuizen toegekend.

**2º** Vanaf 1 juli 2006 wordt een bedrag van 2.445.000 euro (index 01/07/2006) verdeeld onder die psychiatrische ziekenhuizen waarvan het bedrag van onderdeel B1 gedeeld door het in artikel 87, §3, bedoelde referentieaantal, lager ligt dan 90% van het resultaat van de som van onderdelen B1 van alle psychiatrische ziekenhuizen gedeeld door de som van hun referentieaantal.

Het beschikbare budget wordt overeenkomstig de volgende berekening verdeeld :

$$2.445.000 * [(\Sigma_{1^n} A / \Sigma_{1^n} N * 0,9 * N) - A] / \Sigma_{1^n} [(\Sigma_{1^n} A / \Sigma_{1^n} N * 0,9 * N) - A]$$

waarbij:

A = bedrag van onderdeel B1 op 30 juni 2006;

N = referentieaantal van het ziekenhuis.

**3º** Vanaf 1 juli 2007 wordt een bedrag van 2.445.000 euro verdeeld onder de psychiatrische ziekenhuizen waarvan het bedrag van onderdeel B1 gedeeld door het in artikel 87, §3, bedoelde referentieaantal, lager ligt dan 110% van het resultaat van de som van onderdelen B1 van alle psychiatrische ziekenhuizen gedeeld door de som van hun referentieaantal.

Het beschikbare budget wordt overeenkomstig de volgende berekening verdeeld :

$$2.445.000 * [(\Sigma_{1^n} A / \Sigma_{1^n} N * 1,1 * N) - A] / \Sigma_{1^n} [(\Sigma_{1^n} A / \Sigma_{1^n} N * 1,1 * N) - A]$$

waarbij:

A = bedrag van onderdeel B1 op 30 juni 2007;

N = referentieaantal van het ziekenhuis.]

**[(15) § 4.** Vanaf 1 juli 2006 wordt teneinde de gestegen energiekosten te dekken een forfaitair bedrag (X) toegekend aan de psychiatrische ziekenhuizen, dat als volgt wordt berekend:

$$X = A/B*C$$

waarbij:

A = het voor alle ziekenhuizen van het Rijk beschikbare budget van 4.434.000 euro (index 01/07/2006)

où :

- 1.445.000 euros (index 01/07/2005) est égal au budget disponible ;
- lits hi = le nombre de lits agréés au 1er janvier 2005 de l'hôpital ;
- lits hz = le nombre de lits agréés au 1er janvier 2005 des hôpitaux répondant à la condition visée au 1er alinéa.

L'octroi du montant M ne peut avoir pour effet que le nouveau budget B1 par lit de l'hôpital soit supérieur à la moyenne nationale. Le cas échéant, le montant M est réduit et le budget ainsi libéré est attribué aux autres hôpitaux concernés.

**2º** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, un montant de 2.445.000 euros (index 01/07/2006) est réparti entre les hôpitaux psychiatriques dont le montant de la sous-partie B1 divisé par le nombre de référence, visé à l'article 87, §3, est inférieur à 90 % du résultat de la division de la somme des sous-parties B1 de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques par la somme de leur nombre de référence.

La répartition du budget disponible s'effectue selon le calcul suivant :

$$2.445.000 * [(\Sigma_{1^n} A / \Sigma_{1^n} N * 0,9 * N) - A] / \Sigma_{1^n} [(\Sigma_{1^n} A / \Sigma_{1^n} N * 0,9 * N) - A]$$

où:

A = montant de la sous-partie B1 au 30 juin 2006 ;

N = nombre de référence de l'hôpital.

**3º** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, un montant de 2.445.000 euros est réparti entre les hôpitaux psychiatriques dont le montant de la sous-partie B1 divisé par le nombre de référence, visé à l'article 87, §3, est inférieur à 110 % du résultat de la division de la somme des sous-parties B1 de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques par la somme de leur nombre de référence.

La répartition du budget disponible s'effectue selon le calcul suivant :

$$2.445.000 * [(\Sigma_{1^n} A / \Sigma_{1^n} N * 1,1 * N) - A] / \Sigma_{1^n} [(\Sigma_{1^n} A / \Sigma_{1^n} N * 1,1 * N) - A]$$

où:

A = montant de la sous-partie B1 au 30 juin 2007 ;

N = nombre de référence de l'hôpital.]

**[(15) § 4.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, pour couvrir l'augmentation des coûts énergétiques, il est octroyé aux hôpitaux psychiatriques un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A/B*C$$

où:

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 euros (index 01/07/2006)

B = totaal aantal m<sup>2</sup> van de kostenplaatsen 020 tot 499 van alle ziekenhuizen

C = totaal aantal m<sup>2</sup> van de kostenplaatsen 020 tot 199, 315 en 340 tot 439 van het ziekenhuis.]

**[29) Onderafdeling 4bis. – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B1 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen**

**Art. 44bis.** Vanaf 1 juli 2013 wordt onderdeel B1 van het budget van de financiële middelen van alle ziekenhuizen verminderd met een bedrag van 5 miljoen euro op jaarrbasis.

De berekening gebeurt als volgt

$$X = A / B * C$$

waar:

A = 5 miljoen euro ;

B = som van de waarde van onderdeel B1 van elk ziekenhuis zoals betekend in het budget van de financiële middelen op 1 januari 2013 ;

C = waarde van onderdeel B1 van het ziekenhuis zoals betekend in het budget van de financiële middelen op 1 januari 2013.]

**Onderafdeling 5. – Onderdeel B2 van het budget van de acute ziekenhuizen**

**Art. 45. § 1.** Het globale budget voor onderdeel B2 wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van een puntensysteem. Deze verdeling geldt niet voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.

Het budget B2 van de in artikel 33, §§1 en 2, bedoelde ziekenhuizen wordt vastgesteld als volgt:

- [(16) voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, § 1, eerste zin, en § 2, wordt de waarde op 30 juni van het dienstjaar van vaststelling van het onderdeel B2 behouden. Vanaf 1 juli 2008 houdt dit budget rekening met de sociale correctie-index, zoals bedoeld in § 3, 4°, derde lid; ]
- [(14) voor de brandwondeneenheden bedraagt het budget B2 per bed 207.191,33 euro (index 01/07/2005) voor de privé-ziekenhuizen en 209.808,32 euro (index 01/07/2005) voor de openbare ziekenhuizen.]

**§ 2.** De regels van het puntensysteem, bedoeld in §1, kunnen slechts om de drie jaar herzien worden, te beginnen vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002. De verfijning en/of toevoeging van parameters kunnen evenwel gedurende de periode van drie jaar uitgevoerd worden.

[(29)[(32) De bedoelde parameters zijn deze waarvan sprake in:

- artikel 46, § 2, 2°, c): de reanimatie-verstrekkingen;
- artikel 46, § 2, 2°, a): de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen [(54) opgeheven ] en het aantal NRG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 18 bij dit besluit;

B = total des m<sup>2</sup> des centres de frais 020 à 499 de tous les hôpitaux

C = total des m<sup>2</sup> des centres de frais 020 à 199, 315 et 340 à 439 de l'hôpital. ]

**[29) Sous-section 4bis. – Dispositions communes à la sous-partie B1 des hôpitaux généraux et psychiatriques**

**Art. 44bis.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013, la sous partie B1 du budget des moyens financiers de tous les hôpitaux est diminuée d'un montant de 5 millions d'euros en base annuelle.

Le calcul s'effectue de la manière suivante :

$$X = A / B * C$$

où :

A = 5 millions d'euros ;

B = somme de la valeur de la sous-partie B1 de chaque hôpital, telle que notifiée dans le budget des moyens financiers du 1<sup>er</sup> janvier 2013 ;

C = valeur de la sous-partie B1 de l'hôpital, telle que notifiée dans le budget des moyens financiers du 1<sup>er</sup> janvier 2013.]

**Sous-section 5. - Sous-partie B2 du budget des hôpitaux aigus**

**Art. 45. § 1<sup>er</sup>.** Le budget global pour la sous-partie B2 est réparti entre les hôpitaux sur base d'un système de points. De cette répartition sont exclus les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2.

Le budget B2 des hôpitaux visés dans l'article 33, §§1<sup>er</sup> et §2, est fixé comme suit :

- [(16) pour les hôpitaux visés à l'article 33, § 1er, 1e phrase, et § 2, la valeur au 30 juin de l'exercice de fixation de la sous-partie B2 est maintenue. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, ce budget tient compte de l'indice de correction sociale, visé au § 3, 4°, 3e alinéa ; ]
- [(14) pour les unités de grands brûlés, le budget B2 par lit est égal à 207.191,33 euros (index 01/07/2005) pour les hôpitaux privés et à 209.808,32 euros (index 01/07/2005) pour les hôpitaux publics.]

**§ 2.** Les modalités du système de points visé au §1<sup>er</sup>, ne peuvent être revues que tous les trois ans, à dater de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Cependant, l'affinement et/ou l'ajout de paramètres peuvent être effectués pendant la période de trois ans.

[(29) [(32) Les paramètres visés sont ceux dont question à:

- l'article 46, § 2, 2° c): les prestations de réanimation;
- l'article 46, § 2, 2° a): les prestations médicales et chirurgicales [(54) abrogés ] et le nombre de points-NRG, tel que déterminé en vertu de l'annexe 18 au présent arrêté ;

- artikel 46, § 2, 2°, b): de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen [(54) opgeheven ] en het aantal NRG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 18 bij dit besluit;
- artikel 46, § 3, 2°, a): de standaardtijden;
- artikel 46, § 3, 2°, b): de dringende geneeskundige verstrekkingen, de basispunten per 100 bedden en de MZG-registraties van de ten laste genomen patiënten in de spoedgevallendiensten;
- artikel 46, § 3, 2°, c): de geneeskundige verstrekkingen.]]

Ingeval deze bepaling wordt toegepast tijdens de periode van 3 jaar, brengt dat geen wijziging mee in de andere Onderdelen van het budget waarvan de vaststelling naar de bepalingen van de artikelen 45 en 46 verwijst.

[(26) **§ 2bis.** Voor de berekening van het aantal punten dat aan elk ziekenhuis wordt toegekend, zal de actualisering van de gegevens waarvan sprake in artikel 46, § 4, de volgende maal plaatsvinden op 1 juli 2007 en vervolgens om de twee jaar.]

[(26) **§ 3. 1°** Onder totaalbudget wordt verstaan het bedrag verkregen door de optelling van het budget voor onderdeel B2 van elk ziekenhuis op 30 juni, voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget B2 vastgesteld wordt.

Voor de vaststelling van het totale budget op 1 juli 2002, en tijdens de aanpassingsperiode bedoeld in artikel 45, § 9, wordt het budget B2 op 30 juni 2002 van elk ziekenhuis als volgt vastgesteld:

$$1^{\circ} \text{ indien } JR > Q \\ (B2 * Q) + [(JR - Q) * x * B2']$$

$$2^{\circ} \text{ indien } JR \leq Q \\ (B2 * JR) + [(B2' * x' * (Q - JR))]$$

$$3^{\circ} \text{ indien } JR = Q \\ (B2 * Q)$$

Waarbij :

JR = tijdens het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen ;

Q = verpleegdagenquotum 2002, zoals bedoeld in artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 ;

x = 25 % tenzij het ziekenhuis in 2001 een aantal NAL verkregen heeft, vastgesteld bij toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986. In dat geval wordt x 60 % voor de dagen tussen 90 en 95 % bezetting en/of 45 % voor de in 2000 gerealiseerde dagen die hoger liggen dan de in 1996 gerealiseerde dagen. Voor de in 1996 gerealiseerde dagen die nog gerealiseerd worden in 2000 en die hoger liggen dan de dagen in 1989 wordt x 45 % voor zover deze dagen gedurende een dienstjaar tussen 1990 en 1996 tegen 45 % vergoed werden ;

x' = 0 % tenzij de instelling in 2001 een aantal NAL verkregen heeft. X wordt in dat geval 25 % ;

B2 = waarde per dag op 31 december 2001 van onderdeel B2, buiten toepassing van de in artikel 15, 26° bedoelde middelen en na aftrek van de in artikel 74 en 77 bedoelde middelen ;

B2' = dagwaarde op 31 december 2001, buiten toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986,

- l'article 46, § 2, 2°; b): les prestations chirurgicales et médicales [(54) abrogés ] et le nombre de points-NRG, tel que déterminé en vertu de l'annexe 18 au présent arrêté ;
- l'article 46, § 3, 2° a): les temps standards;
- l'article 46, § 3, 2° b): les prestations médicales d'urgence, les points de base par 100 lits et les enregistrements RHM des patients pris en charge au service des urgences;
- l'article 46, § 3, 2°, c): les prestations médicales.]]

Dans le cas où il serait fait application de cette disposition pendant la période de 3 ans, cela n'entraîne pas de modification des autres sous-parties du budget dont la fixation fait référence aux dispositions des articles 45 et 46.

[(26) **§ 2bis.** Pour le calcul du nombre de points attribué à chaque hôpital, l'actualisation des données, dont question à l'article 46, § 4, interviendra, la prochaine fois, au 1<sup>er</sup> juillet 2007 et, ensuite, tous les deux ans.]

[(26) **§ 3. 1°** Par budget global, on entend le montant représenté par l'addition du budget pour la sous-partie B2 de chaque hôpital au 30 juin précédent l'exercice de la fixation du budget B2.

Cependant, pour la détermination du budget global au 1<sup>er</sup> juillet 2002, et pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9, le budget B2 au 30 juin 2002 de chaque hôpital est déterminé de la manière suivante:

$$1^{\circ} \text{ si } JR > Q \\ (B2 * Q) + [(JR - Q) * x * B2']$$

$$2^{\circ} \text{ si } JR \leq Q \\ (B2 * JR) + [(B2' * x' * (Q - JR))]$$

$$3^{\circ} \text{ si } JR = Q \\ (B2 * Q)$$

Où:

JR = journées réalisées pendant l'exercice 2000 ;

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 tel que visé à l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 ;

x = 25 % sauf si l'hôpital a bénéficié en 2001 d'un nombre DJN fixé en application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986. Dans ce cas, x devient 60 % pour les journées entre 90 et 95 % d'occupation et/ou 45 % pour les journées réalisées en 2000 qui sont supérieures aux journées réalisées en 1996. Pour les journées réalisées en 1996 encore réalisées en 2000 et qui sont supérieures aux journées 1989, x devient 45 % pour autant que ces journées aient été indemnisés à 45 % lors d'un exercice se situant entre 1990 et 1996 ;

x' = 0 % sauf si l'établissement a bénéficié d'un nombre DJN en 2001. Dans ce cas, x devient 25 % ;

B2 = valeur par jour au 31 décembre 2001 de la sous-partie B2 hors application des moyens visés à l'article 15, 26° et déduction faite des moyens visés aux articles 74 et 77 ;

B2' = valeur par jour au 31 décembre 2001 hors application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, des

van de in artikel 15, 26° bedoelde middelen en na aftrek van de in artikel 74 en 77 bedoelde middelen.

Aan het aldus voor elk ziekenhuis vastgestelde budget wordt het bedrag toegevoegd met betrekking tot onderdeel B2 van de gerealiseerde prestaties in chirurgische daghospitalisatie bedoeld in [(56) punt 4] van bijlage 3 voortkomend uit de verdeling van het beschikbare budget voor het chirurgisch dagziekenhuis tussen onderdeel B1 en B2 op basis van de relatieve waarde van elkeen van deze onderdelen B1 en B2 voor elk ziekenhuis.

**2°** Op 1 juli 2005 wordt het op 30 juni 2005 beschikbare globale budget met 3.546.000 euro verhoogd.

[(46) Op 1 juli 2018 wordt het op 30 juni 2018 beschikbare globale budget met 6.357.186 euro verhoogd.]

**3°** Op 1 juli 2006 wordt een forfaitair bedrag (X) toegekend aan de algemene ziekenhuizen met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden, dat als volgt wordt berekend:

$$X = A / B * C$$

waarbij:

A = beschikbaar budget van 9.661.667 euro (index 01/07/2006)

B = totaal aantal opnamen voor voormalde ziekenhuizen van alleenstaande patiënten ouder dan 75 jaar die onder één van de in artikel 99, § 1, vermelde verzekeringinstellingen vallen

C = totaal aantal opnamen voor het ziekenhuis van alleenstaande patiënten ouder dan 75 jaar die onder één van de in artikel 99, § 1, vermelde verzekeringinstellingen vallen.

De gegevens opgenomen onder B en C worden door de in artikel 99, § 1, vermelde verzekeringinstellingen verstrekt, en hebben betrekking op het laatst bekende dienstjaar.

**4°** Op 1 juli 2007 wordt een extra bedrag van 9.661.667 euro toegevoegd aan onderdeel B2 van de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden.

De in de punten 3° en 4° bedoelde bedragen worden verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden, overeenkomstig de hierna in de punten a) en b) beschreven modaliteiten :

a) 75 % van het beschikbaar bedrag wordt verdeeld overeenkomstig de volgende modaliteiten :

1. Voor elk ziekenhuis worden de volgende ratio's berekend :

1.1. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die aan de voorwaarden voldoen om de sociale maximumfactuur te genieten in verhouding tot het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die vallen onder de verzekeringinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1;

moyens visés à l'article 15, 26°, et déduction faite des moyens visés aux articles 74 et 77.

Au budget ainsi déterminé pour chaque hôpital, il est ajouté le montant relatif à la sous-partie B2 des prestations réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour visée au [(56) point 4] de l'annexe 3 découlant de la répartition du budget disponible pour l'hôpital de jour chirurgical entre les sous-parties B1 et B2 sur base de la valeur relative de chacune de ces sous-parties B1 et B2 pour chaque hôpital.

**2°** Au 1<sup>er</sup> juillet 2005, le budget global disponible au 30 juin 2005 est augmenté de 3.546.000 euros.

[(46) Au 1<sup>er</sup> juillet 2018, le budget global disponible au 30 juin 2018 est augmenté de 6.357.186 euros.]

**3°** Au 1<sup>er</sup> juillet 2006, il est octroyé aux hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A / B * C$$

où:

A = budget disponible de 9.661.667 euros (index 01/07/2006)

B = nombre total des admissions au niveau de ces hôpitaux de patients de plus de 75 ans isolés relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>

C = nombre total des admissions au niveau de l'hôpital de patients de plus de 75 ans isolés relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>.

Les données reprises sous B et C sont fournies par les organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>, et ont trait au dernier exercice connu.

**4°** Au 1<sup>er</sup> juillet 2007, un montant supplémentaire de 9.661.667 euros est ajouté à la sous-partie B2 des hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés.

Les montants visés aux points 3° et 4° sont répartis entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, selon les modalités décrites aux points a) et b) décrits ci-dessous :

a) 75 % du montant disponible est réparti selon les modalités suivantes :

1. Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

1.1. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>;

1.2. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die de maximumfactuur lage inkomens genieten en die alleenstaand zijn, in verhouding tot het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die vallen onder de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1;

1.3. ratio van het aantal dossiers van personen zonder onderstandsdomicilie waarvan de hospitalisatiekosten door de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie terugbetaald worden aan de OCMW's ten opzichte van het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie van die patiënten.

Indien de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1 of de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie, voor een specifiek ziekenhuis, de gegevens bedoeld in de punten 1.1., 1.2. en/of 1.3. niet kunnen verstrekken, richt de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zich rechtstreeks tot het betreffende ziekenhuis om de ontbrekende gegevens te verkrijgen. Indien de ontbrekende gegevens niet kunnen verkregen worden, wordt een financiering aan dit ziekenhuis toegekend, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel, waarbij het bedrag overeenstemt met het bovenbedoeld beschikbaar bedrag, gedeeld door het totaal aantal erkende bedden van het geheel van de begunstigde ziekenhuizen en vermenigvuldigd met het aantal erkende bedden van het desbetreffende ziekenhuis.

**2.** De drie hierboven vermelde ratio's worden als volgt gewogen :

- ratio onder 1.1. : met 0,25;
- ratio onder 1.2. : met 0,66;
- ratio onder 1.3. : met 1,00.

De ratio's worden na weging opgeteld om een score te vormen.

De ziekenhuizen worden naar afnemende waarde van de verkregen score gerangschikt.

**3.** Het beschikbare budget wordt als volgt verdeeld :

- 60 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.1.;
- 25 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.2.;
- 15 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.3.

De verdeling van het budget tussen de ziekenhuizen gebeurt op basis van het aantal van hun in aanmerking genomen gevallen in de berekening van elke voormelde ratio.

**b)** het saldo van het beschikbare budget wordt onder alle ziekenhuizen verdeeld per variabele, gedefinieerd in bijlage 17 bij dit besluit, in verhouding tot het nationale totaal overeenkomstig de volgende formule:

$$S \times \sum_j X_j \times \beta_j / \sum_j Y_j \times \beta_j$$

waarbij:

S = te verdelen bedrag;

X<sub>j</sub> = aantal opnamen van het ziekenhuis voor de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17;

1.2. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup> ;

1.3. ratio du nombre de dossiers des personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale de ces patients.

Si les organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>, ou le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale ne peuvent fournir, pour un hôpital particulier, les données visées aux points 1.1., 1.2. et/ou 1.3., le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement s'adresse directement auprès de l'hôpital concerné pour obtenir les données manquantes. A défaut de pouvoir obtenir ces données manquantes, un financement est attribué à cet hôpital, s'il a antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique, dont le montant correspond au budget disponible susvisé divisé par le total des lits agréés de l'ensemble des hôpitaux bénéficiaires et multiplié par le nombre de lits agréés de l'hôpital concerné.

**2.** Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :

- ratio sous 1.1. : par 0,25;
- ratio sous 1.2. : par 0,66;
- ratio sous 1.3. : par 1,00.

Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score.

Les hôpitaux sont classés selon la valeur décroissante du score obtenu.

**3.** Le budget disponible est réparti comme suit :

- 60 % pour les cas relevant du ratio sous 1.1.;
- 25 % pour les cas relevant du ratio sous 1.2.;
- 15 % pour les cas relevant du ratio sous 1.3.

La répartition du budget entre les hôpitaux est effectuée sur base du nombre de leurs cas pris en compte dans le calcul de chaque ratio ci-dessus.

**b)** le solde du budget disponible est réparti, entre tous les hôpitaux, par variable définie dans l'annexe 17 au présent arrêté, par rapport au total national suivant la formule suivante :

$$S \times \sum_j X_j \times \beta_j / \sum_j Y_j \times \beta_j$$

où:

S = montant à répartir ;

X<sub>j</sub> = nombre d'admissions de l'hôpital pour la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17 ;

$Y_j$  = aantal opnamen van het Rijk voor de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17;

$\beta_j$  = geraamde parameter van de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17.

Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, wordt een financiering aan het ziekenhuis toegekend, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel, waarbij het bedrag overeenstemt met het bovenbedoeld beschikbaar bedrag, gedeeld door het totaal aantal erkende bedden van het geheel van de begunstigde ziekenhuizen en vermenigvuldigd met het aantal erkende bedden van het desbetreffende ziekenhuis.]

Vanaf 1 juli 2010 wordt het volgens de hierboven vermelde bepalingen berekend bedrag, vastgesteld op in waarde op 30 juni 2010.]

[(18) 5° opgeheven]

**§ 4.** Aan elk ziekenhuis wordt een aantal punten toegekend overeenkomstig de modaliteiten voorzien in artikel 46.

**§ 5.** Het aantal punten toegekend aan ieder ziekenhuis wordt opgeteld om het totaal aantal punten voor alle ziekenhuizen samen te bepalen.

**§ 6.** De waarde van het punt wordt bepaald door het globaal budget voor onderdeel B2, bedoeld in §3, te delen door het totaal aantal punten, bedoeld in §5.

**§ 7.** Aan ieder ziekenhuis wordt een bedrag toegekend, bekomen door het puntenaantal van het ziekenhuis, bedoeld in §4 te vermenigvuldigen met de waarde van het punt, vastgesteld overeenkomstig §6.

[(25) Het aldus aangepaste budget B2 wordt het definitieve budget B2 genoemd.]

[(25) **§ 8.** De overgang van het huidige budget B2 naar het definitieve budget B2 gebeurt geleidelijk, de aanpassing wordt bepaald op 60 % voor het dienstjaar beginnende op 1 juli 2005. Die aanpassing wordt vastgesteld op 100% voor het dienstjaar beginnende op 1 juli 2006 volgens door Ons te bepalen modaliteiten die met name een sociale correctie-index zullen omvatten.]

Onder huidig budget dient men te verstaan het budget waarvan sprake in §3, tweede lid waarvan het bij toepassing van bijlage 2 van dit besluit bepaalde bedrag moet afgetrokken worden.

[(25) opgeheven ]

[(25) [(46) **§ 9.** opgeheven ]

$Y_j$  = nombre d'admissions du Royaume pour la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17 ;

$\beta_j$  = paramètre estimé de la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17.

Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2, un financement est attribué à l'hôpital, s'il a antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique, dont le montant correspond au budget disponible susvisé divisé par le total des lits agréés de l'ensemble des hôpitaux bénéficiaires et multiplié par le nombre de lits agréés de l'hôpital concerné.]

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010, le montant calculé selon les dispositions reprises ci-dessus est fixé à sa valeur au 30 juin 2010.]

[(18) 5° abrogé]

**§ 4.** A chaque hôpital est attribué un nombre de points conformément aux modalités prévues à l'article 46.

**§ 5.** Le nombre de points attribué à chaque hôpital est additionné afin de déterminer le nombre total de points pour l'ensemble des hôpitaux.

**§ 6.** La valeur du point est déterminée en divisant le budget global pour la sous-partie B2, visé au §3, par le nombre total de points visé au §5.

**§ 7.** A chaque hôpital est attribué un montant représenté par la multiplication du nombre de points de l'hôpital visé au §4 par la valeur du point fixée conformément au §6.

[(25) Le budget B2 ainsi adapté est appelé le budget définitif B2. ]

[(25) **§ 8.** Le passage du budget actuel B2 vers le budget définitif B2 s'effectue progressivement, étant entendu que l'ajustement est fixé à 60 % pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2005. Cet ajustement est fixé à 100 % pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2006 selon des modalités à fixer par Nous qui incluront, notamment, un indice de correction sociale.]

Par budget actuel, il faut entendre le budget dont question au §3, 2<sup>ème</sup> alinéa duquel il y a lieu de déduire le montant fixé en application de l'annexe 2 du présent arrêté.

[(25) abrogé ]

[(25) [(46) **§ 9.** abrogé ]

**Art. 46. § 1.** Het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis wordt vastgesteld overeenkomstig de regelen in de hiernavolgende paragrafen.

Voor de toepassing van de hiernavolgende paragrafen wordt verstaan onder:

[(16) [(48) **1<sup>o</sup>** verantwoorde bedden: het aantal bedden vastgesteld in toepassing van [(56) bijlage 3 ] van dit besluit, waarbij de berekening rekening houdt met de sociale correctie-index waarvan de berekeningsregels in [(56) bijlage 17, punt 3 ];]]

**2<sup>o</sup>** waarde van de geneeskundige verstrekkingen: het door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigde bedrag voor verstrekkingen, vermeld in bijlage 4 van dit besluit, verleend tussen 1 januari en 31 december en opgenomen in de bij Hoofdstuk XIV, Afdeling 4 van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoelde statistische tabellen voor het betreffende dienstjaar en het eerste en tweede kwartaal van het daaropvolgende dienstjaar;

**3<sup>o</sup>** per bezet bed: het aantal verpleegdagen waarvoor een verzekeringstegemoetkoming vanwege de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigd is, gerealiseerd tussen 1 januari en 31 december, en opgenomen in de voornoemde statistische tabellen voor het betreffende dienstjaar en het eerste en tweede trimester van het daaropvolgend dienstjaar, gedeeld door 365.

[(54) **4<sup>o</sup>** De NRG (nursing related groups) : classificatiesysteem bestemd om per zorgperiode de gehospitaliseerde patiënten onder te verdelen in homogene groepen. Deze classificatie is gebaseerd op een klinische coherente van de verpleegkundige zorg, waaruit het inzetten van daarmee gepaard gaande middelen voortvloeit om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken.]

## § 2. Verpleegenheden.

### 1<sup>o</sup> Basisfinanciering

a) Voor de personeelskosten van de hiernavolgende ziekenhuisdiensten worden punten toegekend als volgt:

- voor de C-, D-, E-, B- en L-bedden: 1 punt;
- voor de M-bedden: 1,46 punten (inbegrepen het bevallingskwartier);
- voor de MIC-bedden: 3,75 punten;
- [(19) voor de bedden IB: 4,69 punten.]

De punten toegekend voor de M-bedden worden voor de functie plaatselijke neonatale zorg (functie N\*) verhoogd, rekening houdende met het aantal bevallingen tijdens het laatst gekende dienstjaar, met dien verstande dat wordt toegekend:

- voor een kraaminrichting met minder dan 1000 bevallingen per jaar: 15 punten, voor een kraaminrichting met minder dan 400 bevallingen per jaar, is artikel 18 van het Koninklijk Besluit van 30 januari 1989 van toepassing;
- voor een kraaminrichting met 1000 bevallingen per jaar en meer: voor de eerste 1000 bevallingen: 17 punten,

**Art. 46. § 1<sup>er</sup>.** Le nombre de points attribué à chaque hôpital est fixé conformément aux règles reprises dans les paragraphes suivants.

Pour l'application des paragraphes ci-après il faut entendre par:

[(16) [(48) **1<sup>o</sup>** par lits justifiés : le nombre de lits déterminé en application de [(56) l'annexe 3 ] du présent arrêté, dont le calcul tient compte de l'indice de correction sociale, dont les modalités de calcul sont définies dans l'[(56) annexe 17, point 3 ];]]

**2<sup>o</sup>** valeur des prestations médicales: le montant dû par l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité pour les prestations, reprises à l'annexe 4 du présent arrêté, dispensées entre le 1er janvier et le 31 décembre et figurant dans les tableaux statistiques visés au chapitre XIV, Section 4 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et se rapportant à l'exercice concerné et aux premier et deuxième trimestres de l'exercice suivant;

**3<sup>o</sup>** par lit occupé: le nombre de journées d'hospitalisation pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est due, réalisées entre le 1er janvier et le 31 décembre et figurant dans les tableaux statistiques précités et se rapportant à l'exercice concerné et aux premier et deuxième trimestres de l'exercice suivant, divisé par 365 ;

[(54) **4<sup>o</sup>** les NRG (nursing related groups) : système de classification destiné à répartir, par épisode de soins, les patients hospitalisés dans des groupes homogènes. Cette classification est basée sur une cohérence clinique des soins infirmiers de laquelle découle le déploiement des ressources qui s'y rapportent pour réaliser des soins de qualité.]

## § 2. Unités de soins.

### 1<sup>o</sup> Financement de base.

a) Pour les coûts de personnel des services hospitaliers repris ci-après, des points par lit justifié sont attribués comme suit:

- pour les lits C, D, E, B et L: 1 point;
- pour les lits M: 1,46 points (y compris le quartier obstétrique);
- pour les lits MIC: 3,75 points ;
- [(19) pour les lits IB : 4,69 points.]

Les points octroyés pour les lits M sont augmentés pour la fonction de soins néonatals locaux (fonction N\*), en tenant compte du nombre d'accouchements réalisés durant le dernier exercice connu étant entendu qu'il est attribué pour :

- une maternité réalisant moins de 1.000 accouchements par an: 15 points, si une maternité réalise moins de 400 accouchements par an, l'article 18 de l'Arrêté Royal du 30 janvier 1989 doit être appliqué ;
- une maternité réalisant 1.000 accouchements et plus: pour les 1.000 premiers accouchements: 17 points

verhoogd met drie punten per volledig bijkomende schijf van 150 bevallingen;

- voor de NIC-bedden: 6,25 punten;
- voor de G-bedden: 1,36 punten (met inbegrip van de ergotherapeuten en logopedisten);
- voor de H-bedden: 0,68 punten;
- voor de A-bedden: 1,33 punten;
- voor de K-bedden: 2 punten.

- [(41) [(46) - voor de A-dagbedden: 1,17 punten vanaf 1 juli 2017;  
 - voor de A-nachtbedden: 1,19 punten vanaf 1 juli 2017;  
 - voor de K-dagbedden: 1,67 punten vanaf 1 juli 2017;  
 - voor de K-nachtbedden: 1,75 punten vanaf 1 juli 2017.]]

[ (4) b)] voor de hoofden van verpleegkundige diensten en het middenkader worden punten toegekend op basis van de volgende modaliteiten:

- ziekenhuizen tot 149 verantwoorde bedden : 6,45 punten ;
- ziekenhuizen van 150 tot 250 verantwoorde bedden: 7,63 punten;
- ziekenhuizen van 251 tot 299 verantwoorde bedden: 9,50 punten;
- ziekenhuizen van 300 tot 449 verantwoorde bedden: 12,29 punten;
- ziekenhuizen van 450 tot 500 verantwoorde bedden: 13,95 punten;
- ziekenhuizen van 501 tot 599 verantwoorde bedden: 16,22 punten;
- ziekenhuizen van 600 tot 749 verantwoorde bedden: 19,45 punten;
- ziekenhuizen van 750 tot 899 verantwoorde bedden: 22,86 punten;
- ziekenhuizen van 900 tot 1.200 verantwoorde bedden: 27,28 punten;
- ziekenhuizen met meer dan 1.200 verantwoorde bedden: 35,02 punten.

## **2º Aanvullende financiering**

Het aantal punten toegekend overeenkomstig punt 1º, a), voor de verantwoorde C-bedden, uitgezonderd de C-bedden voor daghospitalisatie, D- en E-bedden, wordt verhoogd op basis van de volgende regeling:

a) voor de verantwoorde C- en D-bedden wordt een bijkomend aantal punten toegekend, berekend als volgt :

1º op basis van de totale waarde van de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen per bezet C- en D-bed voor de patiënten die tijdens de twee laatst gekende dienstjaren in C- en D-diensten zijn opgenomen, berekend overeenkomstig de voormalde nomenclatuur, met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en met uitzondering van de forfaitaire honoraria, worden de ziekenhuizen ingedeeld in deciliën volgens de stijgende waarde van de voormalde verstrekkingen per bezet C- en D-bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten naar gelang van het deciel waarbij ze zijn ingedeeld, namelijk:

augmentés de 3 points par tranche complète supplémentaire de 150 accouchements ;

- les lits NIC : 6,25 points ;
- les lits G : 1,36 point (y compris les ergothérapeutes et les logopèdes) ;
- les lits H : 0,68 point ;
- les lits A : 1,33 point ;
- les lits K : 2 points.

- [(41) [(46) - les lits A de jour : 1,17 points à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017;

- les lits A de nuit : 1,19 points à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017;
- les lits K de jour : 1,67 points à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017;
- les lits K de nuit : 1,75 points à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017.]]

[ (4) b)] Pour les chefs de services infirmiers et le cadre intermédiaire, des points sont attribués selon les modalités suivantes:

- hôpitaux jusqu'à 149 lits justifiés: 6,45 points;
- hôpitaux de 150 à 250 lits justifiés: 7,63 points;
- hôpitaux de 251 à 299 lits justifiés: 9,50 points;
- hôpitaux de 300 à 449 lits justifiés: 12,29 points;
- hôpitaux de 450 à 500 lits justifiés: 13,95 points;
- hôpitaux de 501 à 599 lits justifiés: 16,22 points;
- hôpitaux de 600 à 749 lits justifiés: 19,45 points;
- hôpitaux de 750 à 899 lits justifiés: 22,86 points;
- hôpitaux de 900 à 1.200 lits justifiés: 27,28 points;
- hôpitaux de plus de 1.200 lits justifiés: 35,02 points.

## **2º Financement complémentaire.**

Le nombre de points attribué conformément au point 1º, a), pour les lits justifiés C, hormis les lits C d'hospitalisation de jour, D et E est augmenté selon les modalités reprises ci-après:

a) pour les lits justifiés C et D, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit:

1º sur base de la valeur totale par lit occupé C et D des prestations chirurgicales et médicales pour des patients hospitalisés dans les services C et D pendant les deux derniers exercices connus, calculée conformément à la nomenclature précitée, à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaïtaires, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante desdites prestations par lit C et D occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires selon leur appartenance à un décile, soit:

[ (4) Déciles / Decielen	Aantal bijkomende punten per bed Nombre de points supplémentaires par lit
1	0
2	0
3	0
4	0,02
5	0,06
6	0,09
7	0,14
8	0,18
9	0,27
10	0,34 ]

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van [(25) 20 %]. De punten die de overige [(25) 80 %] vertegenwoordigen worden samengegeteld voor het hele land en worden verdeeld overeenkomstig het hiernavolgende [(25) punt 2°].

[(22) [(54) 2° de punten die de overblijvende 80 % vertegenwoordigen, waarvan sprake in het punt 1 hierboven, worden verdeeld onder de ziekenhuizen volgens de NRG punten in functie van het marktaandeel van het ziekenhuis, vastgesteld op basis van de som van de residuale punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van het geheel van zorgperiodes (intensief en niet-intensief) gerealiseerd in C, D, L, C+D, CI, DI en HI. ]]

[(25) 3° opgeheven]

**b)** voor de verantwoorde E-bedden wordt er een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt :

1° op basis van de totale waarde van de heelkundige en geneeskundige verstrekkingen per bezet E-bed, berekend overeenkomstig de voormelde nomenclatuur en toegekend aan de patiënten die in een E-dienst opgenomen zijn tijdens de twee laatst gekende dienstjaren met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en met uitzondering van de forfaitaire honoraria, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen naargelang de stijgende waarde van de verstrekkingen per bezet bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per verantwoord bed naargelang het deciel waarbij ze zijn ingedeeld, namelijk:

Les points ainsi attribués sont retenus à raison de [(25) 20 %]. Les points représentant les [(25) 80 %] restants sont totalisés pour l'ensemble du pays et sont répartis conformément [(25) au point 2°] ci-après.

[(22) [(54) 2° Les points représentant les 80 % restants dont question au point 1° ci-dessus sont répartis entre les hôpitaux selon les points NRG en fonction de la part de marché de l'hôpital, établie sur base de la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, de l'ensemble des épisodes de soins (intensifs et non intensifs) réalisés en C, D, L, C+D, CI, DI et HI. ]]

[(25) 3° abrogé]

**b)** pour les lits justifiés E, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit:

1° sur base de la valeur totale des prestations chirurgicales et médicales par lit E occupé, calculée conformément à la nomenclature susvisée et octroyée aux patients admis dans un service E pendant les deux derniers exercices connus à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires, les hôpitaux sont repartis en déciles selon la valeur croissante des prestations par lit occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit justifié selon leur appartenance à un décile, soit:

[ (4) Decielen Déciles]	Aantal bijkomende punten per bed Nombre de points supplémentaires par lit
1	0
2	0,01
3	0,05
4	0,10
5	0,13
6	0,15
7	0,18
8	0,20
9	0,25
10	0,38 ]

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van 70 %.

De punten die de overige 30 % vertegenwoordigen, worden voor het hele land samengegeteld en verdeeld overeenkomstig het hiernavolgende tweede lid.

[(22) [(54) 2º de punten die de overblijvende 30 % vertegenwoordigen, waarvan sprake in het punt 1º hierboven, worden verdeeld onder de ziekenhuizen volgens de NRG punten in functie van het marktaandeel van het ziekenhuis, vastgesteld op basis van de som van de residuale punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van het geheel van zorgperiodes (intensief en niet-intensief) gerealiseerd in E en EI.]]

c) Voor de C-, D- en E-bedden wordt een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt:

**c.1) eerste berekening:**

Op basis van de totale waarde van de reanimatieverstrekkingen verleend aan de patiënten die tijdens de twee laatst gekende dienstjaren in de C-, D-, E- en G-diensten verbleven, berekend overeenkomstig de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, wordt een aantal bijkomende punten per verantwoord bed onder de kenletters C, D en E toegekend.

Met het oog op deze berekening worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de reanimatie-verstrekkingen per bezet bed in de diensten erkend onder de kenletters C, D en E. Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt als volgt vastgesteld:

Les points ainsi attribués sont retenus à concurrence de 70 %.

Les points représentant les 30 % restants sont totalisés pour le pays et répartis conformément à l'alinéa 2 ci-après.

[(22) [(54) 2º Les points représentant les 30 % restants dont question au point 1º ci-dessus sont répartis entre les hôpitaux selon les points NRG en fonction de la part de marché de l'hôpital, établie sur base de la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, de l'ensemble des épisodes de soins (intensifs et non intensifs) réalisés en E et EI.]]

c) Pour les lits justifiés C, D et E, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

**c.1) premier calcul:**

Sur base de la valeur totale des prestations de réanimation octroyées aux patients hospitalisés dans les services C, D, E et G dans les deux derniers exercices connus, calculée conformément à la nomenclature des prestations médicales, il est accordé un nombre de points supplémentaires par lit justifié dans les index C, D et E.

En vue de ce calcul, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations de réanimation par lit occupé dans les services C, D et E. Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme suit:

[ (4) Decielen / Déciles	Aantal punten per bed / Nombre de points par lit
1	0,08
2	0,08
3	0,08
4	0,08
5	0,10
6	0,13
7 onderste helft / 7 moitié inférieure	0,15
7 bovenste helft / 7 moitié supérieure	0,17
8 onderste helft / 8 moitié inférieure	0,20
8 bovenste helft / 8 moitié supérieure	0,21
9 onderste helft / 9 moitié inférieure	0,24
9 bovenste helft / 9 moitié supérieure	0,28
10 onderste helft / 10 moitié inférieure	0,33
10 bovenste helft / 10 moitié supérieure	0,41 ]

De aldus toegekende punten per verantwoord bed worden in aanmerking genomen ten belope van 20 %.]

#### I(22) [(54) c2) tweede berekening:

De ziekenhuizen worden onderverdeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de gevestigde verhouding tussen de som van de residuele punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van de gerealiseerde intensieve zorgepisodes in C, D, E, C+D, L, HI, CI, EI en het aantal dagen C, D en E (intensief en niet-intensief).

Het aantal supplementaire punten per verantwoord bed is vastgelegd zoals hernoemd in de tabel opgenomen in de eerste berekening en weerhouden aan 40 %.]]

#### c.3.) derde berekening:

Op basis van de scores berekend overeenkomstig bijlage 8 van dit besluit worden de ziekenhuizen in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van de score. Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt vastgesteld zoals opgegeven in de bij de eerste berekening vermelde tabel en komen in aanmerking ten belope van 40 %.

#### c.4) vierde berekening

De punten per verantwoord bed uit de eerste, tweede en derde berekening worden opgeteld. Het resultaat wordt vermenigvuldigd met het aantal verantwoorde C-, D- en E-bedden hetgeen het aantal supplementaire punten voor de bedden van intensieve aard vertegenwoordigt.

Het aantal bedden van intensieve aard wordt bepaald door het resultaat van de vermenigvuldiging van de eerste lid te delen door 4.

#### c.5):

Het behoud van het voordeel van de bijkomende punten zoals bedoeld bij de vierde berekening hangt af van de deelname aan een evaluatieprogramma voor reanimatieverstrekkingen, dat georganiseerd wordt door de Overlegstructuur tussen ziekenhuisbeheerders, artsen en verzekeringsinstellingen.

Les points ainsi attribués par lit justifié sont retenus à raison de 20%.

#### I(22) [(54) c.2) deuxième calcul :

Les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du rapport établi entre la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, des épisodes de soins intensifs réalisés en C, D, E, C+D, L, HI, CI, DI, EI et le nombre de jours C, D et E (intensifs et non intensifs).

Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris au tableau figurant au premier calcul et retenu à raison de 40 %.]]

#### c.3) troisième calcul:

Sur base des scores calculés conformément à l'annexe 8 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du score. Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris au tableau figurant au premier calcul et retenu à raison de 40 %.

#### c.4) quatrième calcul:

Les points par lit justifié résultant des premier, deuxième et troisième calculs sont additionnés. Le résultat est multiplié par le nombre de lits justifiés C, D et E, ce qui représente le nombre de points supplémentaires pour les lits à caractère intensif.

Le nombre de lits à caractère intensif est déterminé en divisant le résultat de la multiplication visée à l'alinéa premier par 4.

#### c.5):

Le maintien du bénéfice des points supplémentaires visés au quatrième calcul est subordonné à la participation à un programme d'évaluation des prestations de réanimation organisée par la Structure de concertation entre gestionnaires d'hôpitaux, médecins et organismes assureurs.

[(29) [(54) **d**] opgeheven]]

### **3º Totaal van de basisfinanciering en de aanvullende financiering.**

Het aantal punten berekend op basis van punt 1º en 2º wordt voor elk ziekenhuis samengegeteld.

**§ 3.** Voor de kosten van het operatiekwartier, de spoedgevallendienst, sterilisatie en deze bedoeld in artikel 13, [(36) 2º tot 6º], worden punten toegekend. Met het oog op deze toekenning wordt een onderscheid gemaakt tussen vier soorten activiteiten:

- a) het operatiekwartier: de kosten van het personeel;
- b) de spoedgevallendienst: de kosten van het personeel;
- c) de kosten van de medische producten: de kosten bedoeld in artikel 13, 2º tot en met 6º, waarbij die worden onderverdeeld in kosten met betrekking tot het operatiekwartier, kosten met betrekking tot de spoedgevallendienst en kosten met betrekking tot de verpleegenheden;
- d) de kosten voor het personeel van de centrale sterilisatie.

De punten worden op de volgende wijze toegekend:

[(24) [(36) [(56) 1º voor ieder van deze activiteiten wordt, voor alle ziekenhuizen van het land, een aantal punten toegekend dat overeenstemt met een percentage van het totaal aantal punten voor alle ziekenhuizen van het land toegekend overeenkomstig § 2.

Dit percentage wordt als volgt berekend:

- personeel van het operatiekwartier: 11,35 % ;
- personeel van de spoedgevallendienst : 6,32 % ;
- personeel van de centrale sterilisatie: 1,94 %;
- kosten van de medische producten : 6,18 % voor het operatiekwartier, 0,53 % voor de spoedgevallendienst en 7,91 % voor de verzorgenheden. ]]]

2º Het aantal punten bepaald bij toepassing van punt 1º wordt over de ziekenhuizen verdeeld overeenkomstig de volgende regelen:

#### **a) voor het operatiekwartier:**

Per operatiezaal worden 7,50 punten toegekend. Het aantal operatiezalen wordt als volgt bepaald:

#### **[(22) a.1) eerste berekening:**

Per heelkundige ingreep vermeld in bijlage 9 van dit besluit, wordt een standaardtijd toegekend zoals opgegeven in dezelfde bijlage, met uitzondering van de heelkundige ingre(e)p(en) uitgevoerd tijdens eenzelfde operatieve behandeling binnen een operatiegebied duidelijk te onderscheiden van de hoofdingreep waarvan de prestaties slechts voor 50% terugbetaald kunnen worden, hiervoor wordt een coëfficiënt van 0,5 van de in bijlage opgenomen standaardtijd toegepast.

[(32) De verstrekkingen vermeld in ‘dienstcode 002’ worden toegekend aan het ziekenhuis dat die verstrekkingen heeft uitgevoerd op basis van de code ‘plaats van prestatie’.]

[(29) [(54) **d**] abrogé]]

### **3º Totalisation du financement de base et du financement complémentaire.**

Les nombres de point calculés selon les dispositions des points 1º et 2º sont additionnés pour chaque hôpital.

**§ 3.** Pour les coûts du quartier opératoire, du service d'urgence, de la stérilisation et ceux visés dans l'article 13, [(36) 2º jusqu'au 6º], des points sont attribués. En vue de cet octroi, une distinction est faite entre quatre types d'activité:

- a) les coûts du personnel du quartier opératoire;
- b) les coûts de personnel du service d'urgences;
- c) les coûts des produits médicaux: les coûts visés à l'article 13, 2º à 6º y compris, en les subdivisant entre ceux relatifs au quartier opératoire, ceux relatifs au service d'urgences et ceux relatifs aux unités de soins ;
- d) les coûts pour le personnel de la stérilisation centrale.

Les points sont attribués de la manière suivante:

[(24) [(36) [(56) 1º pour chacune de ces activités pour tous les hôpitaux du pays, il est attribué un nombre de points correspondant à un pourcentage du nombre total de points pour tous les hôpitaux du pays attribués conformément au § 2..

Ce pourcentage est fixé comme suit:

- personnel du quartier opératoire : 11,35 % ;
- personnel de service d'urgence : 6,32 % ;
- personnel de stérilisation centrale : 1,94 % ;
- coût des produits médicaux : 6,18 % pour le quartier opératoire, 0,53 % pour le service d'urgence et 7,91 % pour les unités de soins. ]]]

2º Le nombre de points déterminés en application du point 1º est réparti entre les hôpitaux conformément aux règles suivantes:

#### **a) pour le quartier opératoire:**

7,50 points sont attribués par salle d'opérations. Le nombre de salles d'opérations est déterminé de la manière suivante:

#### **[(22) a.1) premier calcul:**

Par intervention chirurgicale figurant en annexe 9 du présent arrêté, il est attribué un temps standard tel que repris dans la même annexe, à l'exception de/des intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts de l'intervention principale ou des prestations pouvant être remboursées à 50 % seulement, où un coefficient de 0,5 est appliqué sur les temps standards de l'annexe.

[(32) Les prestations mentionnées dans le ‘code service 002’ sont attribuées à l'hôpital qui a réalisé ces prestations sur base du code ‘lieu de prestation’.]

Die standaardtijden worden verhoogd:

- om rekening te houden met de tijd nodig voor het opruimen van het materieel en het voorbereiden van de zaal, met 33 % voor de ingrepen waarvan de duur strikt lager is dan 210 minuten, met 25% voor de ingrepen waarvan de duur ligt tussen 210 en 269 minuten en met 20% voor de ingrepen waarvan de duur langer dan of gelijk aan 270 minuten is;
- [(29) opgeheven]
- met een coëfficiënt gelijk aan de verhouding tussen het totale aantal verpleegdagen van de heelkundige dienst en het aantal gefactureerde verpleegdagen aan de verzekeringsinstellingen voor dezelfde dienst.

De verzekeringsinstellingen, waarvan sprake, zijn:

- De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten;
- Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten;
- Het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten;
- De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- De Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering;
- De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen;
- De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen zodra de hierop betrekking hebbende gegevens geïntegreerd zijn in de ZIV-profielen.

Op deze basis wordt per ziekenhuis een aantal zalen als volgt berekend:

$$\frac{\text{aantal ingrepen} * \text{aangepaste tijd}}{1520*3} = \text{aantal zalen}$$

**[(29) a.2) Tweede berekening : operatiezaal die permanent beschikbaar is:**

Bovenop de punten toegekend overeenkomstig punt a.1), worden per operatiezaal in heelkundige diensten die permanent beschikbaar worden gehouden 20 punten toegekend.

Voor het bepalen van het aantal operatiezalen die permanent beschikbaar worden gehouden, worden de hiernavolgende criteria toegepast.

Voor alle ziekenhuizen wordt een zaal toegekend als:

- het ziekenhuis is opgenomen in de dringende medische hulpverlening;
- het aantal zalen vastgesteld op basis van de eerste berekening minstens 5 bedraagt;
- het ziekenhuis beschikt over een erkend globaal zorgprogramma “cardiale pathologie” B bestaande uit de deelprogramma’s B1, B2 en B3 of een neurochirurgiedienst die tijdens het laatst gekende dienstjaar minstens 250 [(43) heelkundige] ingrepen heeft uitgevoerd [(41), voor de patiënten die vallen onder één van de verzekeringsinstellingen bedoeld in a.1) eerste berekening, ] waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400.

Ces temps standards sont augmentés:

- pour tenir compte des délais nécessaires pour le rangement de matériel et la préparation de la salle, de 33 % pour les interventions dont la durée est strictement inférieure à 210 minutes, de 25 % pour les interventions dont la durée est comprise entre 210 et 269 minutes et de 20 % pour les interventions dont la durée est supérieure ou égale à 270 minutes;
- [(29) abrogé]
- d'un coefficient égal au rapport entre le nombre total de journées d'hospitalisation du service de chirurgie et le nombre de journées d'hospitalisation facturés aux organismes assureurs pour le même service.

Les organismes assureurs dont question sont:

- l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiniennes;
- l'Union Nationale des Mutualités Socialistes;
- l'Union Nationale des Mutualités Libérales;
- l'Union Nationale des Mutualités Libres;
- la Caisse Auxiliaire Maladie-Invalidité;
- l'Union Nationale des Mutualités Neutres;
- la Société Nationale des Chemins de fer Belge dès que les données y relatives seront intégrées dans les profils de l'A.M.I.

Sur cette base est calculé par hôpital un nombre de salles comme suit:

$$\frac{\text{nbre d'interventions} * \text{Temps adapté}}{1 520*3} = \text{nbre de salles}$$

**[(29) a.2) Deuxième calcul : salle d'opération disponible en permanence:**

En plus des points attribués conformément au point a.1), sont attribués 20 points par salle d'opération, dans les services de chirurgie, maintenue disponible en permanence.

Pour déterminer le nombre de salles d'opération maintenues disponibles en permanence, il est fait application des critères ci-après.

Pour tous les hôpitaux, une salle est octroyée si :

- l'hôpital est repris dans l'aide médicale urgente;
- le nombre de salles déterminé en fonction du premier calcul est au moins de 5;
- l'hôpital dispose d'un programme de soins global « pathologie cardiaque » B agréé, composé des programmes partiels B1, B2 et B3, ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant le dernier exercice connu, au minimum 250 interventions chirurgicales [(41), pour des patients relevant d'un des organismes assureurs tels que visés au a.1) premier calcul, ] comprenant au minimum 150 interventions reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400.

Een tweede bijkomende zaal wordt toegekend als bovendien:

- het aantal zalen bepaald volgens de eerste berekening minstens 8 bedraagt;
- het ziekenhuis, [(46) voor zover de betrokken voorwaarde niet gehanteerd werd bij de toekenning van de eerste zaal,] beschikt over een erkende globaal zorgprogramma “cardiale pathologie” B, bestaande uit de deelprogramma’s B1, B2 en B3 of een neurochirurgiedienst, die tijdens het laatst gekende dienstjaar, minstens 250 heekundige ingrepen heeft uitgevoerd [(41), voor de patiënten die vallen onder één van de verzekeringsinstellingen bedoeld in a.1) eerste berekening, ] waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400.]

### **a.3) Totaal van de punten:**

De na de eerste en tweede berekening toegekende punten worden opgeteld. Het totaal aantal punten voor het land wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het totale aantal punten te blijven dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de operatiekwartieren, met dien verstande dat het minimum aantal punten per ziekenhuis 15 punten bedraagt.

### **b) voor de spoedgevallendienst:**

#### **I(24) I(56) b.1) Berekening**

Het aantal punten bedoeld in § 3, 1°, wordt verhoudingsgewijs verdeeld tussen de ziekenhuizen op basis van het aantal punten units-spoedgevallen volgens de modaliteiten van bijlage 6 van dit besluit.

Vanaf 1 juli 2014 wordt een aantal bijkomende punten, dat overeenstemt met 20 % van de som van de budgetten die worden toegekend aan de ziekenhuizen die vermeld staan in bijlage 16 van dit besluit, met uitzondering van de algemene ziekenhuizen die over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met erkende bedden onder de kenletters A, T of K en de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2 van dit besluit, toegevoegd aan het beschikbare budget voor het personeel van de spoedgevallendienst, en verdeeld tussen de betrokken ziekenhuizen op basis van hun aantal units spoedgevallen, zoals berekend volgens de modaliteiten beschreven in bijlage 6 van dit besluit.

De verdeling van de punten moet de toekenning verzekeren van ten minste 15 punten aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ‘gespecialiseerde spoedgevallenzorg’ of een functie voor intensieve zorg. In geval van overschrijding van het totale aantal voor het land weerhouden punten, wordt een lineaire verminderingscoëfficiënt toegepast op de berekende punten die hoger liggen dan 15 teneinde binnen het totale aantal voor het land beschikbare punten te blijven.

Vanaf het ogenblik dat een ziekenhuis erkend is hetzij voor de functie ‘eerste opvang van spoedgevallen’, hetzij voor de functie ‘gespecialiseerde spoedgevallenzorg’ wordt het minimum van 15 punten slechts één keer per ziekenhuis, ongeacht het aantal sites, verzekerd voor één van de twee functies.

Une salle supplémentaire est octroyée si, en outre :

- le nombre de salles déterminé suivant le premier calcul est au moins 8;
- l'hôpital dispose, selon qu'il n'ait pas été repris pour l'attribution de la première salle, d'un d'un programme de soins global « pathologie cardiaque » B agréé, composé des programmes partiels B1, B2 et B3, ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant le dernier exercice connu, au minimum 250 interventions chirurgicales [(41 , pour des patients relevant d'une des organismes assureurs tels que visés au a.1) premier calcul, ] comprenant au minimum 150 interventions chirurgicales reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400.]

### **a.3) Totalisation des points:**

Les points attribués en fonction des premier et deuxième calculs sont additionnés. Le total des points pour le pays est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre total de points retenu pour les quartiers opératoires pour tout le pays étant entendu que le nombre de points minimum par hôpital est 15.

### **b) pour le service d'urgences:**

#### **I(24) I(56) b.1) Calcul**

Le nombre de points, visé au § 3, 1°, est réparti proportionnellement entre les hôpitaux sur base du nombre de points d’unités d’urgence déterminé selon les modalités de l’annexe 6 au présent arrêté.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, un nombre de points supplémentaires, correspondant à 20 % de la somme des budgets octroyés aux hôpitaux mentionnés dans l’annexe 16 du présent arrêté, à l’exclusion des hôpitaux généraux qui disposent de lits agréés sous l’index G et/ou l’index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et des hôpitaux visés à l’article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2 du présent arrêté, est ajouté au budget disponible pour le personnel des urgences et est réparti entre les hôpitaux concernés sur base de leur nombre d’unités d’urgence, telles que calculées selon les modalités décrites dans l’annexe 6 du présent arrêté.

La répartition des points doit garantir l’attribution d’au moins 15 points aux hôpitaux agréés pour une fonction ‘soins urgents spécialisés’ ou une fonction de soins intensifs. S’il y a dépassement du nombre total de points retenu pour le pays, un coefficient de réduction linéaire est appliqué aux points calculés supérieurs à 15 afin de rester dans le nombre total de points disponible pour le pays.

Dès que l’hôpital est agréé, soit pour la fonction de première prise en charge des urgences, soit pour la fonction ‘soins urgents spécialisés’, le minimum d’une seule fois 15 points par hôpital, quel que soit le nombre de sites, lui est assuré pour une seule des deux fonctions.

Voor de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie 'gespecialiseerde spoedgevallen' en die voldoen aan de volgende voorwaarden:

- zich minstens 25 km van een ander ziekenhuis bevinden dat over een erkende functie 'gespecialiseerde spoedgevallen' beschikt of zich in een gemeenschap bevinden waar alleen de erkende functies 'gespecialiseerde spoedgevallen' zich op meer dan 25 km van elkaar bevinden,

- en over het maximum 200 erkende bedden beschikken,

wordt het minimum van 15 punten tot 30 punten opgetrokken, met dien verstande dat na de toepassing van die regel het aantal voor het hele land toegekende punten het totale aantal voor het land beschikbare punten niet mag overschrijden. In geval van overschrijding van het totale aantal weerhouden punten voor het land, wordt een lineaire verminderingscoëfficiënt toegepast op de berekende punten die, naargelang het geval, hoger liggen dan 15 of 30, teneinde binnen het totale aantal voor het land beschikbare punten te blijven.

**b.2)** Het behoud van het voormelde aantal punten is afhankelijk van het verzamelen en overzenden van de gegevens met betrekking tot de activiteit van de dienst spoedgevallen.]

### **c) Voor de activiteiten bedoeld in punt c) van de inleidende zin worden punten toegekend:**

- voor het operatiekwartier : het totaal aantal punten dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de kosten van medische producten in operatiekwartieren, wordt onder de ziekenhuizen verdeeld pro rata de punten toegekend overeenkomstig a) hierboven;
- voor de spoedgevallendienst : het totaal aantal punten dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de kosten van de medische producten in de spoedgevallendiensten, wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van de punten toegekend overeenkomstig punt b) hierboven;
- voor de verpleegenheden worden punten toegekend per bed. Dit aantal punten verschilt naargelang van de erkenningsindex van het bed, hetzij:
  - voor de A-bedden : 0,18 punten
  - voor de C-bedden: 1 punt
  - voor de D-bedden: 1,03 punten
  - voor de E-bedden: 1,19 punten
  - voor de G-bedden: 0,63 punten
  - voor de M-bedden: 1,91 punten
  - voor de K-bedden: 0,04 punten
  - voor de bedden met intensief karakter: 11,33 punten
  - voor de NIC-bedden: 8,11 punten
  - voor de H-bedden: 0,09 punten
  - [(19) voor de bedden IB: 0,18 punten.]

Een bijkomend aantal punten wordt toegekend in functie van de [(4) genormaliseerde] waarde per bezet bed, van de geneeskundige verstrekkingen berekend overeenkomstig voormelde nomenclatuur, met uitzondering van de verstrekkingen inzake klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en de forfaitaire honoraria.

Pour les hôpitaux agréés pour une fonction 'soins urgents spécialisés' et qui répondent aux conditions suivantes :

- se situer à au moins 25 km d'un autre hôpital disposant d'une fonction agréée 'soins urgents spécialisés' ou se situer dans une communauté où les seules fonctions agréées 'soins urgents spécialisés' sont distantes de plus de 25 km,

- et disposer au maximum de 200 lits agréés,

le minimum de 15 points est porté à 30 points, étant entendu qu'après application de cette règle, le nombre de points attribué pour l'ensemble du pays ne peut dépasser le nombre total de points disponibles pour le pays. S'il y a dépassement du nombre total de points retenu pour le pays, un coefficient de réduction linéaire est appliqué aux points calculés supérieurs à 15 ou 30, selon le cas, afin de rester dans le nombre total de points disponible pour le pays.

**b.2)** Le maintien des points précités est subordonné à la collecte et la transmission de données relatives à l'activité du service d'urgences.]

### **c) Pour les activités visées au point c) dans la phrase introductive, des points sont attribués:**

- pour le quartier opératoire : le nombre total de points retenu pour tout le pays pour les coûts des produits médicaux des quartiers opératoires est réparti entre les hôpitaux au prorata des points attribués conformément au a) ci-dessus;
- pour le service d'urgence : le nombre total de points retenu pour tout le pays pour les coûts des produits médicaux relatifs aux services d'urgence est réparti entre les hôpitaux au prorata des points attribués conformément au b) ci-dessus;
- pour les unités de soins, des points sont octroyés par lit justifié. Ce nombre de points est différent selon l'indice d'agrément du lit, soit :
  - pour les lits A : 0,18 point
  - pour les lits C : 1 point
  - pour les lits D : 1,03 point
  - pour les lits E : 1,19 point
  - pour les lits G : 0,63 point
  - pour les lits M : 1,91 point
  - pour les lits K : 0,04 point
  - pour les lits à caractère intensif : 11,33 points
  - pour les lits NIC : 8,11 points
  - pour les lits H : 0,09 point
  - [(19) pour les lits IB : 0,18 point.]

Un nombre de points supplémentaire est attribué en fonction de la valeur [(4) normalisée] par lit occupé des prestations médicales, calculé conformément à la nomenclature précitée, à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaïtaires.

[ (4) De genormaliseerde waarde per bezet bed van de medische verstrekkingen wordt overeenkomstig de bepalingen van bijlage 14 van dit besluit vastgesteld. ]

Voor de toepassing van het voorgaande lid worden de ziekenhuizen in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van de verstrekkingen.

Per deciel worden de hierboven toegekende punten vermenigvuldigd met een factor die verschillend is naargelang van het deciel.

[ (4) Deze factor bedraagt :

- voor de ziekenhuizen die tot het 1e deciel behoren: 0,8 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 2e deciel behoren: 1,1 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 3e deciel behoren : 1,4 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 4e deciel behoren : 1,7 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 5e deciel behoren : 2,0 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 6e deciel behoren : 2,3 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 7e deciel behoren : 2,6 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 8e deciel behoren : 2,9 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 9e deciel behoren : 3,2 ;
- voor de ziekenhuizen die tot het 10e deciel behoren : 3,5. ]

[(48) Om de waarde per bezet bed te bepalen wordt geen rekening gehouden met de medische prestaties en de verpleegdagen in de bedden erkend A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn en IB. Voor de ziekenhuizen waarvan het aantal verantwoorde bedden onder kenletter G hoger is dan het nationaal gemiddelde, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn- en IB-bedden, worden de verminderd met een aantal dagen overeenkomend met een aantal verpleegdagen G vermenigvuldigd met het volgende percentage :

$$\frac{\text{Aantal Ghi} - \text{bed.} - \text{aantal gemidd. } G - \text{bed. national}}{\text{Aantal Ghi} - \text{bedden}} \times 100$$

waarbij :

- aantal bedden Ghi = Aantal verantwoorde G-bedden van het beschouwde ziekenhuis ;
- gemiddeld nationaal aantal bedden G = het totaal aantal verantwoorde bedden van het beschouwde ziekenhuis, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn- en IB-bedden, vermenigvuldigd met het gemiddeld percentage verantwoorde G-bedden vastgesteld op nationaal vlak met betrekking tot het totaal aantal verantwoorde bedden, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn- en IB-bedden.

Met hospitalisatiedagen G wordt bedoeld : de dagen MZG behalve deze met betrekking tot A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn en IB \* (gerealiseerde dagen G van Finhosta / aantal totaal gerealiseerde dagen van Finhosta behalve deze gerealiseerd in A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn en IB), wetende dat de gerealiseerde dagen gehaald uit Finhosta en de MZG betrekking hebben op het jaar dat dient als referentie voor de berekening van de verantwoorde activiteit van het beschouwde jaar. ]

Het aldus bekomen aantal punten wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het totaal aantal punten te blijven dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de kosten van de medische producten op de verpleegenheden.

[ (4) La valeur normalisée par lit occupé des prestations médicales est déterminée conformément aux dispositions de l'annexe 14 du présent arrêté. ]

Pour l'application de l'alinéa précédent, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations.

Par décile, les points attribués ci-dessus sont multipliés par un facteur différent selon le décile.

[ (4) Ce facteur est:

- pour les hôpitaux qui appartiennent au 1<sup>er</sup> décile : 0,8 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 2<sup>e</sup> décile : 1,1 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 3<sup>e</sup> décile : 1,4 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 4<sup>e</sup> décile : 1,7 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 5<sup>e</sup> décile : 2,0 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 6<sup>e</sup> décile : 2,3 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 7<sup>e</sup> décile : 2,6 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 8<sup>e</sup> décile : 2,9 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 9<sup>e</sup> décile : 3,2 ;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 10<sup>e</sup> décile : 3,5. ]

[(48) Pour déterminer la valeur par lit occupé, il n'est pas tenu compte des prestations médicales et des journées d'hospitalisation dans les lits agréés A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB. Pour les hôpitaux dont le nombre de lits justifiés sous l'index G est supérieur à la moyenne nationale exprimée en lits justifiés, hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB, les journées d'hospitalisation sont diminuées d'un nombre de journées correspondant aux journées d'hospitalisation G multiplié par le pourcentage suivant :

$$\frac{\text{Nbre de lits Ghi} - \text{Nbre de lits G moyen national}}{\text{Nbre de lits Ghi}} \times 100$$

où :

- nombre de lits Ghi = Nombre de lits justifiés G de l'hôpital considéré ;
- nombre de lits G moyen national = le nombre total de lits justifiés de l'hôpital considéré, hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB, multiplié par le pourcentage moyen de lits justifiés G constaté au niveau national par rapport au nombre total de lits justifiés hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB.

Par journées d'hospitalisation G, il faut entendre les journées RHM hors celles relatives aux séjours A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB \* (journées réalisées G de Finhosta / nombre total de journées réalisées de Finhosta hors celles réalisées en A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB), en sachant que les journées réalisées extraites de Finhosta et du RHM ont trait à l'exercice servant de référence au calcul de l'activité justifiée de l'année considérée. ]

Le nombre de points ainsi obtenu est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre de points retenu pour tout le pays pour les coûts des produits médicaux dans les unités de soins.

d) voor de activiteiten bedoeld onder punt d) van de inleidende zin, worden punten toegekend welke worden berekend door het toepassen van een percentage van 10,22% op de punten toegekend volgens punt c) hierboven.

Het aldus toegekende aantal punten wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het aantal punten te blijven dat voor het gehele land voor het personeel van de centrale sterilisatie in aanmerking wordt genomen.

[ (4) (29) § 4. Het geheel van de punten dat aan elk ziekenhuis voor het personeel wordt toegekend overeenkomstig de §§ 2 en 3, wordt op de volgende wijze aangepast :

- a) Het aantal punten wordt gewijzigd om rekening te houden met de gemiddelde loonkost van elk ziekenhuis ten opzichte van de nationale gemiddelde loonkost.

In dit geval, wordt de volgende formule toegepast :

Aantal punten personeel x  
gemiddelde loonkost ziekenhuis  
 nationaal gemiddelde loonkost

b) de berekening van de gemiddelde loonkost van het ziekenhuis en de nationale gemiddelde loonkost wordt vastgesteld op basis van de theoretische loonschalen waarbij rekening wordt gehouden met de volgende elementen:

b.1) de loonschalen van de ondergeschikte openbare besturen op 1 november 1993, vermeerderd met 3,5 % voor de privé- sector en met 4,93 % voor de openbare sector overeenstemmend met elke graad of functie.

Volgende functies worden in aanmerking genomen :

- Hoofd van het verpleegkundig departement;
- Verpleegkundig dinesthoofd (middenkader);
- Hoofdverpleegkundige 1.78s;
- Hoofdverpleegkundige 1.77;
- Hoofdverpleegkundige 1.61;
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006) / bachelor (vanaf 2007) 1.77;
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006) / bachelor (vanaf 2007) 1.61;
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006) / bachelor (vanaf 2007) 1.55;
- Gebrevetteerd (t.e.m. 1996) / gediplomeerd (vanaf 1997 t.e.m. 2008) / gegradueerd verpleegkundige HBO5 (vanaf 2009) 1.55;
- Gebrevetteerd (t.e.m. 1996) / gediplomeerd (vanaf 1997 t.e.m. 2008) / gegradueerd verpleegkundige HBO5 (vanaf 2009) 1.43;
- Ziekenhuisassistent 1.57;
- Ziekenhuisassistent 1.40;
- Paramedisch personeel 1.80;
- Paramedicus A1;
- Paramedicus A2;
- Psycholoog in diensten A, K, T en/of IB;
- Opvoeder A, K, T en/of IB;
- Zorgkundige 1.35;
- Zorgkundige 1.26;

d) Pour les activités visées sous le point d) dans la phrase introductory, des points sont octroyés qui sont calculés en appliquant un pourcentage de 10,22% aux points attribués selon le point c) ci-dessus.

Le nombre de points ainsi attribué est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre de points, retenu pour tout le pays pour le personnel de la stérilisation centrale.

[ (4) [(29) § 4. Le total des points attribués pour le personnel à chaque hôpital en application des §§ 2 et 3 est adapté de la manière suivante :

- a) le nombre de points est modifié pour tenir compte de la charge moyenne salariale de chaque hôpital par rapport à la charge salariale moyenne nationale.

Dans ce cas, la formule suivante est appliquée :

Nombre points relatif au personnel x  
charge moyenne salariale de l'hôpital  
 charge moyenne salariale nationale

- b) le calcul de la moyenne salariale de l'hôpital et de la moyenne salariale nationale est établi sur base de barèmes théoriques tenant compte des éléments suivants :

b.1) les barèmes des pouvoirs publics subordonnés du 1er novembre 1993, augmentés de 3,5 % pour le secteur privé et de 4,93 % pour le secteur public, correspondant à chaque grade ou fonction.

Les fonctions retenues sont les suivantes :

- Chef du département infimier ;
- Infirmier–chef de service (cadre intermédiaire) ;
- Infirmier en chef 1.78s ;
- Infirmier en chef 1.77;
- Infirmier en chef 1.61 ;
- Infirmier gradué / bachelier 1.77 ;
- Infirmier gradué / bachelier 1.61 ;
- Infirmier gradué / bachelier 1.55 ;
- Infirmier breveté 1.55 ;
- Infirmier breveté 1.43 ;
- Assistant en soins hospitaliers 1.57 ;
- Assistant en soins hospitaliers 1.40 ;
- Paramédical 1.80 ;
- Paramédical A1 ;
- Paramédical A2 ;
- Psychologue service A, K, T et/ou IB ;
- Educateur A, K, T et/ou IB ;
- Aide-soignant 1.35 ;
- Aide-soignant 1.26 ;
- Aide-soignant 1.22 ;
- Personnel 54bis.

- Zorgkundige 1.22;
- Personeel 54bis.

**[(32) b.2)** het aantal VTE per functie.

Voor de functies die genieten van een weddenschaal met vlakke loopbaan, moet het totaal aantal voltijdse equivalenten van de functie worden opgesplitst om rekening te houden met de door de loonschaal voorziene verhogingen.

Het aantal in aanmerking genomen VTE voor de berekening van de gemiddelde looncorrectie wordt verkregen door de som van de basispunten, de bijkomende punten en de punten toegekend voor de plaatsen heelkundige daghospitalisatie, het personeel van het operatiekwartier, het personeel van de spoeddienst en het personeel van de sterilisatie te delen door 2,5 punten, waarbij een aantal VTE's dient te worden opgeteld dat overeenstemt met toegekende bijkomende financieringen in onderdeel B4 met artikel 74 en in onderdeel B7 met artikel 77, om de kost te financieren van het verschil in de normen aan verpleegkundig personeel en verzorgend personeel van toepassing op de universitaire en op de niet-universitaire bedden.

Vanaf 1 juli 2014 wordt, indien het aantal verantwoorde bedden, berekend voor het financieringsdienstjaar in kwestie, lager ligt dan het aantal erkende bedden zoals dat gekend is op het ogenblik van de berekening, het aantal VTE's dat overeenstemt met de basispunten die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelde looncorrectie, berekend rekening houdend met het aantal verantwoorde bedden en met de helft van het verschil, berekend per bedindex, tussen het aantal erkende bedden zoals dat gekend is op het ogenblik van de berekening en het aantal verantwoorde bedden.]

**b.3)** de gemiddelde geldelijke anciënniteit voor iedere functie. De splitsing bedoeld in het vorig punt is ook hier van kracht.

Om de gemiddelde geldelijke anciënniteit te berekenen, moet met de volgende principes rekening worden gehouden :

- indien nodig, moet de geldelijke anciënniteit van het personeelslid beperkt worden tot de maximale geldelijke anciënniteit waarin de loonschaal voorziet;
- de geldelijke anciënniteit wordt berekend op basis van de anciënniteiten vastgesteld op 31 december van het laatst bekende dienstjaar, waarbij ook rekening wordt gehouden met het personeel dat tijdens het betrokken jaar is vertrokken;
- Volgende berekeningsformule wordt toegepast :  

$$(\Sigma \text{Geldelijke anciënniteit} \times \text{VTE}) / \Sigma \text{VTE}$$

[(32) Er wordt in eerste instantie rekening gehouden met het personeel met de hoogste gemiddelde loonkost.]

**b.4)** de sociale lasten, rekening houdend met het effectieve gedelige statuut van het personeel;

**b.5)** de bezoldiging van de buitengewone prestaties berekend op basis van een apart gemiddeld percentage per ziekenhuis van de brutobezoldiging. Dit percentage wordt als volgt vastgesteld:

**[(32) b.2)** le nombre de personnes ETP par fonction.

Pour les fonctions bénéficiant d'une échelle barémique en carrière plane, le nombre total d'équivalents temps plein de la fonction doit être scindé pour tenir compte des sauts d'échelle prévus par le barème.

Le nombre d'ETP, pris en compte pour le calcul de la correction moyenne salariale est obtenu en divisant la somme des points de base, des points supplémentaires, des points attribués pour les places d'hospitalisation chirurgicale de jour, le personnel du bloc opératoire, le personnel du service des urgences et le personnel de la stérilisation, par 2,5 points, à quoi il faut ajouter un nombre d'ETP correspondant aux financements complémentaires accordés en sous-partie B4, à l'article 74, et en sous-partie B7, à l'article 77, pour financer le coût de la différence de normes de personnel infirmier et soignant applicables aux lits universitaires et aux lits non universitaires.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, dans le cas où le nombre de lits justifiés, calculé pour l'exercice de financement considéré, est inférieur au nombre de lits agréés tel que connu au moment du calcul, le nombre d'ETP correspondant aux points de base pris en considération pour le calcul de la correction moyenne salariale est calculé en tenant compte du nombre de lits justifiés et de la moitié de la différence, calculée par indice de lits, entre le nombre de lits agréés tel que connu au moment du calcul et le nombre de lits justifiés.]

**b.3)** l'ancienneté pécuniaire moyenne pour chaque fonction. La scission visée au point précédent est également d'application.

Pour calculer l'ancienneté pécuniaire moyenne, il y a lieu de tenir compte des principes suivants :

- le cas échéant, l'ancienneté pécuniaire du membre du personnel doit être limitée au maximum d'ancienneté prévue dans l'échelle barémique ;
- l'ancienneté pécuniaire est calculée sur base des anciennetés constatées le 31 décembre du dernier exercice connu en tenant compte également du personnel sorti pendant l'année considérée ;
- la formule de calcul est la suivante :  

$$(\Sigma \text{Ancienneté pécuniaire} \times \text{ETP}) / \Sigma \text{ETP}$$

[(32) Est d'abord pris en considération le personnel dont le coût moyen salarial est le plus élevé.]

**b.4)** les charges sociales en prenant en considération le statut pécuniaire effectif du personnel ;

**b.5)** la rémunération des prestations irrégulières calculée sur base d'un pourcentage moyen distinct par hôpital, de la rémunération brute. Ce pourcentage est établi comme suit :

- een aantal VTE's berekenen die door onderdeel B2 worden gefinancierd, hetzij het aantal punten toegekend voor het personeel gedeeld door 2,5;
- [(32) [(54) - een aantal [(56) VTE's ] berekenen voor de bedden met een intensief karakter door het aantal bedden met een intensief karakter, vastgelegd op basis van het model NRGnew zoals gedefinieerd in bijlage 18, te vermenigvuldigen met 2. Dit aantal [(56) VTE's ] kan nooit minder zijn dan 12; ]]
- een aantal VTE's berekenen voor de spoedgevallendienst door het aantal punten toegekend voor het personeel van die dienst door 2,5 te delen. Dat aantal VTE's mag nooit lager dan 6 zijn;
  - op basis van de reële kosten voor de bezoldiging van de buitengewone prestaties vastgesteld voor het laatst gekende dienstjaar, het reële percentage op nationaal vlak berekenen, van de kosten voor de bezoldiging van de buitengewone prestaties ten opzichte van het brutobedrag van de bezoldiging, en dat apart voor de intensieve zorg, de spoedgevallendienst en de andere ziekenhuisdiensten ;
  - door elk van die percentages te wegen op basis van het relatieve gewicht van het personeel van elk van de op die manier bepaalde drie sectoren, voor al het personeel dat door onderdeel B2 wordt gefinancierd, verkrijgt men een gemiddeld percentage van het brutobedrag van de bezoldiging dat de kosten voor de bezoldiging van buitengewone prestaties in het betrokken ziekenhuis weergeeft;
  - het op die manier berekende percentage wordt toegepast om de bezoldigingen te berekenen van het gekwalificeerd personeel dat niet behoort tot de Directie Nursing en het middenkader.

Voor het personeel 54bis en zorgkundige wordt het percentage vastgesteld op 10 % van het percentage weerhouden voor het gekwalificeerd personeel. Voor het personeel 54bis en zorgkundige van de intensieve zorgen en de spoedgevallendiensten is dit percentage gelijk aan nul. ]]

[(58) Op 1 juli 2021 wordt het aantal punten, dat het resultaat is van de berekening gemaakt op 1 juli 2020 volgens de bepalingen van deze paragraaf, gebruikt ten belope van twee derden van de waarde ervan.

Op 1 juli 2022 wordt het aantal punten, dat het resultaat is van de berekening gemaakt op 1 juli 2020 volgens de bepalingen van deze paragraaf, gebruikt ten belope van een derde van de waarde ervan.

Op 1 juli 2023 wordt het aantal punten, dat het resultaat is van de berekening gemaakt op 1 juli 2020 volgens de bepalingen van deze paragraaf, niet meer gebruikt. ]

[(33) [(35) [(41) **Art. 46bis.** ingetrokken ]]]

[(25) **Onderafdeling 6. - Onderdeel B2 van de geïsoleerde G-diensten en van de Sp-diensten ]**

- calculer un nombre total d'ETP financés par la sous-partie B2, soit le nombre de points attribués pour le personnel divisé par 2,5 ;
- [(32) [(54) - calculer un nombre d'ETP pour les lits à caractère intensif en multipliant par 2 le nombre de lits à caractère intensif fixé sur base du modèle NRGnew tel que défini dans l'annexe 18. Ce montant d'ETP ne peut jamais être inférieur à 12 ; ]]
- calculer un nombre d'ETP pour le service des urgences en divisant par 2,5 le nombre de points personnel attribué pour ce service. Ce nombre d'ETP ne peut jamais être inférieur à 6 ;
  - sur base du coût réel de la rémunération des prestations extraordinaires constaté pour le dernier exercice connu, calculer le pourcentage réel, au niveau national, du coût de la rémunération des prestations extraordinaires par rapport au montant brut de la rémunération, et cela distinctement pour les soins intensifs, le service des urgences et les autres services hospitaliers ;
  - en appliquant à chacun de ces pourcentages une pondération fixée sur base du poids relatif du personnel de chacun des trois secteurs ainsi déterminés, sur l'ensemble du personnel financé par la sous-partie B2, on obtient un pourcentage moyen du montant brut de la rémunération représentant le coût de la rémunération des prestations extraordinaires dans l'hôpital concerné ;
  - le pourcentage moyen ainsi calculé est appliqué pour calculer les rémunérations du personnel qualifié hors Direction du département infirmier et cadre intermédiaire.

Pour le personnel 54bis et aide-soignant, le pourcentage est fixé à 10 % du pourcentage retenu pour le personnel qualifié. Pour le personnel 54bis et aide-soignant des soins intensifs et du service des urgences, ce pourcentage est égal à zéro. ]]

[(58) Au 1<sup>er</sup> juillet 2021, le nombre de points, issu du calcul effectué au 1<sup>er</sup> juillet 2020 selon les dispositions du présent paragraphe, est utilisé à hauteur de deux tiers de sa valeur.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2022, le nombre de points, issu du calcul effectué au 1<sup>er</sup> juillet 2020 selon les dispositions du présent paragraphe, est utilisé à hauteur d'un tiers de sa valeur.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2023, le nombre de points, issu du calcul effectué au 1<sup>er</sup> juillet 2020 selon les dispositions du présent paragraphe, n'est plus utilisé. ]

[(33) [(35) [(41) **Art.46bis.** retiré ]]]

[(25) **Sous-section 6. – Sous-partie B2 des services G isolés et des services Sp ]**

**Art. 47. § 1.** [(26) Voor de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten] uitgezonderd de Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt het budget van onderdeel B2 vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget B2 vastgesteld wordt. Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget echter als volgt berekend :

$$1^{\circ} \text{ indien } JR > Q \\ (B2 \times Q) + [(JR - Q) \times 0,25 \times B2]$$

$$2^{\circ} \text{ indien } JR \leq Q \\ B2 \times JR$$

waarbij :

JR = gedurende het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen

Q = quotum van verpleegdagen 2002 vastgesteld bij toepassing van artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986

B2 = waarde per dag van onderdeel B2 op 30 juni 2002 buiten toepassing van de middelen voorzien in artikel 15, 26°.

[ (4) Behalve de Sp-diensten voor palliatieve zorg, wordt, vanaf 1 juli 2003, het onderdeel B2 van de geïsoleerde Sp-diensten, al dan niet samen met G-diensten, die voortkomen uit de reconversie van V- of S-bedden en [ (7) minstens ] 40 erkende bedden tellen, de bedden van de Sp-diensten voor chronische ziekten niet meegerekend, verhoogd met een bedrag van 1.492 EUR (waarde 1 juli 2003) per erkend bed. ]

[(26) § 2. Binnen de perken van het beschikbare nationale budget van 18.039.000 euro (index 01/07/2005), wordt het budget van onderdeel B2 van de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten, uitgezonderd de Sp-diensten palliatieve zorgen, berekend overeenkomstig § 1, verhoogd met een bedrag M dat als volgt wordt berekend:

$$M = A - B$$

Indien  $B \geq A$  dan  $M = 0$

waarbij :

B = budget B2 bedoeld in §1 op 30 juni 2005

A = VTE x 47.774,09 euro (index 01/07/2005) x 1,05

waarbij VTE de volgende normen inzake verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel vertegenwoordigt:

- Sp-diensten cardiopulmonaire, neurologische, chronische en locomotorische aandoeningen: 17 VTE's per 30 bedden;
- Sp-diensten psychogeriatrische aandoeningen die zich buiten een psychiatrisch ziekenhuis bevinden: 17,16 VTE's per 30 bedden;
- geïsoleerde G-diensten : 13,33 VTE's per 24 bedden ;
- een directeur/directrice verpleegkundige zorg voor de geïsoleerde Sp-diensten en de geïsoleerde G-diensten;
- een middenkader per 150 bedden.

M wordt pro rata van 1/3 op 1 juli 2005, 2/3 op 1 juli 2006 en 3/3 op 1 januari 2007 toegekend.]

[(26) § 3]. Het budget van Onderdeel B2 van de erkende Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt vastgesteld op 1 juli 2002 (indexcijfer 1 januari 2002) op 75.832,74 euro per bed.

**Art. 47 § 1er.** [(26) Pour les services G isolés et les services Sp] hormis les services Sp-soins palliatifs, le budget de la sous-partie B2 est fixé à sa valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation du budget B2. Toutefois, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget est calculé comme suit :

$$1^{\circ} \text{ si } JR > Q \\ (B2 \times Q) + [(JR - Q) \times 0,25 \times B2]$$

$$2^{\circ} \text{ si } JR \leq Q \\ B2 \times JR$$

où :

JR = journées réalisées durant l'exercice 2000

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 fixé en application de l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

B2 = valeur par jour de la sous-partie B2 au 30 juin 2002 hors application des moyens visés à l'article 15, 26°.

[ (4) Hormis les services Sp-soins palliatifs, la sous-partie B2 des services Sp isolés, combinés ou non à des services G, provenant de la reconversion de lits S ou V et comptant au moins 40 lits agréés à l'exclusion des lits des services Sp-maladies chroniques, est augmentée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2003 d'un montant de 1.492 EUR (valeur 1<sup>er</sup> juillet 2003) par lit agréé. ]

[(26) § 2. Dans les limites du budget national disponible fixé à 18.039.000 euros (index 01/07/2005), la sous-partie B2 des services G isolés et des services Sp, hormis les services Sp-soins palliatifs, calculé conformément au § 1er est augmentée d'un montant M calculé comme suit :

$$M = A - B$$

Si  $B \geq A$  alors  $M = 0$

où :

B = budget B2 visé au § 1<sup>er</sup> au 30 juin 2005

A = ETP x 47.774,09 euros (index 01/07/2005) x 1,05

où ETP représente les normes de personnel infirmier, soignant et paramédical suivantes :

- services Sp affections cardio-pulmonaires, neurologiques, locomotrices et chroniques : 17 ETP par 30 lits ;
- services Sp affections psycho-gériatriques situé en dehors d'un hôpital psychiatrique : 17,16 ETP par 30 lits ;
- services G isolés : 13,33 ETP par 24 lits ;
- un(e) directeur(trice) des soins infirmiers pour les services Sp isolés et les services G isolés ;
- un cadre intermédiaire par 150 lits.

M est octroyé à raison d'1/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2005, de 2/3 au 1<sup>er</sup> juillet 2006 et de 3/3 au 1<sup>er</sup> janvier 2007.]

[(26) § 3]. Le budget de la Sous-partie B2 des services agréés Sp-soins palliatifs est fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2002 (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) à 75.832,74 euros par lit.

**[(27) Onderafdeling 6bis. – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van de algemene ziekenhuizen]**

[(39) **Art. 47bis.** opgeheven]]

[(30)][(32) **Art. 47ter. § 1. a)** Voor de periode 1 januari tot 30 juni 2014 wordt aan elk ziekenhuis opgenomen in bijlage 16 van dit besluit het bij hun benaming vermelde bedrag toegekend ter dekking van de kosten die voortvloeien uit de volgende situaties in daghospitalisatie:

- voor elke toestand waarin dringende verzorging noodzakelijk is en die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt;
- voor elke toestand waarin, op voorschrift van de behandelende arts, een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus.

De loutere toediening van een oplossing van zouten of suikers als waakinfuus en het spoelen van een poortcatheter valt niet onder deze omschrijving.

[(34) b) Vanaf 1 juli 2014, wordt 80 % van de bedragen uit bijlage 16, § 2, toegekend aan de ziekenhuizen die niet bedoeld zijn in artikel 7, 2°, g), 1. en 100 % van de bedragen uit bijlage 16, § 2, toegekend aan de ziekenhuizen die op 1 juli 2014 niet vallen onder de bepalingen van artikelen 45 en 46 van dit besluit, behouden.]

c) De kosten die voortvloeien uit de situaties beschreven in a), voor patiënten die niet ressorteren onder een van de verzekeringsinstellingen bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zullen, voor het jaar 2013, door het ziekenhuis worden bezorgd aan FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en zullen worden toegekend aan de betrokken ziekenhuizen in het kader van de vergoeding ten gevolge van de herziening van het budget van financiële middelen [(33) [(34) voor dienstjaar 2014 en volgende.]]

§ 2. [(34) Vanaf een datum te bepalen door de Koning] worden de budgeten bedoeld in § 1, b) en c), verdeeld onder de ziekenhuizen die niet bedoeld zijn in artikel 7, 2°, g), 1., volgens modaliteiten te bepalen door de Koning, waarbij bij voorrang wordt gedoeld op de activiteiten op het vlak van oncologie, hematologie en reumatologie.]]

**Onderafdeling 7. – Onderdeel B2 van de psychiatrische ziekenhuizen**

[(25) **Art. 48. § 1er.** Het budget van Onderdeel B2 van de psychiatrische ziekenhuizen wordt vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt, met dien verstande dat aan de onderstaande normen voldaan moeten worden.

**[(27) Sous-section 6bis. – Dispositions communes à la sous-partie B2 des hôpitaux généraux**

[(39) **Art. 47bis.** abrogé]]

[(30) [(32) **Art. 47ter. § 1er. A)** Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2014, il est alloué à chaque hôpital repris dans l'annexe 16 du présent arrêté, le montant mentionné en regard de sa dénomination pour couvrir les coûts découlant des situations suivantes en hospitalisation de jour :

- pour tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier ;
- pour toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/produits sanguins labiles par une perfusion intraveineuse.

L'administration des solutions de sels ou de sucres comme pratiqué pour la perfusion de garde thérapeutique et le rinçage d'un port-cathéter ne tombe pas sous cette définition.

[(34) b) A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, 80 % des montants, repris dans l'annexe 16, § 2, octroyés aux hôpitaux non visés à l'article 7, 2°, g), 1. et 100 % des montants repris dans l'annexe 16, § 2, octroyés aux hôpitaux non concernés, au 1<sup>er</sup> juillet 2014, par les dispositions des articles 45 et 46 du présent arrêté, sont maintenus.]

c) Les coûts découlant des situations décrites en a), liés à des patients ne relevant pas d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, seront, en ce qui concerne l'année 2013, transmis par l'hôpital au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et seront octroyés aux hôpitaux concernés dans le cadre de l'indemnisation résultant de la révision du budget des moyens financiers relative [(33) [(34) à l'année 2014 et suivantes.]]

§ 2. [(34) A partir d'une date à définir par le Roi], les budgets visés au § 1<sup>er</sup>, b) et c), sont répartis entre les hôpitaux, non visés à l'article 7, 2°, g), 1., selon les modalités à définir par le Roi, pour cibler en priorité les activités d'oncologie, d'hématologie et de rhumatologie.]]

**Sous-section 7. – Sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques**

[(25) **Art. 48. § 1er.** Le budget de la Sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques est fixé à sa valeur au 30 juin précédent l'exercice de fixation du budget étant entendu que les normes reprises ci-dessous doivent être respectées.

Services Diensten	Normes par lits Normen per bedden	Occupation Bezetting
A (j+n) (d+n)	16/30	entre / tussen 80 et/en 100 %
A (j) (d)	10/30	entre / tussen 80 et/en 100 %
A (n) (n)	11/30	entre / tussen 80 et/en 100 %
T (j+n) (d+n)	20/60	entre / tussen 80 et/en 100 %
T (j) (d)	11,25/60	entre / tussen 80 et/en 100 %
T (n) (n)	12,37/60	entre / tussen 80 et/en 100 %
T (Vp) (Vp)	12/30	entre / tussen 80 et/en 100 %
K (j+n) (d+n)	26/20	entre / tussen 70 et/en 100 %
K (j) (d)	13/20	entre / tussen 70 et/en 100 %
K (n) (n)	13/20	entre / tussen 70 et/en 100 %
Sp affections psycho-gériatriques Psychogeriatriche aandoeningen Sp	17,16/30	entre / tussen 80 et/en 100 %
Direction Nursing Directie Nursing	1	par hôpital pour les hôpitaux de 150 lits et moins per ziekenhuis voor de ziekenhuizen met 150 bedden of minder
Cadre intermédiaire Middenkader	1	par 150 lits pour les hôpitaux de plus de 150 lits / per 150 bedden voor de ziekenhuizen met meer dan 150 bedden
IB adultes : Service de traitement intensif des patients psychiatriques IB volwassenen : Dienst voor intensieve behandeling van psychiatrische patiënten	15	Par unité de 8 lits  Per eenheid van 8 bedden

Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget B2 echter als volgt vastgesteld :

B2 X Q

waarbij:

Q = quotum van verpleegdagen 2002, vastgesteld bij toepassing van artikel 54 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986;

B2 = waarde per dag van Onderdeel B2 op 30 juni 2002, behoudens de financiering van het personeel bedoeld in artikel 15, 26°.

**§ 2.** Op 1 juli 2005 wordt het budget van het onderdeel B2 met een bedrag M verhoogd dat als volgt wordt berekend:

M = A x B x C

waarbij:

A staat voor het verschil in kwalificatiepercentage van het verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel door de gemiddelde kwalificatielijn van het ziekenhuis met de reële situatie van het jaar 1997 te vergelijken.

Om de gemiddelde kwalificatielijn te berekenen, wordt de volgende formule toegepast:

$\Sigma Ns \times \text{bedden}_s$

bedden <sub>h</sub>

Toutefois, pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le budget B2 est fixé de la manière suivante :

B2 x Q

ou:

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 fixé en application de l'article 54 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 ;

B2 = valeur par jour de la Sous-partie B2 au 30 juin 2002 hors le financement du personnel visé à l'article 15, 26°.

**§ 2.** Au 1<sup>er</sup> juillet 2005, le budget de la sous-partie B2 est augmenté d'un montant M calculé comme suit :

M = A x B x C

ou :

A représente la différence de pourcentage de qualification du personnel infirmier, soignant et paramédical en comparant la norme de qualification moyenne de l'hôpital et la situation réelle de l'année 1997.

Pour calculer la norme de qualification moyenne, il est fait application de la formule suivante :

$\Sigma Ns \times \text{lits}_s$

lits <sub>h</sub>

waarbij:

- Ns = kwalificatielijn van de dienst in kwestie, namelijk :

A	81,25 %
Aj / Ad	100 %
An	81,82 %
T	81,25 %
Tj / Td	100 %
Tn	81,82 %
T Vp	81,25 %
K	80,95 %
Kj / Kd	100 %
Kn	80 %
Sp psychogériatriques / Sp psychogeriatric	65,03 %

- Bedden s = aantal erkende bedden van de dienst in kwestie op 01/01/2005;

- Bedden h = totaal van het aantal erkende bedden van het ziekenhuis op 01/01/2005;

- B de personeelsnormen die overeenkomstig §1 voor de op 01/01/2005 erkende bedden zijn vastgesteld;

- C = 4.500 euro (index 01/07/2005) geeft het gemiddelde kostenverschil tussen gekwalificeerd en niet-gekwalificeerd personeel weer.

Het geheel van M-bedragen voor het hele land mag 1.000.000 euro (index 01/07/2005) niet overschrijden. Desgevallend wordt een lineaire verminderingscoëfficiënt toegepast.]

#### **[(19) Onderafdeling 7bis. – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van de algemene psychiatrische ziekenhuizen**

**[(21) Art. 48bis.** Vanaf 1 januari 2010 wordt een budget van 44.700.000 euro verdeeld onder de ziekenhuizen teneinde de valorisatie van ongemakkelijke prestaties van het personeel ‘aan het ziekbed van de patiënt’, werkzaam in de diensten bedoeld in punt a), b) en e) van artikel 8 uit te breiden overeenkomstig de toekenningsmodaliteiten voorzien in het koninklijk besluit van 22 juni 2010 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en onregelmatige prestaties.

Onder personeel ‘aan het ziekbed van de patiënt’ wordt verstaan de verpleegkundige, de zorgkundige en de persoon die de functie uitoefent van opvoeder in de psychiatrische diensten.

Het budget wordt, voorlopig, verdeeld naar rata van het aantal van onderdeel B2 van de ziekenhuizen op 30 juni 2009.

Het aan elk ziekenhuis toegekend budget zal herzien worden, binnen de grenzen van het nationaal budget, tijdens de herziening van het jaar 2010, op basis van het reële aantal VTE aan het ziekbed van de patiënten, die moeten beantwoorden aan de in het bovenvermelde koninklijk besluit van 22 juni 2010 gedefinieerde voorwaarden.

où:

- Ns = norme de qualification du service considéré, à savoir :

A	81,25 %
Aj / Ad	100 %
An	81,82 %
T	81,25 %
Tj / Td	100 %
Tn	81,82 %
T Vp	81,25 %
K	80,95 %
Kj / Kd	100 %
Kn	80 %
Sp psychogériatriques / Sp psychogeriatric	65,03 %

- Lits s = nombre de lits agréés du service considéré au 01/01/2005 ;

- Lits h = total du nombre de lits agréés de l'hôpital au 01/01/2005 ;

- B sont les normes de personnel établies conformément au § 1<sup>er</sup> pour les lits agréés au 01/01/2005 ;

- C = 4.500 euros (index 01/07/2005) représentant la différence moyenne de coût entre le personnel qualifié et le non qualifié.

L’ensemble des montants M pour le pays ne peut pas dépasser 1.000.000 euros (index 01/07/2005). Le cas échéant, un coefficient linéaire de réduction est appliqué.]

#### **[(19) Sous-section 7bis. – Dispositions communes à la sous-partie B2 des hôpitaux généraux et psychiatriques**

**[(21) Art. 48bis.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, un budget de 44.700.000 euros est réparti entre les hôpitaux en vue d’étendre la valorisation des prestations inconfortables du personnel présent ‘au chevet du malade’ travaillant dans les services visés aux points a), b) et e) de l’article 8 selon les modalités d’octroi prévues dans l’arrêté royal du 22 juin 2010 relatif à l’exécution du plan attractivité de la profession infirmière concernant les primes des titres et qualifications professionnels particuliers et des prestations inconfortables.

Par personnel ‘au chevet du malade’, on entend l’infirmier, l’aide-soignant et la personne qui exerce la fonction d’éducateur dans les services psychiatriques.

Le budget est réparti, en provision, au prorata du total de la sous-partie B2 des hôpitaux au 30 juin 2009.

Le budget octroyé à chaque hôpital sera revu, dans les limites du budget national, lors de la révision de l’année 2010, sur base du nombre réel d’ETP au chevet des patients répondant aux conditions définies dans l’arrêté royal du 22 juin 2010 susmentionné.

Om voormeld budget te behouden, moeten de ziekenhuisbeheerders aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgen dat de toekenning van deze voordelen aan voormeld personeel vanaf 1 januari 2010 bevestigt. Dit attest moet tegen 15 oktober 2010 worden verstuurd en moet medeondertekend worden door de ondernemingsraad voor de privésector, door het lokaal overlegcomité voor de overheidssector of, bij ontstentenis, door de vakbondsafvaardiging.]

**[(35) Onderafdeling 7ter. – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van alle ziekenhuizen**

**Art. 48ter.** Vanaf 1 januari 2016 wordt de budgettaire vermindering van 18.727.024 euro (waarde op 1 januari 2016) verdeeld onder alle ziekenhuizen naar evenredigheid van hun aantal erkenden bedden zoals gekend op 15 december 2015. ]

**Onderafdeling 8. - Onderdeel B3 van het budget**

**Art. 49.** – Onderdeel B3 wordt als volgt vastgesteld :

1<sup>o</sup> voor de magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, opgesteld in een dienst beeldvorming die erkend is overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 oktober 1989 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt voor de privé-ziekenhuizen een bedrag van 220.641,46 euro en voor de openbare ziekenhuizen een bedrag van 220.218,95 euro (index per 1 januari 2002) toegekend.

[(25) 2<sup>o</sup> Voor een radiotherapiedienst, erkend overeenkomstig het voormelde koninklijk besluit van 5 april 1991, wordt een bedrag toegekend dat als volgt wordt berekend:

a) voor elke erkende dienst radiotherapie wordt een aantal punten toegekend dat als volgt wordt berekend :

$\Sigma$  aantal prestaties x het aantal punten per prestatie

De prestaties en het aantal punten per prestatie zijn de volgende:

Prestations de radiothérapie / radiotherapy prestaties	Points / punten
N° 444113 - 444124	1
N° 444135 - 444146	2
N° 444150 - 444161	2,5
N° 444172 - 444183	3

b) - voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten lager is dan 1.125 wordt een bedrag van 226.688 euro (index 01/07/2005) toegekend;

Pour conserver le budget précité, les gestionnaires hospitaliers doivent faire parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de ces avantages au personnel précité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Cette attestation doit être envoyée pour le 15 octobre 2010 et doit être contresignée par le conseil d'entreprise pour le secteur privé, par le comité de concertation local pour le secteur public ou, à défaut, par la délégation syndicale.]

**[(35) Sous-section 7ter. – Dispositions communes à la sous-partie B2 de tous les hôpitaux**

**Art. 48ter.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, la diminution budgétaire de 18.727.024 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2016) est répartie entre tous les hôpitaux au prorata du nombre de leurs lits agréés tel que connu le 15 décembre 2015. ]

**Sous-section 8. – Sous-partie B3 du budget**

**Art. 49.** La sous-partie B3 est fixée de la manière suivante :

1<sup>o</sup> Pour le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, modifiée par l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de 220.641,46 euros pour les hôpitaux privés et 220.218,95 euros pour les hôpitaux publics (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) est alloué.

[(25) 2<sup>o</sup> Pour un service de radiothérapie, agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 précité, il est accordé un montant calculé comme suit :

a) pour chaque service de radiothérapie agréé, il est accordé un nombre de points, calculé comme suit :

$\Sigma$  nbre de prestations x nbre de points par prestation

Les prestations et le nombre de points par prestation sont les suivants :

b) - pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est inférieur à 1.125, un montant de 226.688 euros (index 01/07/2005) est alloué ;

- voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 1.124 en lager dan 1.875 wordt een bedrag van 294.694 euro (index 01/07/2005) toegekend;
- voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 1.874 en lager dan 2.625 wordt een bedrag van 383.102 euro (index 01/07/2005) toegekend;
- voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 2.624 en lager dan 3.375 wordt een bedrag van 498.713 euros (index 01/07/2005) toegekend;
- voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 3.374 en lager dan 4.125 wordt een bedrag van 648.327 euro (index 01/07/2005) toegekend;
- voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 4.124 en lager dan 4.875 wordt een bedrag van 841.012 euro (index 01/07/2005) toegekend;
- voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 4.874 wordt een bedrag van 1.094.903 euro (index 01/07/2005) toegekend.

[(58) De bovenvermelde bedragen worden verhoogd met 239,20 euro (waarde op 1juli 2021) per punt.

Vanaf 1 juli 2021 wordt er een bijkomende financiering van 187.187,47 euro (waarde op 1 juli 2021) toegekend per begonnen schijf van 750 punten boven 5624 punten.

Het bedrag dat op 1 juli van elk boekjaar wordt toegekend, is voorlopig van aard. Zodra het boekjaar is afgelopen, wordt het herzien op basis van de gegevens van het beschouwde boekjaar. ]]

**3º** Voor de tomograaf met positronemissie (PET-scanner) opgesteld in een dienst voor nucleaire geneeskunde, erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 12 augustus 2000 wordt er een bedrag van [(35) 90.000 euro (waarde 1 januari 2016] toegekend.

[(41) In afwijking van het vorige lid wordt voor een tweede [(54) opgeheven ] tomograaf met positronemissie (PET-scanner) opgesteld in een universitair ziekenhuis opgenomen in het koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot aanwijzing van ziekenhuizen als universitair ziekenhuis, 50 % van het in het vorige lid vermelde bedrag toegekend. ]

- pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 1.124 et inférieur à 1.875, un montant de 383.102 euros (index 01/07/2005) est alloué ;
- pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 1.874 et inférieur à 2.625, un montant de 383.102 euros (index 01/07/2005) est alloué ;
- pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 2.624 et inférieur à 3.375, un montant de 498.713 euro (index 01/07/2005) est alloué ;
- pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 3.374 et inférieur à 4.125, un montant de 648.327 euros (index 01/07/2005) est alloué ;
- pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 4.124 et inférieur à 4.875, un montant de 841.012 euros (index 01/07/2005) est alloué ;
- pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 4.874, un montant de 1.094.903 euros (index 01/07/2005) est alloué.

[(58) Les montants susmentionnés sont majorés de 239,20 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2021) par point.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021, un financement supplémentaire de 187.187,47 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2021) est octroyé par tranche entamée de 750 points au-delà de 5624 points.

Le montant octroyé au 1<sup>er</sup> juillet de chaque exercice revêt un caractère provisoire. L'exercice terminé, il est revu en fonction des données de l'exercice considéré. ]]

**3º** Pour le tomographe à émission de positrons (PET-scanner) installé dans un service de médecine nucléaire agréé conformément à l'arrêté royal du 12 août 2000, un montant de [(35) 90.000 euros (valeur 1<sup>er</sup> janvier 2016)] est alloué.

[(41) Par dérogation à l'alinéa précédent, il est attribué 50 % du montant mentionné dans l'alinéa précédent pour [(54) abrogé ] [(56) abrogé ] un second tomographe à émission de positrons (PET-scanner) dans un hôpital universitaire repris dans l'arrêté royal du 10 août 2005 désignant des hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire. ]

## Onderafdeling 9 – Onderdeel B4 van het budget

## Sous-section 9. - Sous-partie B4 du budget

**Art. 50. § 1.** Teneinde de werkgelegenheid in het ziekenhuis te waarborgen en/of te verhogen kan, aan het budget van financiële middelen een bedrag worden toegevoegd gelijk aan 7,5 % van de financiële middelen, vrijgemaakt in functie van de hiernavolgende regelen, voor de ziekenhuizen die een herstructureringsplan doorvoeren dat ertoe strekt een aantal bedden te desaffecteren in toepassing van de artikelen 4, 5 en 6 behalve voor wat betreft de desaffectatie van C-, D-, G- en E-bedden naar Sp-bedden, van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 tot vaststelling van de nadere regelen bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de aard en het aantal bedden waarvan de desaffectatie in aanmerking mag komen om de ingebruikneming van ziekenhuisbedden mogelijk te maken, van artikel 4 van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende vaststelling van het maximum aantal plaatsen van beschut wonen dat in gebruik mag worden genomen alsmede van de regelen inzake de gelijkwaardige vermindering van een aantal ziekenhuisbedden zoals bedoeld in artikel 35 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, of van artikel 3 van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende nadere bepaling van de gelijkwaardige vermindering van bedden zoals bedoeld in artikel 5, §4, eerste lid, van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging.

**§ 2.** Binnen de grenzen van een budget [(25) de 3.945.969 euro (index 01/01/2005)] komende van onder andere de 2,5 % van de vrijgekomen financiële middelen ingevolge de desaffectatie van bedden bedoeld in §1 en dat door Ons wordt vastgesteld, wordt het onderdeel B4, volgens nader te bepalen regelen en modaliteiten, verhoogd met een forfaitair bedrag voor psychiatrische ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van projecten tot verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

Bedoelde projecten moeten het voorwerp uitmaken van een gescreven overeenkomst met de Minister die de vaststelling van de budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

**Art. 51. § 1.** Onderdeel B4 van het budget van de algemene ziekenhuizen bevat in voorkomend geval het op 30 juni 2002 verschuldigde bedrag aan recyclage.

**§ 2.** Voor de acute ziekenhuizen die in het kader van een herstructurering, een fusie, een samenwerkingsverband, een groepering of een samenwerking met een of meer ziekenhuizen vrijwillig bedden sluiten vanaf 1 juli 2002 tot 30 juni 2004 wat leidt tot een vermindering van hun budget bij toepassing van artikel 88, §1, wordt onderdeel B4 vermeerderd met een bedrag gelijk aan 20 % van het budget van de onderdelen B1 en B2, dat voor deze sluiting vrijgemaakt werd, voor zover de sluiting minstens 30 bedden betreft, met het oog op het behoud van de tewerkstelling in het ziekenhuis. De toekenning van dit bedrag is ondergeschikt aan het sluiten van een overeenkomst tussen de instelling en de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

[(39) **Art. 51bis.** Op 1 januari 2017 worden de bedragen bedoeld in artikel 50, § 1 en 51, § 1, zoals vastgesteld op hun waarde op 31 december 2016, met tien procent per ziekenhuis verminderd.]

**Art. 50. § 1er.** Afin de garantir et/ou d'augmenter l'emploi dans l'hôpital, il peut être ajouté au budget des moyens financiers un montant, correspondant à 7,5 % des moyens financiers libérés en fonction des règles sous mentionnées, pour les hôpitaux qui établissent un plan de restructuration qui a pour but de désaffecter un nombre de lits, en application des articles 4, 5 et 6, sauf en ce qui concerne la désaffectation des lits C, D, G et E en lits Sp, de l'arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles, visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers, l'article 4 de l'arrêté royal du 16 juin 1999 fixant le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service ainsi que les règles relatives à la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux comme visé à l'article 35 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et de l'article 3 de l'arrêté royal du 16 juin 1999 précisant la réduction équivalente d'un certain nombre de lits comme visé à l'article 5, §4, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins.

**§ 2.** Dans les limites d'un budget [(25) de 3.945.969 euros (index 01/01/2005)] provenant entre autres des 2,5 % des moyens financiers libérés suite à la désaffectation de lits telle que précisée au §1<sup>er</sup> et déterminée par Nous, la sous-partie B4 est augmentée, selon les règles et des modalités encore à préciser par Nous, d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux psychiatriques qui prennent part à la réalisation de projets visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Ces projets doivent faire l'objet d'une convention écrite avec le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.

**Art. 51. § 1er.** La sous-partie B4 du budget des hôpitaux généraux comprend, le cas échéant, le montant du recyclage attribué au 30 juin 2002.

**§ 2.** Pour les hôpitaux aigus qui, dans le cadre d'une restructuration, d'une fusion, d'une association, d'un groupement ou d'une collaboration avec un ou plusieurs hôpitaux, ferment volontairement des lits à partir du 1er juillet 2002 jusqu'au 30 juin 2004, qui entraîne une diminution de leur budget en application de l'article 88, §1er, la sous-partie B4 est augmentée, pour autant que la fermeture concerne au moins 30 lits, d'un montant égal à 20 % du budget des sous-parties B1 et B2 libéré par cette fermeture en vue de maintenir l'emploi dans l'hôpital. L'octroi de ce montant est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'établissement et le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions.

[(39) **Art. 51bis.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, les montants attribués conformément à l'article 50, § 1<sup>er</sup> et à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, tels que fixés à leur valeur au 31 décembre 2016, sont diminués de dix pourcent par hôpital.]

**Art. 52.** [(19) [(22) Teneinde de werkingskosten van de erkende samenwerkingsverbanden als overlegplatform, bedoeld in het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, te financieren, wordt vanaf 1 juli 2011 een budget van 2.139.383,70 euro (index 01/01/2011) verdeeld onder de samenwerkingsverbanden volgens de hierna bepaalde modaliteiten.

**1º** de financiering wordt berekend via 2 bewerkingen:

a) 1<sup>ste</sup> bewerking: een basisvergoeding wordt aan bepaalde samenwerkingsverbanden als volgt toegekend:

- 20.000 euro (index 01/01/2011) aan samenwerkingsverbanden tot 300.000 inwoners bedienen;
- 10.000 euro (index 01/07/2011) aan samenwerkingsverbanden van 300.001 tot 500.000 inwoners bedienen;
- 4.000 euro (index 01/07/2011) aan samenwerkingsverbanden van 500.001 tot 899.999 inwoners bedienen;
- geen basisvergoeding voor samenwerkingsverbanden die 900.000 en meer inwoners bedienen;

b) 2<sup>de</sup> bewerking: het saldo van het budget wordt verdeeld naar rata van het aantal inwoners dat door elk samenwerkingsverband wordt bediend.

De financiering wordt jaarlijks aangepast op basis van het aantal inwoners dat door het samenwerkingsverband wordt bediend, op basis van de laatst bekende bevolkingscijfers;

**2º** het op grond van de punten a) en b) berekende bedrag van de financiering wordt aan één van de ziekenhuizen toegekend die deel uitmaken van het samenwerkingsverband.

Die financiering wordt aan het samenwerkingsverband overgemaakt. Een schriftelijke overeenkomst tussen het samenwerkingsverband en het betrokken ziekenhuis regelt de wijze waarop de financiering wordt overgemaakt.

**3º** Om voor de financiering in aanmerking te komen dienen door de inrichtende macht van het samenwerkingsverband bij de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, te worden ingediend:

- een afschrift van het besluit van erkenning en van verlenging van erkenning. De inrichtende macht is hiervan vrijgesteld indien de overheid die de erkenning heeft verleend deze beslissing overmaakt aan de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft;
- een afschrift van de overeenkomst, en van de wijzigingen aan deze overeenkomst, bedoeld in artikel 9 van het voormeld koninklijk besluit van 10 juli 1990.

**4º** Om het voordeel van de financiering bedoeld in het eerste lid te behouden moeten de samenwerkingsverbanden elk jaar vóór 1 mei aan het FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, DG1, Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, een rapport voorleggen betreffende hun activiteiten tijdens het verstrekken dienstjaar.]]

**Art. 52.** [(19) [(22) A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011, pour financer les coûts de fonctionnement des associations comme plate-forme de concertation, agréées visées dans l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, un budget de 2.139.383,70 euros (index 01/01/2011) est réparti entre les associations selon les modalités définies ci-dessous.

**1º** le financement est calculé en 2 opérations :

a) 1<sup>ère</sup> opération : il est octroyé une indemnité de base à certaines associations, comme suit :

- 20.000 euros (index 01/01/2011) aux associations desservant jusqu'à 300.000 habitants ;
- 10.000 euros (index 01/07/2011) aux associations desservant de 300.001 à 500.000 habitants ;
- 4.000 euros (index 01/07/2011) aux associations desservant de 500.001 à 899.999 habitants ;
- aucune indemnité de base pour les associations desservant 900.000 habitants et plus ;

b) 2<sup>e</sup> opération : le solde du budget est réparti au prorata du nombre d'habitants desservis par chaque association.

Chaque année, le financement est adapté en fonction du nombre d'habitants desservi par l'association, sur base des derniers chiffres de population connus ;

**2º** le montant du financement calculé en vertu des points a) et b) est attribué à un des hôpitaux agréés faisant partie de l'association.

Ce financement est transmis à l'association. Une convention écrite, passée entre l'association et l'hôpital concerné, règle les modalités de la transmission du financement.

**3º** Pour entrer en ligne de compte pour le financement, le pouvoir organisateur de l'association doit transmettre au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions :

- une copie de l'arrêté d'agrément et de la prorogation d'agrément. Le pouvoir organisateur en est dispensé si l'autorité ayant octroyé l'agrément transmet elle-même cette décision au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions;
- une copie de la convention et de ses avenants, visée à l'article 9 de l'arrêté du 10 juillet 1990 précité.

**4º** Pour conserver le bénéfice du financement prévu à l'alinéa premier, les associations doivent communiquer chaque année, au SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, DG1, Service Soins de santé psychosociaux, un rapport relatif à leurs activités pendant l'exercice écoulé.]]

**[(39) Art. 53.]** Teneinde te beantwoorden aan de wettelijke verplichtingen betreffende de hoofdgeneesheer, wordt onderdeel B4 van het budget van financiële middelen verhoogd met een forfaitair bedrag per bed van 258,85 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de algemene privé-ziekenhuizen, met 257,34 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de algemene openbare ziekenhuizen, met 259 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de psychiatrische privéziekenhuizen en met 257,48 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de psychiatrische openbare ziekenhuizen.

Het forfait wordt berekend, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.

Vanaf 1 juli 2017, wordt de berekening van het forfait gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]].]

**[(39) Art. 54.]** Teneinde te voldoen aan de verplichting tot aanstelling van een bedrijfsrevisor bepaald in artikel 80 van de wet op de ziekenhuizen, wordt onderdeel B4 van het budget van financiële middelen verhoogd met een forfaitair bedrag per bed van :

1° voor psychiatrische ziekenhuizen : 28,19 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de privésector en 27,63 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de openbare sector;

2° voor algemene ziekenhuizen : 54,97 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de privésector en 54,73 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de openbare sector.

Het forfait wordt berekend, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoerde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.

Vanaf 1 juli 2017, wordt de berekening van het forfait gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoerde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoerde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]].]

**[(39) Art. 53.]** Afin de répondre aux obligations légales concernant le médecin-chef, la sous-partie B4 du budget des moyens financiers est augmentée d'un montant forfaitaire par lit de 258,85 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour les hôpitaux généraux privés, de 257,34 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour les hôpitaux généraux publics, de 259 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour les hôpitaux psychiatriques privés et de 257,48 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour les hôpitaux psychiatriques publics.

Le forfait est calculé, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, le calcul du forfait est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée]].]

**[(39) Art. 54.]** Afin de satisfaire à l'obligation de désignation d'un réviseur d'entreprise prévue à l'article 80 de la loi sur les hôpitaux, la sous-partie B4 du budget des moyens financiers est augmentée d'un montant forfaitaire par lit de :

1° pour les hôpitaux psychiatriques : 28,19 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour le secteur privé et de 27,63 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour le secteur public;

2° pour les hôpitaux généraux : 54,97 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour le secteur privé et 54,73 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour le secteur public.

Le forfait est calculé, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, le calcul du forfait est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée]].]

[32] **Art. 55.** [(37) § 1. Voor de financiering van de registratie van de gegevens bedoeld in het koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden, [(39) in het koninklijk besluit van 1 oktober 2012 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, ] in het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en het koninklijk besluit van 15 januari 2014 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde urgentiegegevens moeten worden medegedeeld aan de minister bevoegd voor Volksgezondheid, wordt er vast en een variabel gedeelte toegekend.

**§ 2.** Het vaste gedeelte bestaat uit de volgende twee elementen:

1° het hoogste basisbedrag, tussen de toelage aan de privésector of aan de overheidssector, voorheen toegekend krachtens artikel 55 zoals deze bestond voor de wijziging ervan door het koninklijk besluit van 8 januari 2015 en van artikel 61 zoals deze van kracht was vóór de opheffing ervan door het koninklijk besluit van 8 januari 2015;

[(53) 2° voor alle ziekenhuizen die voorheen deze financiering ontvingen via een piloot projectovereenkomst, het bedrag van 12.734,50 euro (index op 1 juli 2019) om deel te nemen aan het systeem HUBs-Metahub dat betrekking heeft op het gedeeld elektronisch gezondheidsdossier. Het behoud van de financiering is onderworpen aan de continue uitwisseling van geïnformatiseerde gezondheidsinformatie tussen elk ziekenhuis en het systeem HUBs-Metahub. Deze actieve verbinding wordt geobjectiveerd door statistieken van elke hub.]

Een actieve verbinding kenmerkt zich door de volgende elementen:

- a) ter beschikking stelling van de ontslagbrief en de verwijsbrief naar een andere zorgverstrekker, alsook, bij doorverwijzing of ontslag van de patiënt, de elektronische communicatie naar de verwijzende artsen door middel van het HUBs-Metahub systeem;
- b) raadpleging via de hubs en de ‘kluizen’, zoals gedefinieerd door het eHealth-platform, van gezondheidsdossiers van andere instellingen, de Summarized Electronic Health Records (SumEHR) en het medicatie-overzicht door zorgverstrekkers in de instelling;
- c) ter beschikking stellen van andere elektronische gezondheidsgegevens van patiënten met andere zorgverstrekkers via het HUBs-Metahub systeem. De informatie moet worden uitgewisseld in een vorm die het mogelijk maakt om het te gebruiken;
- d) toegankelijkheid van de documenten volgens de toegangsmatrix zoals gedefinieerd door het eHealth-platform;

[(32) **Art. 55.** [(37) § 1er. Pour le financement de l'enregistrement des données visées dans l'arrêté royal du 14 décembre 1987 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire de l'hôpital de la situation financière, des résultats d'exploitation, du rapport du réviseur d'entreprise et de tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement, [(39) dans l'arrêté royal du 1er octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, ] dans l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et dans l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précisant les règles selon lesquelles certaines données d'urgence doivent être communiquées au ministre compétent en matière de Santé publique, une partie fixe et une partie variable sont octroyées.

**§ 2.** La partie fixe est composée des deux éléments suivants :

1° le montant de base le plus élevé, entre l'allocation au secteur privé ou au secteur public, alloué précédemment en vertu de l'article 55 tel qu'il existait avant la modification apportée par l'arrêté royal du 8 janvier 2015 et de l'article 61 tel qu'il existait avant son abrogation par l'arrêté royal du 8 janvier 2015 ;

[(53) 2° pour tous les hôpitaux ayant reçu auparavant ce financement par le biais d'un contrat de projet-pilote, le montant de 12.734,50 euros (index au 1<sup>er</sup> juillet 2019) pour participer au système HUBs-Metahub portant sur le dossier santé électronique partagé. Le maintien du financement est soumis à l'échange continu d'informations informatiques de santé entre les prestataires de soins de chaque hôpital et le système HUBs-Metahub. La connexion active susmentionnée est objectivée par les statistiques de chaque hub.]

Une connexion active se caractérise par les éléments suivants :

- a) mise à disposition de la lettre de sortie et de la lettre de renvoi vers un autre prestataire de soins, et communication électronique de cette mise à disposition aux médecins référents, au moyen du système HUBs-Metahub, en cas de renvoi ou de sortie du patient ;
- b) consultation, via les hubs et les ‘coffres-forts’, tels que définis par la plate-forme eHealth, des dossiers santé d’autres établissements, du Summarized Electronic Health Records (SumEHR) et de la liste des médicaments par les prestataires de soins de l’établissement ;
- c) mise à disposition d’autres données de santé électroniques des patients à d’autres prestataires de soins via le système HUBSs-Metahub. Les informations doivent être échangées dans un format qui en permet l’utilisation ;
- d) accessibilité des documents selon la matrice d'accès définie par la plate-forme eHealth ;
- e) accessibilité du patient à la liste des mises à disposition d’informations le concernant via le système Hubs-Metahub ;

- e) toegankelijkheid door de patiënt tot de lijst van alle via het HUBs-Metahub-systeem ter beschikking gestelde informatie betreffende hemzelf;
- f) mogelijkheid om automatische rapporten/statistieken te krijgen vanuit de hub over het aantal publicaties en consultaties; deze rapporten moeten ter beschikking gesteld worden zowel voor het ziekenhuis zelf als voor de FOD Volksgezondheid. ]]

[(39) § 3. Het variabele deel is samengesteld uit een bedrag per bed dat als volgt wordt vastgesteld :

1° voor de niet-psychiatrische ziekenhuizen, een bijkomend bedrag van 331,82 euro (waarde op 1 januari 2017) per bed, met uitzondering van de bedden onder de kenletters A, T, K, IB, Ad, An, Kd, Kn, Td, Tn en Sp psychogeriatrie en van 103,84 euro (waarde op 1 januari 2017) per bed onder de kenletters A, T, K, IB, Ad, An, Kd, Kn, Td, Tn en Sp psychogeriatrie;

2° voor de psychiatrische ziekenhuizen, een bijkomend bedrag van 80,35 euro (waarde op 1 januari 2017) per bed onder [(40) kenletters A, T, K, IB, Ad, An, Kd, Kn, Td, Tn en psychogeriatrische Sp.]

Deze verdeling wordt gerealiseerd, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.

Vanaf 1 juli 2017, wordt deze verdeling gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar].]]

[(33) [(58) § 4. Ter financiering van de verplichtingen inzake het registreren van de gegevens bepaald in het koninklijk besluit van 25 april 2014 houdende bepaling van de regels volgens welke de ziekenhuizen gegevens met betrekking tot de 'Treatment Demand Indicator' moeten meedelen aan de minister bevoegd voor Volksgezondheid, wordt onderdeel B4 van de ziekenhuizen verhoogd, vanaf 1 juli 2015 tot 30 juni 2025, met een forfaitair bedrag X dat als volgt wordt berekend:

$$X = A * (B / C)$$

waarbij :

A = beschikbaar budget van 389.675,60 euro (waarde op 1 juli 2021);

B = aantal TDI-registraties van elk ziekenhuis van het voorlaatste jaar vóór dat van de financiering verstrekt door Sciensano;

C = aantal TDI-registraties van alle ziekenhuizen met betrekking tot het jaar n-2.

Vanaf 1 juli 2025 wordt de financiering om de twee jaar berekend.

- f) possibilité de recevoir des rapports/statistiques de façon automatisée depuis le hub en ce qui concerne le nombre de publications et de consultations; ces rapports devront être mis à la disposition aussi bien de l'hôpital que du SPF Santé publique. ]]

[(39) § 3. La partie variable est constituée d'un montant par lit fixé comme suit :

1° pour les hôpitaux non psychiatriques, un montant supplémentaire de 331,82 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) par lit, à l'exception des lits d'index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques et de 103,84 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) par lit d'index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques;

2° pour les hôpitaux psychiatriques, un montant supplémentaire de 80,35 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) par lit sous les index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques.

Cette répartition est réalisée, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, cette répartition est réalisée en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée]].]

[(33) [(58) § 4. Pour financer l'obligation d'enregistrement des données définies dans l'arrêté royal du 25 avril 2014 modifiant les règles selon lesquelles les hôpitaux doivent communiquer les données relatives au 'Treatment Demand Indicator' au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, la sous-partie B4 des hôpitaux est augmentée, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 jusqu'au 30 juin 2025, d'un montant X forfaitaire calculé comme suit :

$$X = A * (B / C)$$

où :

A = budget disponible de 389.675,60 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2021);

B = nombre d'enregistrements TDI de chaque hôpital de la pénultième année avant celle du financement fourni par Sciensano ;

C = nombre d'enregistrements TDI de tous les hôpitaux relatif à l'année n-2.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2025, le calcul du financement est effectué tous les deux ans.

Als de gegevens van de Treatment Demand Indicator niet worden meegeleid aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, overeenkomstig de modaliteiten vastgesteld in het bovengenoemde koninklijk besluit van 25 april 2014, wordt het forfait gerekupererd. ]]

**Art. 56.** [(16) [(42) § 1. Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de verpleegkundige-ziekenhuishygiénist en de geneesheer-ziekenhuishygiénist, bedoeld in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, wordt onderdeel B4 van het budget van de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 erkende bedden, met uitzondering van de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 erkende bedden en met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen en -diensten voor palliatieve zorg en van het budget van de ziekenhuizen die over minstens 150 erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K en die over minstens 150 bedden beschikken erkend onder de kenletter G en/of de kenletter Sp, vanaf 1 juli 2007, voor beide functies verhoogd met 53.105 euro (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiénist en met 81.709,74 euro (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent geneesheer-ziekenhuishygiénist.

Het respectievelijk aantal fulltime equivalenten wordt als volgt berekend:

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiénist: Bi x C/1.000,
- voor de geneesheer- ziekenhuishygiénist: Bi x C/2.400,

met dien verstande dat elk betrokken ziekenhuis moet beschikken over een financiering van op zijn minst 1 FTE verpleegkundigenhygiénist en 0,5 FTE geneesheerhygiénist; waarbij :

Bi = aantal verantwoorde bedden vastgesteld overeenkomstig bijlage 3 van dit besluit voor de betrokken dienst op 1 juli van het dienstjaar. Met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar];

C = coëfficiënt per dienst.

Deze coëfficiënt wordt per dienst als volgt vastgesteld:

C	3
D	2,3
C + D (I)	4,6
E	2,3
M	2,3
NIC	4,6
L	4,6

Si les données du Treatment Demand Indicator ne sont pas communiquées au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, conformément aux modalités fixées dans l'arrêté royal du 25 avril 2014 susmentionné, le forfait octroyé l'année précédant celle de l'enregistrement est récupéré. ]]

**Art. 56.** [(16) [(42) § 1er. Afin de répondre aux obligations légales concernant l'infirmier(e) hygiéniste hospitalier(e) et le médecin hygiéniste hospitalier, visées à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, la sous-partie B4 du budget des hôpitaux généraux, hors les hôpitaux et services isolés Sp de moins de 150 lits agréés, hors les hôpitaux et services isolés G de moins de 150 lits agréés et hors les hôpitaux et services Sp soins palliatifs et du budget des hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et qui disposent d'au moins 150 lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp, est augmentée, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, pour les deux fonctions de 53.105 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) par médecin en hygiène hospitalière équivalent temps plein.

Le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière : Li x C/1.000,
  - pour le médecin en hygiène hospitalière : Li x C/2.400,
- étant entendu que chaque hôpital concerné doit disposer du financement d'au minimum un ETP infirmier(e) hygiéniste et 0,5 ETP médecin hygiéniste,

où:

Li = nombre de lits justifiés déterminés conformément à l'annexe 3 du présent arrêté pour le service concerné au 1<sup>er</sup> juillet de l'exercice. Par lit on entend les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1er et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée] ;

C = coefficient par service.

Ce coefficient par service est fixé comme suit :

G	1,5
A	0,2
T	0,1
K	0,2
Sp	0,2

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 percent van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies.

**§ 1bis.** Vanaf 1 januari 2010 wordt, teneinde aan de wettelijke verplichtingen inzake de verpleegkundige-ziekenhuishygiénist en de geneesheer-ziekenhuishygiénist te voldoen, bedoeld in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, onderdeel B4 van het budget van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 erkende bedden, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 erkende bedden en van het budget van de ziekenhuizen die over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met erkende bedden onder de kenletters A, T of K en die over minder dan 150 erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp, verhoogd op basis van een bedrag van 53.105 euro (index 1 juli 2007) per VTE verpleegkundige-ziekenhuishygiénist en van 81.709,74 euro (index 1 juli 2007) per VTE geneesheer-ziekenhuishygiénist, overeenkomstig de volgende modaliteiten:

1) voor de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 100 erkende bedden, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 100 erkende bedden en de ziekenhuizen die beschikken over erkende bedden onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K en die beschikken over minder dan 100 bedden erkend onder de kenletter G en/of de kenletter Sp, wordt het respectievelijk aantal voltijdse equivalenten berekend als volgt :

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiénist: Bi x C/1.000,
- voor de geneesheer-ziekenhuishygiénist: Bi x C/2.400,

met dien verstande dat elk betrokken ziekenhuis moet beschikken over een financiering van op zijn minst 0,25 VTE verpleegkundige-hygiénist en 0,1 VTE geneesheer-hygiénist, waarbij :

[(43) Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar gekend is];  
C = coëfficiënt per dienst.

Sp	0,2
G	1

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 percent van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies.

2) voor de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met tussen de 100 tot 149 erkende bedden, de geïsoleerde G-ziekenhuizen

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 pour-cent du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées.

**§ 1<sup>er bis</sup>.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, afin de répondre aux obligations légales concernant l'infirmier(e) hygiéniste hospitalier(e) et le médecin hygiéniste hospitalier, visées à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, la sous-partie B4 du budget des hôpitaux et services Sp isolés de moins de 150 lits agréés, des hôpitaux et services G isolés de moins de 150 lits agréés et du budget des hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et qui disposent de moins de 150 lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp, est augmentée sur base d'un montant de 53.105 euros (index 1er juillet 2007) par ETP infirmier(e) en hygiène hospitalière et de 81.709,74 euros (index 1er juillet 2007) par ETP médecin en hygiène hospitalière, selon les modalités suivantes :

1) pour les hôpitaux et services Sp isolés de moins de 100 lits agréés, les hôpitaux et services G isolés de moins de 100 lits agréés et les hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et qui disposent de moins de 100 lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp, le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière : Li x C/1.000,

- pour le médecin en hygiène hospitalière : Li x C/2.400, étant entendu que chaque hôpital concerné doit disposer du financement d'au minimum 0,25 ETP infirmier(e) hygiéniste et 0,1 ETP médecin hygiéniste,

où :

[(43) Li = nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée] ;

C = coefficient par service.

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 pour-cent du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées.

2) pour les hôpitaux et services Sp isolés qui ont entre 100 et 149 lits agréés, les hôpitaux et services G isolés qui ont entre

en -diensten met tussen de 100 tot 149 erkende bedden en de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K en die beschikken over tussen de 100 en 149 erkende bedden onder de kenletter G en/of de kenletter Sp dan wordt het respectievelijk aantal voltijdse equivalenten berekend als volgt:

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiénist: Bi x C/1.000,
  - voor de geneesheer-ziekenhuishygiénist: Bi x C/2.400,
- met dien verstande dat elk betrokken ziekenhuis moet beschikken over een financiering van op zijn minst 0,50 VTE verpleegkundige-hygiénist en 0,25 VTE geneesheer-hygiénist, waarbij :

[(43) Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar gekend is];

C = coëfficiënt per dienst.

Sp	0,2
G	1

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 percent van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies.]]

**§ 1ter.** Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de verpleegkundige-ziekenhuishygiénist en de geneesheer-ziekenhuishygiénist, bedoeld in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, wordt onderdeel B4 van het budget van de psychiatrische ziekenhuizen, vanaf 1 juli 2007 voor beide functies verhoogd met 53.105 euro (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiénist en met 81.709,74 euro (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent geneesheer-ziekenhuishygiénist.

Het respectievelijk aantal fulltime equivalenten wordt als volgt berekend:

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiénist: Bi x C/1.000,
- voor de geneesheer- ziekenhuishygiénist: Bi x C/2.400,

waarbij :

[(21) [(42) [(43) Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar gekend is; ]]]

C = coëfficiënt per dienst.

Deze coëfficiënt wordt per dienst als volgt vastgesteld:

A	0,2
T	0,1
K	0,2

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 percent van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies.

100 et 149 lits agréés et les hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et qui disposent entre 100 et 149 lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp, le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière : Li x C/1.000,
  - pour le médecin en hygiène hospitalière : Li x C/2.400,
- étant entendu que chaque hôpital concerné doit disposer du financement d'au minimum 0,50 ETP infirmier(e) hygiéniste et 0,25 ETP médecin hygiéniste,

où :

[(43) Li = nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée] ;  
C = coefficient par service.

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 pour-cent du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées.]]

**§ 1erter.** Afin de répondre aux obligations légales concernant l'infirmier(e) hygiéniste hospitalier(e) et le médecin hygiéniste hospitalier, visées à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, la sous-partie B4 du budget des hôpitaux psychiatriques est augmentée, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, pour les deux fonctions de 53.105 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) par médecin en hygiène hospitalière équivalent temps plein.

Le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière : Li x C/1.000,
- pour le médecin en hygiène hospitalière : Li x C/2.400,

où :

[(21) [(42) [(43) Li = nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée] ;]]

C = coefficient par service.

Ce coefficient par service est fixé comme suit :

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 pour-cent du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées.

[(32) [(41) § 2. Vanaf 1 juli 2017 worden [(56) de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg, ] gefinancierd voor deelnemen aan de initiatieven ‘Toezicht op de nosocomiale infecties’.

Het toezicht heeft verplicht betrekking op:

- methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium;
- de septicemieën over het hele ziekenhuis overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid;
- multiresistente Gram-negatieve bacteriën overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium;

Het toezicht heeft eveneens betrekking op één aanvullend protocol te kiezen uit één van de volgende protocollen:

- *Clostridium difficile* overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium;
- vancomycine resistente enterokokken (VRE) overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het relevant nationaal referentielaboratorium;
- penumonieën en bacteriemieën in de eenheden intensieve zorgen overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid;
- infecties van de operatielijnen overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Het toezicht heeft eveneens betrekking op de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid in de instelling, indicatoren die gedefinieerd worden door de ‘Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid’, opgericht door het koninklijk besluit van 26 april 1999, op advies van het ‘Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne’.

Elk jaar wordt het beschikbare budget van 1.450.000 euro (waarde op 1 juli 2017) op gelijke wijze verdeeld onder de betrokken ziekenhuizen.

Om te kunnen genieten van dit bedrag dienen de ziekenhuizen zich te verbinden tot:

- het verzamelen van de gegevens met betrekking tot voormelde protocollen en kwaliteitsindicatoren;
- het overmaken van voormelde gegevens aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, volgens de leveringstermijn zoals gespecificeerd in de respectievelijke protocollen;
- het storten aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van een bedrag gelijk aan 85 % van de toegekende financiering op rekeningnummer BE08 0011 6604 8013 van het WIV-ISP-Patrimonium met de vermelding ‘Toezicht’ en de naam van het ziekenhuis, met dien verstande dat onder de term ‘Toezicht’ het toezicht op nosocomiale infecties wordt verstaan, alsook de follow-up van de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid. De storting dient voor einde maart van ieder jaar vereffend te zijn.

[(32) [(41) § 2. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, [(56) les hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs,] sont financés pour participer aux initiatives ‘Surveillance des infections nosocomiales’.

La surveillance porte obligatoirement sur :

- *Staphylococcus aureus* (SARM) résistant à la méthicilline selon le protocole de l’Institut scientifique de Santé publique et du laboratoire national de référence ;
- les septicémies au niveau de tout l’hôpital selon le protocole de l’Institut scientifique de Santé publique ;
- les bactéries multi résistantes à Gram négatif selon le protocole de l’Institut scientifique de Santé publique et du laboratoire national de référence.

La surveillance doit aussi porter, au choix, sur l’un des protocoles additionnels aux protocoles suivants :

- *Clostridium difficile* selon le protocole de l’Institut scientifique de Santé publique et du laboratoire national de référence ;
- entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) selon le protocole de l’Institut scientifique de Santé publique et du laboratoire national de référence ;
- pneumonies et des bactériémies dans les unités de soins intensifs selon le protocole de l’Institut scientifique de Santé publique ;
- infections des plaies opératoires selon le protocole de l’Institut scientifique de Santé Publique.

La surveillance porte également sur des indicateurs de qualité relatifs à la politique d’hygiène hospitalière dans l’établissement, indicateurs qui sont définis par la ‘Commission de coordination de la politique antibiotique’, créée par l’arrêté royal du 26 avril 1999, sur avis de la ‘Plate-Forme Fédérale pour l’Hygiène Hospitalière’.

Chaque année, le budget disponible de 1.450.000 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2017) est réparti de manière égale entre les hôpitaux concernés.

Pour pouvoir bénéficier de ce montant, les hôpitaux doivent s’engager à :

- la récolte des données relatives aux protocoles précités et aux indicateurs de qualité ;
- à la transmission des données mentionnées ci-dessus à l’Institut scientifique de Santé Publique selon les délais de livraison spécifiés dans les protocoles respectifs ;
- au versement à l’Institut scientifique de Santé Publique, sur le compte BE08 0011 6604 8013 de l’ISP-Patrimoine, d’un montant égal à 85 % du financement octroyé, avec la mention ‘Surveillance et le nom de l’hôpital’, étant entendu que sous ce terme de ‘Surveillance’, on entend la surveillance des infections nosocomiales, le suivi des indicateurs de qualité relatifs à la politique d’hygiène hospitalière et en matière d’antibiotiques. Le versement doit intervenir avant fin mars de chaque année.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bezorgt ieder ziekenhuis een feedback met de analyse van de individuele gegevens en de nationale gegevens. Het zal eveneens iedere twaalf maanden aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft een rapport overmaken met onder andere de nationale gegevens alsook de adviezen of aanbevelingen ter zake. Bovendien waarborgt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid de administratieve ondersteuning dienaangaande van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, overeenkomstig de bewoordingen van een overeenkomst die werd ondertekend met de Directeur-generaal van het Directoraat-generaal ‘Gezondheidszorg’ van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid richt bovendien een ‘Outbreak Support Team’ op. In samenwerking met de bevoegde diensten van de gefedereerde entiteiten zal dit ‘Outbreak Support Team’ zorginstellingen die daar om vragen ondersteunen bij de aanpak van uitbraken van multiresistente zorginfecties. ]]

**§ 3.** [(21) Om het voordeel van de financieringen voorzien in § 1, § 1bis en § 1ter te behouden] dienen de ziekenhuizen deel te nemen aan een samenwerkingsplatform op het gebied van de ziekenhuishygiëne waarvan de doeleinden zullen worden vastgelegd door een overeenkomst tussen het platform en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. Het aantal platforms wordt vastgelegd op één per provincie met een maximum van tien voor het gehele land. Om de kosten van het secretariaat van voornoemd platform te dekken wordt een bedrag van 2.478,94 euro toegekend via onderdeel B4 van één van de aan het platform deelnemende ziekenhuizen. Hiertoe dient een overeenkomst gesloten te worden tussen het ziekenhuis en het platform en moet worden medegedeeld aan de Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg.

[(16) [(48) **§ 4.** Vanaf 1 januari 2018 wordt om de coördinatie van de activiteiten in de ziekenhuizen op het vlak van kwaliteit en veiligheid te bevorderen een bedrag van 8.014.690 euro (index 1 januari 2018) verdeeld onder de ziekenhuizen die op vrijwillige basis een overeenkomst sluiten met de Directeur-generaal van het ‘DG Gezondheidszorg’ van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. ]]

**Art. 57** - Met het oog op de betaling voor de uitvoering van de administratieve taken van de geneesherendiensthoofden bedoeld in de wet van 26 juni 1990, wordt onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen die geesteszieken opnemen die het voorwerp zijn van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990 als volgt verhoogd:

1° met een forfaitair bedrag van 4.970,72 euro voor de privé-sector en met 4.935,18 euro voor de openbare sector (index 1 januari 2002) per jaar, op voorwaarde dat minstens één geesteszieke die het voorwerp is van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990 in het ziekenhuis is opgenomen tijdens het dienstjaar voorafgaand aan de vaststelling van het budget;

L’Institut scientifique de Santé publique communique à chaque hôpital un feedback qui contient l’analyse de données individuelles et de données nationales. Il fournit également tous les douze mois au Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, un rapport reprenant notamment les données nationales ainsi que les avis ou recommandations en la matière. De plus, il assure un soutien administratif en la matière au Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, selon les termes d’une convention signée avec le Directeur général de la Direction générale ‘Soins de santé’ du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

L’Institut scientifique de Santé publique crée, en outre, un ‘Outbreak support team’. En collaboration avec les services compétents des entités fédérées, cet ‘Outbreak support team’ soutient les établissements de soins qui demandent une aide pour faire face aux foyers d’infections multi résistantes. ]]

**§ 3.** [(21) Pour conserver le bénéfice des financements prévus au § 1<sup>er</sup>, § 1bis et § 1ter,] les hôpitaux doivent participer à une plate-forme de collaboration en matière d’hygiène hospitalière dont les objectifs seront fixés par convention entre la plate-forme et le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Le nombre de plates-formes est fixé à une par province avec un maximum de dix pour tout le pays. Pour couvrir les frais de secrétariat de ladite plate-forme, un montant de 2.478,94 euros est alloué via la sous-partie B4 d’un des hôpitaux participant à la plate-forme. Une convention à cet effet doit être conclue entre l’hôpital et la plate-forme et doit être communiquée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l’Environnement, Administration des Soins de Santé.

[(16) [(48) **§ 4.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, afin de stimuler la coordination des activités de qualité et de sécurité dans les hôpitaux, un budget de 8.014.690 euros (index 1<sup>er</sup> janvier 2018) est réparti entre les hôpitaux qui, sur base volontaire, concluent une convention avec le Directeur général de la ‘DG Soins de santé’ du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. ]]

**Art. 57.** En vue du paiement du traitement pour les missions administratives des Médecins-chefs de service, visés par la loi du 26 juin 1990, la sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux qui admettent des malades mentaux faisant l’objet d’une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 est majorée comme suit:

1° d’un montant forfaitaire de 4.970,72 euros pour le secteur privé et de 4.935,18 euros pour le secteur public (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) par an, à condition qu’au moins un malade mental faisant l’objet d’une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 ait été admis à l’hôpital durant l’exercice précédent l’exercice de fixation du budget;

2° met een forfaitair bedrag van 248,54 euro voor de privé-sector en 246,76 euro voor de openbare sector (index 1 januari 2002) opgenomen geesteszieke die het voorwerp is van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990, opgenomen tijdens het dienstjaar voorafgaand aan de vaststelling van het budget.

[(21) Indien de gegevens vermeld in punten 1° en 2° niet beschikbaar zijn voor het dienstjaar voorafgaand aan de vaststelling van het budget, worden de meest recente gegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu beschikbaar zijn in aanmerking genomen voor de berekening.]

**Art. 58.** [(19) § 1. Met het oog op de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel bevat onderdeel B4 van het budget van financiële middelen een forfaitair bedrag waarvan de waarde gelijk is aan deze van 30 juni 2002.

[(40) § 2. Een bijkomend bedrag van 861.676,17 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de algemene ziekenhuizen en van 232.126,63 euro (waarde op 1 januari 2017) voor de psychiatrische ziekenhuizen worden verdeeld pro rata het aantal bedden van elk ziekenhuis.

Deze verdeling wordt gerealiseerd, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.

Vanaf 1 juli 2017, wordt deze verdeling gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]].]

**Art. 59.** Ter dekking van de lasten van een personeelslid, voor  $\frac{3}{4}$  tewerkgesteld, voor het interne vervoer van de opgenomen patiënten, wordt onderdeel B4 van het budget van financiële middelen [(24) van openbare ziekenhuizen] vermeerderd met een bedrag waarvan de waarde gelijk is aan die van 30 juni 2002.

[(25) [(46) **Art. 60. § 1.** Op 1 juli 2018, worden de algemene ziekenhuizen en de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd of Kn, gefinancierd voor de tewerkstelling van de gesubsidieerde contractuelen vallend onder het Interdepartementaal Begrotingsfonds ter bevordering van de werkgelegenheid, een bedrag ten belope van 24.145,83 euro (index 1 juli 2018) per VTE zoals bepaald in bijlage 2.

2° d'un montant forfaitaire de 248,54 euros pour le secteur privé et de 246,76 euros pour le secteur public (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) par malade mental admis durant l'exercice précédent l'exercice de fixation du budget, faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990.

[(21) Si les données reprises aux points 1° et 2° ne sont pas disponibles pour l'exercice précédent l'exercice de fixation du budget, les données les plus récentes disponibles au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul sont prises en compte pour le calcul.]

**Art. 58.** [(19) § 1<sup>er</sup>. En vue d'assurer la formation permanente du personnel infirmier, la sous-partie B4 du budget des moyens financiers comprend un montant forfaitaire dont la valeur est égale à celle du 30 juin 2002.

[(40) § 2. Un montant supplémentaire de 861.676,17 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour les hôpitaux généraux et de 232.126,63 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour les hôpitaux psychiatriques est réparti au prorata du nombre de lits de chaque hôpital.

Cette répartition est réalisée, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, cette répartition est réalisée en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée]].]

**Art. 59.** En vue de couvrir les charges découlant de l'octroi d'un membre de personnel  $\frac{3}{4}$  temps, pour assurer le transport interne des patients hospitalisés, par 30 lits occupés, la sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux publics est majorée d'un montant dont la valeur est égale à celle du 30 juin 2002.

[(25) [(46) **Art. 60. § 1<sup>er</sup>.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2018, les hôpitaux généraux et les hôpitaux qui ne disposent pas de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj ou Kn, sont financés pour la mise au travail des contractuels relevant du Fonds budgétaire interdépartemental de promotion de l'emploi, à hauteur de 24.145,83 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2018) par ETP, tel que fixé en annexe 2.

§ 2. Op 1 juli 2018, worden de psychiatrische ziekenhuizen gefinancierd voor de tewerkstelling van de gesubsidieerde contractuelen vallend onder het Interdepartementaal Begrotingsfonds ter bevordering van de werkgelegenheid, een bedrag ten belope van 29.653,43 euro (index 1 juli 2018) per VTE zoals bepaald in bijlage 2. ]]

[(21) opgeheven]

[(21) opgeheven]

[(32) [(37) [(56) **Art. 61.** Met het oog op de realisatie in de ziekenhuizen van het door actiepunt 2 van de Roadmap 2.0 van het e-Gezondheidsplan voorziene Elektronisch Patiënten Dossier, worden de ziekenhuizen forfaitair gefinancierd volgens de hierna hernomen bepalingen.

[(58) Vanaf 1 juli 2020 ], worden een enveloppe van 51.094.383,43 euro (waarde op 1 januari 2020) voor de algemene ziekenhuizen en een enveloppe van 8.665.129,35 euro (waarde op 1 januari 2020) voor de psychiatrische ziekenhuizen verdeeld onder de betrokken ziekenhuizen als volgt:

- 15 % van elk van de enveloppen wordt verdeeld onder de ziekenhuizen, waarbij elk ziekenhuis een identiek bedrag ontvangt;
- 85 % van elk van de enveloppen wordt verdeeld pro rato van het aantal bedden in elk ziekenhuis.

De berekening van het forfaitaire bedrag per bed wordt gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar. ]]]

**Art. 62.** De bedragen toegekend op 30 juni 2002 voor de evaluatie van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteiten en de bevordering van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten, blijven vanaf 1 juli 2002 van toepassing.

[(27) [(54) **Art. 63. § 1.** Binnen de perken van het beschikbare budget, [(58) dat op 1 januari 2021 is vastgesteld op 53.583.949 euro ] wordt het onderdeel B4 van de algemene ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag om deel te nemen aan de realisatie van pilootstudies.

§ 2. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2018, les hôpitaux psychiatriques sont financés pour la mise au travail des contractuels subventionnés relevant du Fonds budgétaire interdépartemental de promotion de l'emploi, à hauteur de 29.653,43 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2018) par ETP, tel que fixé en annexe 2. ]]

[(21) abrogé]

[(21) abrogé]

[(32) [(37) [(56) **Art. 61.** En vue de la réalisation du dossier patient informatisé dans les hôpitaux, prévu par le point d'action 2 de la Feuille de route 2.0 du Plan e-Santé, les hôpitaux sont financés forfaitairement selon les dispositions reprises ci-après.

[(58) A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 ], une enveloppe de 51.094.383,43 euros (valeur 1<sup>er</sup> janvier 2020) pour les hôpitaux généraux et une enveloppe de 8.665.129,35 euros (valeur 1<sup>er</sup> janvier 2020) pour les hôpitaux psychiatriques sont réparties entre les hôpitaux concernés de la manière suivante :

- 15 % de chacune des enveloppes sont répartis entre les hôpitaux chaque hôpital recevant un montant identique ;
- 85 % de chacune des enveloppes sont répartis au prorata du nombre de lits de chaque hôpital.

Le calcul du montant forfaitaire par lit est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée. ]]]

**Art. 62.** Les montants octroyés au 30 juin 2002 pour l'évaluation de la qualité des activités médicales et infirmières et la promotion de l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble des activités de l'hôpital, restent d'application à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002.

[(27) [(54) **Art. 63. § 1<sup>er</sup>.** Dans les limites du budget disponible fixé, [(58) au 1<sup>er</sup> janvier 2021, à 53.583.949 euros ], la sous-partie B4 des hôpitaux généraux est augmentée d'un montant forfaitaire pour participer à la réalisation d'études pilotes.

Deze pilootstudies beogen de verbetering en de evaluatie van de procedures met betrekking tot het ziekenhuisbeheer in de algemene ziekenhuizen, de multidisciplinaire kwaliteit van de ziekenhuiszorgen, het onderzoeken van nieuwe mechanismen voor de organisatie van de zorg of de financiering van de algemene ziekenhuizen. Ze kunnen eveneens betrekking hebben op de federale coördinatie van een innovatie, de vorming met betrekking tot deze innovatie, sensibiliseringssacties voor de ziekenhuis-actoren alsook stimulansen tot samenwerking met externe partners van het ziekenhuis. Ze kunnen ook een interventie in de kosten dekken met betrekking tot het op zich nemen van toezicht of behandeling in geval van een tijdelijke gezondheidszorgcrisis.

**§ 2.** Binnen de perken van het beschikbare budget, [(58) dat op 1 januari 2021 is vastgesteld op 190.829.695 euro ], wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van pilootstudies die betrekking hebben op thema's op het vlak van geestelijke gezondheid of specifiek voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Deze pilootstudies beogen de verbetering en de evaluatie van de procedures met betrekking tot het ziekenhuisbeheer, de multidisciplinaire kwaliteit van psychiatrische zorgen, de alternatieven met betrekking tot psychiatrische zorgen of het onderzoeken van nieuwe financieringsmechanismen voor ziekenhuiszorgen geleverd binnen of buiten het ziekenhuis. Ze kunnen eveneens betrekking hebben op de federale coördinatie van een innovatie, de vorming met betrekking tot deze innovatie en sensibiliseringssacties voor de ziekenhuis-actoren alsook stimulansen tot samenwerking met externe partners van het ziekenhuis.

**§ 3.** Binnen de perken van het beschikbare budget dat, op 1 juli 2019 is vastgesteld op 1.041.646 euro, wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van pilootstudies.

De pilootstudies kunnen betrekking hebben op de ontwikkeling of het gebruik van de ziekenhuisletematica in de ziekenhuizen, de codering van gegevens, het gebruik van gestandaardiseerde terminologie, de inzameling van specifieke ziekenhuisgegevens of het onderhoud van een IT-toepassing die nuttig is voor alle ziekenhuizen.

**§ 4.** In de offerteaanvraag van de pilootstudies bedoeld in de paragrafen 1 tot 3 hierboven moeten de criteria en voorwaarden inzake de inoverwegingneming van de pilootstudies vermeld staan.

De weerhouden studies dienen het voorwerp uit te maken van een geschreven overeenkomst tussen de Minister dewelke het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, de betrokken ziekenhuizen en, in voorkomend geval, de promotor van de studie.

Ces études peuvent viser l'amélioration et l'évaluation des procédures concernant la gestion hospitalière dans les hôpitaux généraux, la qualité multidisciplinaire des soins hospitaliers, l'examen de nouveaux mécanismes d'organisation des soins ou de financement des hôpitaux généraux. Elles peuvent également porter sur la coordination fédérale d'une innovation, la formation à cette innovation, des actions de sensibilisation envers les acteurs hospitaliers ainsi que des incitants à la collaboration avec des partenaires externes à l'hôpital. Elles peuvent couvrir une intervention dans les frais relatifs à la prise en charge de la surveillance ou du traitement en cas de crise temporaire de santé publique.

**§ 2.** Dans les limites du budget disponible, fixé [(58) au 1<sup>er</sup> janvier 2021 à 190.829.695 euros ], la sous partie B4 des hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes ayant trait à des thématiques relatives à la santé mentale ou spécifiques à des hôpitaux psychiatriques est augmentée d'un montant forfaitaire.

Ces études peuvent viser l'amélioration et l'évaluation des procédures concernant la gestion hospitalière, la qualité multidisciplinaire des soins psychiatriques, des alternatives de soins psychiatriques ou l'examen de nouveaux mécanismes de financement de soins hospitaliers fournis en hôpital ou en dehors de l'hôpital. Elles peuvent également porter sur la coordination fédérale et la formation à des innovations et des actions de sensibilisation envers les acteurs hospitaliers ainsi que des incitants à la collaboration avec des partenaires externes à l'hôpital.

**§ 3.** Dans les limites du budget disponible, fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2019 à 1.041.646 euros, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes.

Les études pilotes peuvent viser le développement ou l'utilisation d'outils télématiciens dans les hôpitaux, de codification des données, d'usage de terminologies standardisées, de collecte de données hospitalières spécifiques ou de maintenance d'un outil informatique utile à tous les hôpitaux.

**§ 4.** L'appel d'offres des études pilotes visées aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus doit mentionner les critères et conditions de prise en considération des études pilotes.

Les études retenues font l'objet de conventions écrites entre le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, les hôpitaux concernés et, le cas échéant, le promoteur de l'étude.

Deze pilootstudies dienen betrekking te hebben op een onderwerp dat alle algemene of psychiatrische ziekenhuizen aangaat, of een categorie van deze, en de resultaten van de studie dienen veralgemeend te kunnen worden naar deze ziekenhuizen na positieve evaluatie van een evaluatiecomité. De gegevens van de studie zijn afkomstig van één of meerdere ziekenhuizen.

Deze overeenkomsten dienen de criteria te vermelden die dienden als basis voor de selectie van de betrokken ziekenhuizen en, in voorkomend geval, de promotor van de studie, het doel en de duur van de studie, de financiering toegekend aan het ziekenhuis, de verantwoording van de uitgaven, in voorkomend geval, het bedrag en de wijze waarop het ziekenhuis de promotor van de studie vergoedt alsook, in voorkomend geval, de verplichtingen van de promotor betreffende de feedback naar de deelnemende ziekenhuizen, de controle door een begeleidend comité, de gefaseerde evaluatie volgens de duur van de studie, en het rapport dat voor te leggen is aan de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft. Deze moeten vervolledigd worden door een verklaring van belangengenconflict. ]]

**[(32) Art. 63bis.]** Vanaf 1 januari 2014 worden alle ziekenhuizen die erkend zijn voor een dienst geriatrie [(56) opgeheven] gefinancierd om een interne geriatrische liaison te organiseren zoals beschreven in afdeling IV van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het programma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

De financiering van het interne liaisonteam wordt als volgt berekend, rekening houdend met een jaarlijkse loonkost van 58.000 euro (waarde op 1 juli 2014) per voltijdsequivalent:

- het aantal verblijven in klassieke hospitalisatie van patiënten van 75 jaar en ouder die exclusief behandeld worden in niet-geriatrische eenheden, verminderd met het verschil tussen het aantal verblijven dat overeenstemt met een gemiddelde bezettingsgraad, in een dienst geriatrie, van 85 % en het aantal reële verblijven in een geriatrische dienst als die bezettingsgraad van 85 % niet wordt gehaald;
- 2 VTE's voor de eerste 1000 verblijven;
- 0,25 bijkomende VTE per begonnen schijf van 500 bijkomende verblijven bovenop de 1000.

De financiering is gegarandeerd voor een minimum van 2 VTE's en een maximum van 6 VTE's.]

**[(32) Art. 63ter.]** Vanaf 1 juli 2014 worden alle ziekenhuizen die erkend zijn voor een dienst geriatrie [(56) opgeheven] gefinancierd om intern een daghospitalisatie te organiseren voor de geriatrische patiënt zoals beschreven in afdeling III van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het programma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

Ces études pilotes doivent porter sur un sujet qui concerne l'ensemble des hôpitaux généraux ou psychiatriques, ou une catégorie de ceux-ci, et les résultats de l'étude doivent pouvoir être généralisés à ces hôpitaux après évaluation positive par un comité d'évaluation. Les données de l'étude proviennent d'un ou de plusieurs hôpitaux.

Ces conventions mentionnent notamment, les critères qui ont servi de base à la sélection des hôpitaux concernés et, le cas échéant, du promoteur de l'étude, l'objet et la durée de l'étude, le financement accordé à l'hôpital, le mode de justification des dépenses le cas échéant, le montant et la manière par laquelle l'hôpital rémunère le promoteur de l'étude ainsi que, le cas échéant, les obligations de ce promoteur en matière de feedback vers les hôpitaux participants, de contrôle par un comité d'accompagnement, d'évaluation phasée selon la durée de l'étude, de rapport à fournir au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions. Elles doivent être complétées par une déclaration de conflit d'intérêts. ]]

**[(32) Art. 63bis.]** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, tous les hôpitaux agréés pour un service de gériatrie [(56) abrogés] sont financés pour organiser en leur sein une liaison gériatrique interne telle que décrite dans la section IV du chapitre V de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

Le financement de l'équipe de liaison interne est calculé comme suit, en tenant compte d'un coût salarial annuel de 58.000 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2014) par équivalent temps plein :

- le nombre de séjours en hospitalisation classique de patients de 75 ans et plus pris en charge exclusivement dans des unités non-gériatriques, diminués de la différence entre le nombre de séjours correspondant à un taux d'occupation moyen, en service de gériatrie, de 85 % et le nombre de séjours réels en service de gériatrie si ce taux d'occupation de 85 % n'est pas atteint ;
- 2 ETP pour les 1000 premiers séjours ;
- 0,25 ETP supplémentaire par tranche entamée de 500 séjours supplémentaires au-delà de 1000.

Le financement est garanti pour un minimum de 2 ETP et un maximum de 6 ETP.]

**[(32) Art. 63ter.]** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, tous les hôpitaux agréés pour un service de gériatrie [(56) abrogés] sont financés pour organiser en leur sein une hospitalisation de jour pour le patient gériatrique telle que décrite dans la section III du chapitre V de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

Er wordt een jaarlijks forfait, uitgedrukt op 1 juli 2014, toegekend in functie van het aantal verblijven van geriatrische patiënten die werden opgenomen in daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt.

Aantal patiëntenverblijven per jaar	Jaarlijks forfait
tussen 0 en 520 verblijven	81.900 €
tussen 521 en 1040	136.500 €
tussen 1041 en 1560	227.500 €
tussen 1561 en 2080	318.500 €
2081 verblijven en meer	409.500 €

Voor het vaststellen van het aantal verblijven van geriatrische patiënten wordt rekening gehouden met het aantal geriatrische patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt zoals vermeld in de laatste minimale ziekenhuisgegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn.

Vanaf 1 juli 2014 vindt er om de 2 jaar een actualisering plaats van het aantal verblijven van geriatrische patiënten die werden opgenomen in daghospitalisatie.]

[(32) **Art. 63quater.** Vanaf 1 januari 2014 worden [(56) algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg, ] gefinancierd voor de oprichting van een multidisciplinair algologisch team op voorwaarde dat de gegevens in verband met de samenstelling en de activiteiten van het team geregistreerd worden, en dat die gegevens ter beschikking worden gehouden van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Die gegevens moeten, als de FOD daarom vraagt, elektronisch worden opgestuurd.

Dit team dient te beschikken over medische, verpleegkundige en psychologische competenties en is belast met :

- het coördineren van de pijnbehandeling in de ziekenhuisstructuur ;
- het sensibiliseren van alle zorgverstrekkers aangaande de noodzaak van een correcte pijnbehandeling ;
- het verlenen van steun aan de zorgteams in het kader van de identificatie en de behandeling van pijn ;
- het identificeren van de behoeften inzake opleiding van het personeel van de verschillende zorgteams en het organiseren van de opleiding van het zorgpersoneel inzake de beoordeling en de behandeling van pijn ;
- het faciliteren van de implementatie van guidelines voor de behandeling van chronische pijn in de zorgeenheden ;
- het deelnemen aan de educatie van de chronische pijnpatiënten, in samenwerking met de zorgteams ;
- het verzekeren van de zorgcontinuïteit door op te treden als schakel met een multidisciplinair centrum voor de behandeling van chronische pijn en met de behandelende arts en de andere actoren uit de thuiszorg of in een zorgstructuur ;

Un forfait annuel, exprimé à la date du 1<sup>er</sup> juillet 2014, est octroyé en fonction du nombre de séjours de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour pour le patient gériatrique.

Nombre de séjours de patients par an	Forfait annuel
entre 0 et 520 séjours	81.900 €
entre 521 et 1040	136.500 €
entre 1041 et 1560	227.500 €
entre 1561 et 2080	318.500 €
2081 séjours et plus	409.500 €

Pour la fixation du nombre de séjours de patients gériatriques, il est tenu compte du nombre de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour pour le patient gériatrique tel que renseigné dans le dernier résumé hospitalier minimum connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Une actualisation du nombre de séjours de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour est faite tous les 2 ans à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014.]

[(32) **Art. 63quater.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, [(56) tous les hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs, ] sont financés pour la mise en place d'une équipe algologique multidisciplinaire sous la condition d'enregistrer les données relatives à la composition et aux activités de l'équipe et de tenir ces données à disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Ces données doivent être transmises, sur demande de celui-ci, par voie électronique.

Cette équipe doit disposer de compétences médicales, infirmières et psychologiques et est chargée :

- de coordonner la prise en charge de la douleur dans la structure hospitalière ;
- de sensibiliser l'ensemble des prestataires à la nécessité d'une prise en charge correcte de la douleur ;
- d'apporter un soutien aux équipes de soins dans le cadre de l'identification et de la prise en charge de la douleur ;
- d'identifier les besoins de formation du personnel des différentes équipes soignantes et d'organiser la formation du personnel soignant à l'évaluation et la prise en charge de la douleur ;
- de faciliter l'implémentation de guidelines de prise en charge de la douleur chronique dans les unités de soins ;
- de participer à l'éducation des patients souffrant de douleur chronique, en collaboration avec les équipes soignantes ;
- d'assurer la continuité des soins en servant de relais avec un centre multidisciplinaire pour le traitement de la douleur chronique et avec le médecin traitant et les autres intervenants à domicile ou dans une structure de soins ;

- het organiseren van de deelname van het ziekenhuis aan het netwerk met de externe zorgverstrekkers en met de andere ziekenhuizen.

Een arts die minstens halftijds actief is op het domein van de algologie wordt aangesteld als verantwoordelijke van het team. Als er binnen het ziekenhuis geen dergelijk profiel aanwezig is, mag tijdens een overgangsfase een geneesheer-anesthesist worden aangesteld als verantwoordelijke.

Behalve als hij zelf een multidisciplinair centrum heeft ontwikkeld voor de behandeling van chronische pijn, dat erkend is door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, moet de contractant een samenwerkingsakkoord afsluiten met een ziekenhuis dat over een dergelijk centrum beschikt. Dat samenwerkingsakkoord moet betrekking hebben op de oprichting van een netwerk voor kennisdeling en moet vermelden welke initiatieven er ontwikkeld zullen worden door het centrum om de multidisciplinaire algologische teams te ondersteunen en te omkaderen en om zijn expertise ter beschikking te stellen voor de opleiding van de zorgteams.

[(39) Teneinde de werking van de multidisciplinaire algologische teams te financieren, wordt onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag, uitgedrukt in de waarde op 1 januari 2017, die als volgt wordt berekend :

Samenstelling	Referentie -loonkost (EUR)	Voor de eerste 100 bedden	+ per begonnen schijf van 100 bijkomende bedden
Arts	122.400	0,10 VTE	0,01 VTE
Verpleegkundige	59.160	0,22 VTE	0,10 VTE
Psycholoog	70.380	0,22 VTE	0,02 VTE

Het forfait wordt berekend, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.

Vanaf 1 juli 2017, wordt de berekening van het forfait gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]].]

[(32) **Art. 63quinquies.** Vanaf 1 januari 2014 worden [(56) alle ziekenhuizen, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen en de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg, ] gefinancierd voor een kwaliteitssysteem opzetten voor de transfusieketen onder de verantwoordelijkheid van een multidisciplinair hemovigilantie-/transfusieteam, bestaande uit minstens een referentieverpleegkundige trans fusie, de

- d'organiser la participation de l'hôpital au travail en réseau avec les prestataires externes et avec les autres hôpitaux.

Un médecin exerçant au moins à mi-temps dans le domaine de l'algologie, est désigné responsable de l'équipe. A défaut d'un tel profil au sein de l'hôpital, un médecin anesthésiste peut être désigné comme responsable de manière transitoire.

Sauf s'il a développé lui-même un centre multidisciplinaire pour le traitement de la douleur chronique reconnu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement le contractant doit conclure un accord de collaboration avec un hôpital disposant d'un tel centre. Cet accord de collaboration portera sur la mise en place d'un réseau de partage de connaissance et précisera notamment les initiatives qui seront développées par le centre pour soutenir et encadrer les équipes algologiques multidisciplinaires et offrir son expertise dans la formation des équipes soignantes.

[(39) Afin de financer le fonctionnement des équipes algologiques multidisciplinaires, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire, exprimé à la valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017, calculé comme suit :

Composition	coût salarial de référence (EUR)	Pour les 100 premiers lits	+ par tranche entamée de 100 lits supplémentaires
Médecin	122.400	0,10 ETP	0,01 ETP
Infirmier	59.160	0,22 ETP	0,10 ETP
psychologue	70.380	0,22 ETP	0,02 ETP

Le forfait est calculé, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, le calcul du forfait est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée]].]

[(32) **Art. 63quinquies.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, [(56) tous les hôpitaux, à l'exception des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux Sp soins palliatifs, ] sont financés pour mettre en place un système qualité de la chaîne transfusionnelle, sous la responsabilité d'une équipe multidisciplinaire d'hémovigilance-transfusion, constituée, en autres, d'un infirmier référent en transfusion, du responsable de la banque

verantwoordelijke van de ziekenhuisbloedbank en een arts met klinische expertise op het vlak van bloedtransfusie.

Dit team is belast met de uitvoering van de volgende opdrachten, in samenwerking met het transfusiecomité, met betrekking tot de afname van pretransfusie stalen, de bewaring en toediening van bloed en bloedcomponenten :

- de preventie van ernstige voorvalen en transfusiereacties ;
- de melding van ernstige voorvalen en transfusiereacties ;
- de analyse van ernstige voorvalen en transfusiereacties ;
- de implementatie van verbeteringsacties op basis van de analyse van ernstige voorvalen en transfusiereacties ;
- de melding van ernstige voorvalen en transfusiereacties aan het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten en hen het formulier voor de jaarlijkse melding van ongewenste transfusiereacties en voorvalen versturen ;
- de vorming en sensibilisering van ziekenhuismedewerkers betrokken bij het transfusiegebeuren ;
- de toepassing en/of de ontwikkeling van geïnformatiseerde controleprocedures en van een geïnformatiseerd traceersysteem van bloedcomponenten;
- de deelname aan de enquête opgesteld door BeQuinT (Belgian Quality in Transfusion) om de twee jaar.

[(33) [(39) Om de kosten te financieren van de werking van het multidisciplinair hemovigilantie-transfusieteam, wordt een budget van 4.426.800 euro (waarde op 1 januari 2017) verdeeld [(40) tussen de betrokken ziekenhuizen ] op basis van de volgende modaliteiten :]

1° een forfait van 10.200 euro (waarde op 1 januari 2017) wordt toegekend aan elk ziekenhuis om de uitrusting (software) te financieren die nodig is voor de traceerbaarheid en de controle van de bloedproducten;

2° binnen een enveloppe van 1.020.000 euro (waarde op 1 januari 2017) wordt als volgt een aavullend bedrag berekend in functie van de consumptie van bloedzakjes per ziekenhuis :

$$X = A * B / C$$

waarbij:

A = beschikbaar budget van 1.020.000 euro;

B = aantal bloedzakjes die gebruikt worden in het betrokken ziekenhuis;

C = totaal aantal gebruikte bloedzakjes in alle betrokken ziekenhuizen.

3° een bijkomend bedrag van 2.346.000 euro (waarde op 1 januari 2017) wordt toegekend pro rata van de weging van de bedden.

De volgende wegingen worden toegepast op de bedkenletters :

1 punt voor de E-, M-, G- en L-bedden;

2 punten voor de C-, D-, C+D-, I- en NIC-bedden.

de sang hospitalière et d'un médecin disposant d'une expertise clinique dans le domaine de la transfusion sanguine.

Cette équipe est chargée d'assurer, en collaboration avec le comité de transfusion, notamment, les missions suivantes en lien avec le prélèvement prétransfusionnel, la conservation et l'administration de sang et de composants sanguins :

- la prévention des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- la notification des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- l'analyse des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- l'implémentation d'actions d'amélioration suite à l'analyse des incidents graves et réactions ;
- la notification des incidents graves et des réactions transfusionnelles à l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé et lui transmettre le formulaire de notification annuelle de réactions et d'incidents indésirables ;
- la formation et sensibilisation des collaborateurs hospitaliers impliqués dans le processus de transfusion ;
- l'élaboration et/ou la poursuite du développement des procédures de contrôle informatisées et de la traçabilité informatisée des patients et des composants sanguins ;
- la participation à l'enquête bisannuelle élaborée par Belgian Quality in transfusion (BeQuinT).

[(33) [(39) Pour financer les coûts de fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire d'hémovigilance-transfusion, un budget de 4.426.800 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) est réparti entre les hôpitaux concernés selon les modalités suivantes :]

1° un forfait de 10.200 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) est octroyé à chaque hôpital pour financer l'équipement (software) nécessaire à la traçabilité et au contrôle des produits sanguins;

2° dans une enveloppe de 1.020.000 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017), un montant complémentaire lié à la consommation de poches de sang par l'hôpital est calculé comme suit :

$$X = A * B / C$$

où:

A = budget disponible de 1.020.000 euros;

B = nombre de poches de sang consommées dans l'hôpital concerné;

C = nombre de total de poches de sang consommées dans tous les hôpitaux concernés.

3° un montant complémentaire de 2.346.000 d'euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) est octroyé au prorata du nombre de lits pondérés.

Les pondérations suivantes sont appliquées aux index de lits:

1 point pour les lits E, M, G et L;

2 points pour les lits C, D, C+D, I et NIC.

Deze verdeling wordt gerealiseerd, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, met dien verstande dat 2 % van de verantwoorde bedden C, D en E, met een minimum van 6 bedden, worden verondersteld bedden met een intensief karakter te zijn, en het aantal bloedzakjes zoals gebruikt in het budget van financiële middelen betekent op 1 juli 2016.

Vanaf 1 juli 2017, wordt deze verdeling gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, met dien verstande dat 2 % van de verantwoerde bedden C, D en E, met een minimum van 6 bedden, worden verondersteld bedden met een intensief karakter te zijn. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]]. Voor de berekening wordt rekening gehouden met het in het voorlaatste jaar aantal gebruikte bloedzakjes in elk ziekenhuis op basis van de melding van het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten. ]]

**[(32) Art. 63sexies.]** Vanaf 1 juli 2014 ontvangen de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie intensieve zorg een financiering voor de erkende functie ‘lokale donorcoördinatie’, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 november 2012 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie ‘lokale donorcoördinatie’ moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven.

Om de werkingskosten van de erkende functie ‘lokale donorcoördinatie’ te financieren, wordt er als volgt een bedrag berekend per ziekenhuis :

**[(39) 1°]** er wordt een aantal verkregen door het totale aantal bedden te vermenigvuldigen met de coëfficiënt NPERCIZ van het voorvoorlaatste jaar dat het betrokken dienstjaar vooraf gaat, zoals bepaald in bijlage 8 van dit besluit.

Het forfait wordt berekend, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.

Vanaf 1 juli 2017, wordt de berekening van het forfait gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoerde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoerde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]].;

Cette répartition est réalisée, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2, étant entendu que 2 % des lits justifiés C, D et E, avec un minimum de 6 lits, sont considérés comme des lits à caractère intensif, et le nombre de poches de sang tel qu'utilisé pour le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, cette répartition est réalisée en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2, étant entendu que 2 % des lits justifiés C, D et E, avec un minimum de 6 lits, sont considérés comme des lits à caractère intensif. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée]]. Pour le calcul, il est également tenu compte du nombre de poches de sang consommées la pénultième année avant l'exercice concerné dans chaque hôpital tel que fourni par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. ]]

**[(32) Art. 63sexies.]** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les hôpitaux agréés pour une fonction de soins intensifs reçoivent un financement pour la fonction agréée ‘coordination locale des donneurs’, telle que visée dans l’arrêté royal du 10 novembre 2012 fixant les normes auxquelles une fonction ‘coordination locale des donneurs’ doit répondre pour être agréée et le rester.

Pour financer les frais de fonctionnement de la fonction ‘coordination locale des donneurs’ agréée, un montant par hôpital est calculé de la manière suivante :

**[(39) 1°]** un nombre est obtenu en multipliant le nombre total de lits par le coefficient NPERCIZ de l’antépénultième année précédent celle de l’exercice considéré, tel que défini dans l’annexe 8 du présent arrêté.

Le forfait est calculé, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, le calcul du forfait est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée]].;

2° er wordt een forfaitair bedrag toegekend op basis van het in 1° hierboven verkregen aantal :

- als het berekende aantal lager is dan 2.000, wordt een bedrag van 30.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend;
- als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 2.000 en lager dan 4.000, wordt een bedrag van 50.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend;
- als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 4.000 en lager dan 6.000, wordt een bedrag van 70.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend;
- als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 6.000 en lager dan 8.000, wordt een bedrag van 90.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend;
- als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 8.000, wordt een bedrag van 110.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend.

Er wordt een bijkomend bedrag van 20.000 euro (waarde op 1 juli 2014) toegekend aan de ziekenhuizen die ook erkend zijn voor een transplantatiecentrum, in de zin van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan een transplantatiecentrum moet voldoen om te worden erkend, om het team van dat centrum in staat te stellen om de omkadering te versterken van de ziekenhuizen die een samenwerkingsakkoord hebben ondertekend met hun centrum via:

- het organiseren van seminaries, congressen en opleidingen voor medisch en verpleegkundig personeel dat de functie donorcoördinatie uitoefent;
- het ter beschikking stellen van procedures voor de behandeling van potentiële donoren aan de ziekenhuizen die een samenwerkingsakkoord hebben ondertekend met het transplantatiecentrum.

[(39) opgeheven ]]

**[(32) Art. 63septies.** Vanaf 1 juli 2014 worden alle niet-psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten en de ziekenhuizen voor palliatieve zorg gefinancierd om intern een voedingsteam te organiseren. Dat team, gecoördineerd door een voedingsverantwoordelijke, bestaat minstens uit een diëtist, een verpleegkundige, een arts, een apotheker en de keukenverantwoordelijke.

Dat team komt minstens één keer per trimester samen en voert de volgende taken uit :

- binnen het ziekenhuis een strategie ontwikkelen en toepassen voor het opsporen van patiënten met een risico op ondervoeding of obesitas, gebaseerd op een gevalideerd screeningsinstrument, die wordt toegepast bij hun opname in het ziekenhuis, in de loop van het verblijf en bij ontslag;
- binnen het ziekenhuis een doelgerichte strategie voor voedingsinterventies ontwikkelen en toepassen, gecombineerd met een individueel voedingsplan, voor alle patiënten die het risico lopen op ondervoeding of obesitas, gebaseerd op een grondig voedingsonderzoek, uitgevoerd door een diëtist en met als doel de objectieve en subjectieve voedingsparameters te documenteren, voedingsrisicofactoren te bepalen, specifieke tekorten te

2° un montant forfaitaire est accordé selon le nombre obtenu en 1° ci-dessus :

- si le nombre calculé est inférieur à 2.000, un montant de 30.000 euros (valeur au 1er juillet 2014) est alloué ;
- si le nombre calculé est supérieur ou égal à 2.000 et inférieur à 4.000, un montant de 50.000 euros (valeur au 1er juillet 2014) est alloué ;
- si le nombre calculé est supérieur ou égal à 4.000 et inférieur à 6.000, un montant de 70.000 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2014) est alloué ;
- si le nombre calculé est supérieur ou égal à 6.000 et est inférieur à 8.000, un montant de 90.000 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2014) est alloué ;
- si le nombre calculé est supérieur ou égal à 8.000, un montant de 110.000 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2014) est alloué.

Un montant supplémentaire de 20.000 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2014) est accordé aux hôpitaux agréés également pour un centre de transplantation, au sens de l'arrêté royal du 23 juin 2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé, afin de permettre à l'équipe de ce centre de renforcer l'encadrement des hôpitaux qui ont signé un accord de collaboration avec leur centre via :

- l'organisation de séminaires, congrès et formations destinés au personnel médical et infirmier occupant la fonction de coordination de don ;
- la mise à disposition de procédures de prise en charge de donneurs potentiels aux hôpitaux qui ont signé un accord de collaboration avec le centre de transplantation.

[(39) abrogé ]]

**[(32) Art. 63septies.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, tous les hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs, sont financés pour organiser en leur sein une équipe nutritionnelle. Cette équipe, coordonnée par un responsable nutritionnel, se compose au minimum d'un diététicien, d'un infirmier, d'un médecin, d'un pharmacien et du responsable de la cuisine.

Cette équipe se réunit au minimum une fois par trimestre et assure les tâches suivantes :

- développer et mettre en œuvre au sein de l'hôpital une stratégie relative au dépistage des patients à risque de dénutrition ou d'obésité, basée sur un outil de dépistage validé, applicable lors de leur admission à l'hôpital, en cours de séjour et à leur sortie ;
- développer et mettre en œuvre au sein de l'hôpital une stratégie d'intervention nutritionnelle ciblée, accompagnée d'un plan nutritionnel individuel, pour tous les patients à risque de dénutrition ou d'obésité basé sur un examen nutritionnel approfondi effectué par un diététicien et ayant comme objectif de documenter les paramètres nutritionnels objectifs et subjectifs, de déterminer des facteurs de risques nutritionnels, d'identifier les manques

- identificeren en de voedingsbehoeften van elke patiënt te definiëren;
- instaan voor de opvolging van de implementatie van die procedures aan de hand van een registratiesysteem voor de resultaten van de opsporing en van de nutritionele opvolging die moet worden uitgevoerd, en die resultaten up to date houden;
  - richtlijnen en aanbevelingen opstellen en up to date houden aangaande de speciale voedingstherapieën, gebaseerd op de aanbevelingen van wetenschappelijke instellingen of officiële instanties en ze vertalen in concrete protocollen die rechtstreeks gebruikt kunnen worden door de zorgverstrekkers binnen het ziekenhuis;
  - instaan voor de opvolging van alle patiënten die betrokken zijn bij de parenterale, enterale en orale voeding, met inbegrip van de voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis en de informatie die moet worden doorgegeven aan de zorgverstrekkers die instaan voor de patiënt na diens ontslag uit het ziekenhuis;
  - deelnemen aan de vergaderingen georganiseerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ten behoeve van de voedingsteams;
  - op vraag van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu de anoniem gemaakte gegevens die werden geregistreerd op de geïnformatiseerde opvolgingsdocumenten en de informatie die nodig is voor de evaluatie van de activiteiten van het voedingsteam in elektronisch formaat doorsturen, volgens het schema dat werd meegeleid door de FOD.

Om de registratie te vergemakkelijken van de gegevens aangaande de resultaten van de opsporingsacties en de opvolgingsmodaliteiten van de patiënten die aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu moeten worden bezorgd, stelt de FOD een instrument ter beschikking van de ziekenhuizen dat het mogelijk maakt om de patiënten op te volgen, op basis van een voedingsplanning en een voedingsmiddelentabel.

[(39) Teneinde de werking van het voedingsteam te financieren, wordt onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag, gebaseerd op het aantal bedden met kenletters C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp palliatieve zorg, A, Ad, An, T, K, Kd en Kn.

De berekening wordt als volgt uitgevoerd :

1° aan elk bed dat in aanmerking komt, wordt een aantal punten gekoppeld, dat rekening houdt met het risico op ondervoeding, opgesteld als volgt :

- C-bed : 5,10 punten
- D-bed : 7,45 punten
- C+D, I-bed : 6,275 punten
- E-bed : 8,5 punten
- G-bed : 7,15 punten
- Sp, Sp pall-bed : 5,44 punten
- [(40) A-, Ad-, An-, T-, K-, Kd- en Kn-bed : 6,24 punten.]

spécifiques et de définir les besoins nutritionnels de chaque patient ;

- assurer le suivi de l'implémentation de ces procédures par un système d'enregistrement des résultats du dépistage et du suivi nutritionnel à réaliser et tenir à jour ces résultats ;
- rédiger et tenir à jour des directives et des recommandations en ce qui concerne notamment les thérapies nutritionnelles spéciales, basées sur les recommandations d'instances scientifiques ou des organismes officiels et les traduire en protocoles concrets directement utilisables par les professionnels de la santé au sein de l'hôpital ;
- assurer le suivi de tous les patients concernés par la nutrition parentérale, entérale et orale, y compris la préparation à la sortie de l'hôpital et l'information à transmettre aux prestataires en charge du patient après sa sortie de l'hôpital ;
- participer aux réunions organisées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à l'attention des équipes nutritionnelles ;
- transmettre, à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et après anonymisation, les données enregistrées sur les documents de suivi informatisés ainsi que les informations nécessaires à l'évaluation des activités de l'équipe nutritionnelle, sous format électronique et selon le schéma communiqué par celui-ci.

Pour faciliter l'enregistrement des données qui doivent lui être transmises concernant les résultats des actions de dépistage et les modalités de suivi des patients, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement met à la disposition des hôpitaux un instrument permettant le suivi des patients basés sur un planning alimentaire et une table de composition des aliments.

[(39) Afin de financer le fonctionnement de l'équipe nutritionnelle, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire, basé sur le nombre de lits d'index C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp soins palliatifs, A, Aj, An, T, K, Kj et Kn.

Le calcul s'effectue comme suit :

1° à chaque lit pris en considération est associé un nombre de points, qui tient compte du risque de dénutrition, établi comme suit :

- lit C : 5,10 points
- lit D : 7,45 points
- lit C+D, I : 6,275 points
- lit E : 8,5 points
- lit G : 7,15 points
- lit Sp, Sp pall : 5,44 points
- lit A, Aj, An, T, K, Kj et Kn : 6,24 points.

Het forfait wordt berekend, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, met dien verstande dat 2 % van de verantwoorde bedden C, D en E, met een minimum van 6 bedden, worden verondersteld bedden met een intensief karakter te zijn.

Vanaf 1 juli 2017, wordt de berekening van het forfait gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, met dien verstande dat 2 % van de verantwoerde bedden C, D en E, met een minimum van 6 bedden, worden verondersteld bedden met een intensief karakter te zijn. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]];

2° er wordt een puntentotaal berekend voor elk ziekenhuis;

3° elk betrokken ziekenhuis ontvangt een gegarandeerd forfait van 15.300 euro (waarde op 1 januari 2017), dat de eerste 800 punten dekt;

4° er wordt een aanvullend bedrag berekend door het aantal punten boven de 800 te vermenigvuldigen met een bedrag van 2,66 euro (waarde op 1 januari 2017). ]]

[(32) [(34) **Art. 63octies.** Opgeheven]]

[(19) **Art. 64.** Volgende maatregelen zijn bepaald in het Kankerplan [(22) opgeheven].

**§ 1.** Vanaf 1 juli 2008 wordt, teneinde de patiënt verpleegkundige en psychosociale ondersteuning te bieden, een multidisciplinair team gefinancierd in de ziekenhuizen die over een erkend zorgprogramma voor oncologie beschikken, naar rata van het aantal multidisciplinaire oncologische consultaties die door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden terugbetaald (MOC's). Die VTE's zijn aan dit zorgprogramma verbonden en werken ook effectief voor dit zorgprogramma.

De financiering wordt als volgt berekend :

- één VTE licentiaat/master in de psychologie per 250 MOC's, ten belope van 55.243 euro per VTE. Hij moet praktijkervaring hebben in het ondersteunen van oncologische patiënten of een opleiding oncopsychologie hebben gevolgd;
- één VTE verpleegkundige per 250 MOC's, ten belope van 50.112 euro per VTE. Hij moet in de eerste plaats gespecialiseerd zijn in de oncologie of praktijkervaring hebben in het ondersteunen van oncologische patiënten of een opleiding gevolgd hebben die de kwaliteit van de aan deze patiënten verstrekte zorg een meerwaarde geeft;
- en 0,5 VTE maatschappelijk werker per 250 MOC's, ten belope van 47.035 euro per VTE.

Le forfait est calculé, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2, étant entendu que 2 % des lits justifiés C, D et E, avec un minimum de 6 lits, sont considérés comme des lits à caractère intensif.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, le calcul du forfait est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2, étant entendu que 2 % des lits justifiés C, D et E, avec un minimum de 6 lits, sont considérés comme des lits à caractère intensif. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée]];

2° un total de points est calculé pour chaque hôpital;

3° un forfait de 15.300 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017) est garanti à chaque hôpital concerné et couvre les 800 premiers points;

4° un montant complémentaire est calculé en multipliant le nombre de points dépassant 800 par un montant de 2,66 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2017). ]]

[(32) [(34) **Art. 63octies.** Abrogé]]

[(19) **Art. 64.** Les mesures ci-dessous sont prévues dans le Plan Cancer [(22) abrogé].

**§ 1<sup>er</sup>.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, afin d'offrir au patient un soutien infirmier et psychosocial, une équipe multidisciplinaire est financée, dans les hôpitaux disposant d'un programme de soins d'oncologie agréé, au prorata du nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées par l'assurance maladie-invalidité. Ces ETP sont attachés et travaillent effectivement pour ce programme de soins.

Le financement est calculé comme suit :

- un ETP licencié/master en psychologie par 250 COM, à concurrence de 55.243 euros par ETP. Il doit avoir une expérience pratique de soutien aux patients oncologiques ou avoir suivi une formation en oncopsychologie;
- un ETP infirmier par 250 COM, à concurrence de 50.112 euros par ETP. Il doit prioritairement être spécialisé en oncologie ou posséder une expérience pratique de soutien aux patients oncologiques ou avoir suivi une formation apportant une plus-value à la qualité des soins prodigués à ces patients ;
- et 0,5 ETP assistant social par 250 COM, à concurrence de 47.035 euros par ETP.

[(42) Onder MOC worden verstaan de volgende codes van geneeskundige prestaties, vergoed door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging: 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302.

Op 1 juli 2017 is het bedrag van de toegekende provisie gelijk aan het bedrag gefinancierd op 30 juni 2017.

Deze financiering wordt jaarlijks herzien in het kader van de herziening van het budget van de financiële middelen, op basis van de effectieve toewijzing, de kwalificatie, de ervaring of de vereiste opleiding van de hierboven beschreven VTE's, alsook het reëel aantal MOC's gepresteerd gedurende het betrokken jaar, waarvan de codes hierboven werden hernoemd, en die tot 30 juni van het tweede jaar volgend op het prestatiejaar door de ziekte- en invaliditeitsverzekering werden gecomptabiliseerd.]]

**§ 2.** Ter verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening wordt er vanaf 1 juli 2008 in de ziekenhuizen die beschikken over een erkend zorgprogramma oncologie één VTE van universitair niveau per 1.000 multidisciplinaire oncologische consulten terugbetaald door de ziekte- en invaliditeitsverzekering (MOC), ten belope van 55.242 euro per VTE.

Om deze specifieke bijkomende financiering te kunnen genieten moeten volgende voorwaarden vervuld zijn :

- de VTE is verbonden en moet effectief werken voor het zorgprogramma ;
- de VTE vervult de functie van datamanager;
- hij moet een voorafgaande opleiding gevolgd hebben bij het Kankerregister omtrek het coderen van gegevens;
- hij is verantwoordelijk voor de registratie bij het Kankerregister en moet evalueren of de aanbevelingen van het oncologisch handboek van het ziekenhuis worden opgevolgd. Hij moet ook beoordelen of de beslissingen van de MOC's waaraan hij verplicht moet deelnemen in acht worden genomen.

[(42) Onder MOC worden verstaan de volgende codes van geneeskundige prestaties, vergoed door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging: 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302.

Op 1 juli 2017 is het bedrag van de toegekende provisie gelijk aan het bedrag gefinancierd op 30 juni 2017.

Deze financiering wordt jaarlijks herzien in het kader van de herziening van het budget van de financiële middelen, op basis van de effectieve toewijzing, de kwalificatie, de ervaring of de vereiste opleiding van de hierboven beschreven VTE's, alsook het reëel aantal MOC's gepresteerd gedurende het betrokken jaar, waarvan de codes hierboven werden hernoemd, en die tot 30 juni van het tweede jaar volgend op het prestatiejaar door de ziekte- en invaliditeitsverzekering werden gecomptabiliseerd.]]

**§ 3.** Vanaf 1 juli 2008 wordt aan elk ziekenhuis dat beschikt over kinderoncologiebedden en die beantwoorden aan de criteria opgenomen in bijlage 1 van het ministerieel besluit van 29 december 1997 houdende vaststelling, voor het dienstjaar 1998, van de specifieke voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, een bijkomende

[(42) Par COM, on entend les codes de prestations de santé remboursées par l'assurance soins de santé suivants : 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2017, le montant de la provision octroyée est égal au montant financé au 30 juin 2017.

Ce financement est revu annuellement dans le cadre de la révision du budget des moyens financiers, sur base de l'affectation effective, de la qualification, de l'expérience ou de la formation requise des ETP décrits ci-dessus ainsi que du nombre réel de COM, dont les codes sont repris ci-dessus, prestées pendant l'année considérée et comptabilisées par l'assurance maladie invalidité jusqu'au 30 juin de la deuxième année suivant l'année de prestation.]]

**§ 2.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, afin d'améliorer la qualité des soins, il est financé dans les hôpitaux disposant d'un programme de soins d'oncologie agréé, un ETP de niveau universitaire par 1.000 consultations oncologiques multidisciplinaires remboursées par l'assurance maladie invalidité (COM), à concurrence de 55.242 euros par ETP.

Pour bénéficier de ce financement particulier complémentaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- l'ETP est attaché et doit travailler effectivement pour le programme de soins ;
- l'ETP occupe la fonction de data manager ;
- il doit avoir suivi une formation préalable auprès du Registre du cancer sur l'encodage des données ;
- il est responsable de l'enregistrement auprès du Registre du cancer et de l'évaluation du suivi des recommandations du manuel oncologique de l'hôpital ainsi que de l'évaluation du respect des décisions des COM où il assiste obligatoirement.

[(42) Par COM, on entend les codes de prestations de santé remboursées par l'assurance soins de santé suivants : 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2017, le montant de la provision octroyée est égal au montant financé au 30 juin 2017.

Ce financement est revu annuellement dans le cadre de la révision du budget des moyens financiers, sur base de l'affectation effective, de la qualification, de l'expérience ou de la formation requise des ETP décrits ci-dessus ainsi que du nombre réel de COM, dont les codes sont repris ci-dessus, prestées pendant l'année considérée et comptabilisées par l'assurance maladie invalidité jusqu'au 30 juin de la deuxième année suivant l'année de prestation.]]

**§ 3.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, un financement supplémentaire d'un ETP licencié/master en psychologie, à concurrence de 55.240 euros par ETP, et d'un ETP paramédical, kinésithérapeute, assistant social ou puéricultrice à concurrence de 47.000 euros par ETP, est octroyé à chaque hôpital qui dispose de lits d'oncologie pédiatrique répondant aux critères repris en annexe 1 de l'arrêté ministériel du 29 décembre 1997 fixant, pour

financiering van één VTE licentiaat/master in de psychologie toegekend ten belope van 55.240 euro per VTE, en van één VTE paramedicus, kinesitherapeut, maatschappelijk werker of kinderverzorster ten belope van 47.000 euro per VTE.

Die financiering is beperkt tot 8 VTE's psychologen en 8 VTE's andere functie voor het Rijk.

**§ 4.** Om de celbanken en eenheden voor celtherapie met hematopoïetische stamcellen en navelstengbloed structureel te ondersteunen wordt er, vanaf 1 januari 2009, aan de ziekenhuizen die over dergelijke structuren beschikken en een overeenkomst met de minister, die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, hebben ondertekend, een financiering toegekend die als volgt wordt berekend:

a) voor de [(22) opgeheven] door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten erkende banken voor hematopoïetische stamcellen en erkend door «the European Group for Blood and Marrow Transplantation» of waarvoor de erkenning aan de gang is :

- 0,2 VTE arts-beheerder van de bank, ten belope van 100.000 euro per VTE ;
- één VTE bachelor laboratoriumtechnoloog, ten belope van 55.240 euro per VTE;
- één VTE kwaliteitscoördinator, ten belope van 55.240 euro per VTE;
- 0,5 VTE datamanager, ten belope van 36.000 euro per VTE;
- en een forfait van 60.000 euro voor werkingskosten en opslag;

[(22) b) voor de door NETCORD geaccrediteerde banken voor navelstengbloed, of waarvan de accreditatie loopt, uitgebaat in combinatie met een bank voor hematopoïetische stamcellen die aan bovenvermelde voorwaarden voldoen, wordt aan de in punt a) opgenomen financiering toegevoegd :

- 0,1 VTE arts-beheerder van de bank, ten belope van 100.000 euro per VTE ;
- één VTE bachelor laboratoriumtechnoloog ten belope van 55.240 euro per VTE;
- 0,5 VTE datamanager, ten belope van 36.000 euro per VTE;
- en een forfait van 60.000 euro voor werkingskosten en opslag.]

**§ 5.** Vanaf 1 januari 2009, om de bestaande tumorbanken in de ziekenhuizen te ondersteunen die krachtens onderdeel B7 worden gefinancierd en die voor een zorgprogramma oncologie zijn erkend, en teneinde binnen het Kankerregister een interuniversitaire virtuele tumorbank te creëren, wordt een forfaitaire financiering van 300.000 euro toegevoegd aan onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen.

Op deze specifieke bijkomende financiering te kunnen genieten, moeten de ziekenhuizen aan volgende voorwaarden voldoen :

- een overeenkomst hebben ondertekend met de minister die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft ;

l'exercice 1998, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers.

Ce financement est limité à 8 ETP psychologues et 8 ETP autre fonction pour le Royaume.

**§ 4.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, afin d'apporter un soutien structurel aux banques et aux unités de thérapie cellulaire pour les cellules souches hématopoïétiques et de sang du cordon, il est octroyé aux hôpitaux disposant de telles structures ayant signé une convention avec le ministre qui a la santé publique dans ses attributions, un financement calculé comme suit :

a) pour les banques de cellules souches hématopoïétiques agréées, [(22) abrogé], par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et reconnue par « the European Group for Blood and Marrow Transplantation », ou en cours de reconnaissance :

- 0,2 ETP médecin gestionnaire de la banque, à concurrence de 100.000 euros par ETP ;
- un ETP bachelier technologue de laboratoire, à concurrence de 55.240 euros par ETP ;
- un ETP coordinateur de qualité, à concurrence de 55.240 euros par ETP ;
- 0,5 ETP gestionnaire de données, à concurrence de 36.000 euros par ETP ;
- et un forfait pour frais de fonctionnement et de stockage de 60.000 euros ;

[(22) b) pour les banques de sang du cordon accréditées NETCORD, ou en voie de l'être, exploitées en combinaison avec une banque de cellules souches hématopoïétiques répondant aux conditions reprises ci-dessus, est ajouté au financement repris au point a) :

- 0,1 ETP médecin gestionnaire de la banque, à concurrence de 100.000 euros par ETP;
- un ETP bachelier technologue de laboratoire, à concurrence de 55.240 euros par ETP ;
- 0,5 ETP gestionnaire de données, à concurrence de 36.000 euros par ETP ;
- et un forfait pour frais de fonctionnement et de stockage de 60.000 euros.]

**§ 5.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, afin de soutenir les tumorothèque existantes dans les hôpitaux bénéficiant d'un financement au titre de la sous-partie B7 et étant agréés pour un programme de soins d'oncologie et afin de créer une tumorothèque virtuelle inter-universitaire au sein du Registre du cancer, un financement forfaitaire de 300.000 euros est ajouté à la sous-partie B4 des hôpitaux concernés.

Pour pouvoir bénéficier de ce financement particulier complémentaire, les hôpitaux doivent répondre aux conditions suivantes :

- avoir signé une convention avec le ministre qui a la santé publique dans ses attributions;

- de tumorbank moet reeds geïnstalleerd en operationeel zijn, verbonden zijn aan een laboratorium voor anatomopathologie van het ziekenhuis of met een extern laboratorium voor anatomopathologie waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten;
- er moet een centraal beheer en een centrale opslag van de stalen zijn en er moeten minstens 1.000 tumorstalen aanwezig zijn;
- de tumorbank moet beschikken over de gestandaardiseerde procedures en dient deze te volgen voor de voorbereiding, het invriezen en bewaren van de stalen.

Met de forfaitaire financiering die wordt toegekend aan één tumorbank per ziekenhuis en per laboratorium voor anatomopathologie die aan bovenvermelde voorwaarden voldoet, worden volgende kosten gedekt :

- één beheerder van de tumorbank die verantwoordelijk is voor de registratie en de bewaring van de stalen, alsook voor het correcte gebruik ervan ;
- één laboratoriumtechnoloog die verantwoordelijk is voor de ontvangst, de voorbereiding en de invriezing van de stalen, alsook voor de eventuele extractie van DNA met het oog op de bewaring ervan;
- de werkingskosten die verband houden met de voorbereiding, de invriezing, de registratie en het transport van de stalen (informatica, vloeibare stikstof, reagentia...);
- het nodige materiaal voor het opslaan van de stalen en de beveiliging van het lokaal.

Om die financiering te kunnen krijgen, moeten de ziekenhuizen zich ertoe verbinden 10 % van dit bedrag aan het Kankerregister te storten voor het beheer van de virtuele overkoepelende tumorbank.

**§ 6.** Teneinde het translationeel onderzoek te coördineren en daarbij de samenwerking tussen artsen en wetenschappers te stimuleren met als doel de patiënten zo snel mogelijk voordeel te laten halen uit de ontwikkelingen van hun werkzaamheden, wordt vanaf 1 januari 2009 een forfaitaire financiering van 191.240 euro toegevoegd aan onderdeel B4 van de ziekenhuizen die krachtens onderdeel B7 worden gefinancierd, en die voor een zorgprogramma oncologie zijn erkend en een overeenkomst met de minister die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft hebben ondertekend.

Deze financiering betreft maximum 13 ziekenhuizen.

De forfaitaire financiering wordt toegekend om de werkingskosten te dekken van een coördinatiecel per ziekenhuis bestaande uit:

- één VTE arts-coördinator voor het translationeel onderzoek met ervaring op het gebied van onderzoek en met minstens vijf jaar klinische ervaring ;
- één VTE secretariaatsmedewerker voor administratieve en logistieke ondersteuning;
- één VTE datamanager voor hulp bij het coderen van de gegevens.

Om deze specifieke bijkomende financiering te kunnen krijgen, moeten de ziekenhuizen een zekere expertise hebben op het

- la tumorothèque doit être déjà installée et opérationnelle, être attachée au laboratoire d'anatomopathologie de l'hôpital ou à un laboratoire d'anatomopathologie externe avec lequel l'hôpital a conclu un accord de coopération ;
- elle doit posséder une gestion et un stockage centralisés des échantillons et au moins 1.000 échantillons tumoraux ;
- elle doit disposer et appliquer des procédures standardisées pour la préparation, la congélation et la conservation des échantillons.

Le financement forfaitaire, accordé à une seule tumorothèque remplissant les conditions reprises ci-dessus par hôpital et par laboratoire d'anatomopathologie, est octroyé pour couvrir les frais suivants :

- un gestionnaire de la tumorothèque, responsable de l'enregistrement et de la conservation des échantillons ainsi que de leur utilisation correcte;
- un technologue de laboratoire responsable de la réception, de la préparation et de la congélation des échantillons, ainsi que de l'extraction éventuelle de leur ADN en vue de leur conservation ;
- les frais de fonctionnement liés à la préparation, la congélation, l'enregistrement et au transport des échantillons (informatique, azote liquide, réactifs...) ;
- le matériel nécessaire au stockage des échantillons et à la sécurisation du local.

Pour pouvoir bénéficier de ce financement, les hôpitaux doivent s'engager à verser 10 % de ce montant au Registre du cancer en guise de contribution aux frais de gestion de la tumorothèque virtuelle faîtière.

**§ 6.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, afin de coordonner la recherche translationnelle en encourageant les collaborations entre les médecins et les scientifiques afin que les patients puissent bénéficier le plus rapidement possible des découvertes de leurs travaux, un financement forfaitaire de 191.240 euros est ajouté à la sous-partie B4 des hôpitaux bénéficiant d'un financement au titre de la sous-partie B7 et étant agréés pour un programme de soins d'oncologie et ayant signés une convention avec le ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Ce financement concerne au maximum 13 hôpitaux.

Le financement forfaitaire est octroyé pour couvrir les frais de fonctionnement d'une cellule de coordination par hôpital composée de :

- 1 ETP médecin coordinateur de la recherche translationnelle disposant d'une expérience dans le domaine de la recherche et d'une expérience clinique d'au moins cinq ans ;
- 1 ETP secrétaire pour le soutien administratif et logistique ;
- 1 ETP data manager pour l'aide à l'encodage des données.

Pour pouvoir bénéficier de ce financement particulier complémentaire, les hôpitaux doivent posséder une expertise

gebied van translationeel onderzoek dat door middel van volgende elementen kan worden aangetoond :

- wetenschappelijke publicaties op het gebied van translationeel onderzoek ;
- het opstarten van minstens 10 klinische studies per jaar in het gebied van de oncologie;
- lopende studies in translationeel onderzoek;
- bestaand translationeel onderzoeksteam;
- bestaande technologische infrastructuur voor de realisatie van translationele studies in de oncologie (technieken voor metabole beeldvorming : PET, NMR...);
- nationale en/of internationale wetenschappelijke samenwerking op het gebied van oncologisch onderzoek;
- partnership met de farmaceutische industrie of met nieuwe technologieën op het gebied van de oncologie.]

[(22) § 7. Teneinde de voedingsondersteuning voor kankerpatiënten te versterken, wordt vanaf 1 januari 2011 een budget van 7.544.871 euro (index 01/01/2011) verdeeld onder de ziekenhuizen die erkend zijn voor een zorgprogramma voor oncologische basiszorg of een zorgprogramma voor oncologie.

Met het beschikbare budget worden diëtisten gefinancierd die instaan voor deze voedingsondersteuning, die bestaat uit de uitwerking van een specifiek voedingsbeleid toegespitst op de oncologische patiënt, de sensibilisatie van de zorgverleners voor het belang van voeding en de vroege detectie van voedingsproblemen, ook door toepassing van gevalideerde screeningsmethodes. Bovendien staan de diëtisten in voor het contact met de maaltijleverancier, de communicatie met de externe partners van het ziekenhuis en de educatie van de oncologische patiënt op het vlak van voeding.

De diëtist moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- voldoen aan de voorwaarden van het koninklijk besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast;
- bij voorkeur beschikken over beroepservaring in de oncologische diëtetiek of bij gebrek daaraan over beroepservaring in de diëtetiek die nuttig is voor de behandeling van oncologische patiënten;
- verbonden zijn aan en effectief werken voor het zorgprogramma voor oncologische basiszorg of het zorgprogramma voor oncologie en integraal deel uitmaken van het multidisciplinaire team van dat zorgprogramma;
- overleg en samenwerkingsverbanden tot stand brengen met de andere diensten en structuren voor voedingsondersteuning binnen het ziekenhuis.

Voor de evaluatie en de opvolging van dat initiatief moeten de diëtisten jaarlijks gegevens betreffende hun activiteiten registreren en rapporteren, volgens een schema en een timing die de FOD Volksgezondheid nader zal bepalen. Ze moeten ook deelnemen aan de uitwisselingen van praktijkervaring die door de FOD Volksgezondheid worden georganiseerd.

dans le domaine de la recherche translationnelle démontrée aux moyens des éléments suivants :

- publications scientifiques dans le domaine de la recherche translationnelle ;
- lancement d'au moins 10 études cliniques par an dans le domaine de l'oncologie ;
- études en cours dans le domaine de la recherche translationnelle ;
- équipe de recherche translationnelle existante ;
- existence d'une infrastructure technologique pour la réalisation d'études translationnelles en oncologie (techniques d'imagerie métabolique : PET, RMN...) ;
- collaboration scientifique nationale et/ou internationale dans le domaine de la recherche en oncologie ;
- partenariat avec l'industrie pharmaceutique ou avec des nouvelles technologies dans le domaine de l'oncologie.]

[(22) § 7. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, afin de renforcer le soutien nutritionnel des patients atteints de cancer, un budget de 7.544.871 euros (index 01/01/2011) est réparti entre les hôpitaux agréés pour un programme de soins de base en oncologie ou un programme de soins d'oncologie.

Le budget disponible permet de financer des diététiciens pour assurer ce soutien nutritionnel, qui se compose du développement d'une politique nutritionnelle spécifique orientée vers le patient oncologique, de la sensibilisation des professionnels à l'importance de la nutrition et de la détection précoce des problèmes nutritionnels, y compris par l'application de méthodes de dépistage validés. De plus, les diététiciens assurent le lien avec le fournisseur des repas, la communication avec les partenaires externes de l'hôpital et l'éducation nutritionnelle au patient oncologique.

Le diététicien doit remplir les conditions suivantes :

- répondre aux conditions de l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin ;
- disposer, de préférence, d'une expérience professionnelle en diététique oncologique ou, à défaut, d'une expérience professionnelle en diététique utile pour la prise en charge de patients oncologique ;
- être attaché et travailler effectivement dans le programme de soins de base en oncologie ou le programme de soins d'oncologie et faire partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire de ce programme de soins ;
- développer des concertations et des collaborations avec les autres services et dispositifs de prise en charge nutritionnelle mis en place au sein de l'hôpital.

Dans le cadre de l'évaluation et du suivi de cette initiative, les diététiciens doivent enregistrer et rapporter annuellement des données concernant leurs activités, selon le schéma et le timing qui sera précisé par le SPF Santé Publique. Ils doivent également participer aux échanges de pratique organisés par le SPF Santé Publique.

Op 1 januari 2011 wordt het hierboven vermelde budget als volgt verdeeld, naar rata van het aantal multidisciplinaire oncologische consultaties (MOC's) die in de loop van 2008 door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden terugbetaald en ten belope van 46.146 euro (index 01/01/2011) per VTE:

- 1 VTE diëtist tot 500 MOC's;
- 1,5 VTE diëtist van 501 tot 750 MOC's;
- 2 VTE diëtist van 751 tot 1000 MOC's;
- 2,5 VTE diëtist van 1001 tot 1250 MOC's;
- 3 VTE diëtist van 1251 tot 1500 MOC's;
- 3,5 VTE diëtist van 1501 tot 1999 MOC's;
- 4 VTE diëtist vanaf 2000 MOC's.

Die financiering kan jaarlijks herzien worden op basis van de kwalificatie en de effectieve toewijzing in een zorgprogramma.]

[(29) § 8. Een budget van 246.000 euro (index 01/01/2013) wordt toegekend aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie pediatrische liaison, in de zin van het koninklijk besluit van 15 november 2010 houdende vaststelling van de normen waaran de functie pediatrische liaison moet voldoen om te worden erkend.]

[(16) **Art. 65.** Vanaf 1 juli 2007 wordt, met het oog op de financiering van de kosten betreffende een mobiele equipe of een mobiel supportteam voor de erkende palliatieve functie, onderdeel B4 van het budget van financiële middelen verhoogd:

**1º** met een vast bedrag dat als volgt wordt berekend :

**a)** algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 200 bedden en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 200 bedden, de ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve zorg en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden :

- voor de ziekenhuizen met minder dan 500 bedden met een bedrag van 100.663,10 euro (index 1 juli 2007) dat overeenstemt met een bezetting van 0,5 FTE arts met voldoende vorming en/of ervaring in palliatieve zorg, 0,5 FTE gecertificeerde verpleegkundige en 0,5 FTE psycholoog;
- voor de ziekenhuizen met 500 bedden of meer, met een bedrag van 100.663,10 euro (index 1 juli 2007) vermenigvuldigd met het aantal bedden van het ziekenhuis gedeeld door 500.

[(19) Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]

**b)** geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 200 bedden, geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 200 bedden met uitzondering van de Sp-bedden voor palliatieve zorg en ziekenhuizen die een financiering toegekend krijgen volgens de modaliteiten bedoeld in punt a) :

- voor de diensten met minder dan 40 bedden met een forfaitair bedrag van 15.894,18 euro (index 1 juli 2007) ;

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le budget mentionné ci-dessus est réparti comme suit, au prorata de nombre de consultations oncologiques multidisciplinaire (COM) remboursées par l'assurance maladie-invalidité au cours de l'année 2008 et à concurrence de 46.146 euros (index 01/01/2011) par ETP :

- 1 ETP diététicien jusqu'à 500 COM;
- 1,5 ETP diététicien de 501 à 750 COM;
- 2 ETP diététicien de 751 à 1000 COM ;
- 2,5 ETP diététicien de 1001 à 1250 COM;
- 3 ETP diététicien de 1251 à 1500 COM;
- 3,5 ETP diététicien de 1501 à 1999 COM;
- 4 ETP diététicien à partir de 2000 COM.

Ce financement est révisable annuellement, sur base de la qualification et de l'affectation effective dans un programme de soins.]

[(29) § 8. Un budget de 246.000 euros (index 01/01/2013) est octroyé aux hôpitaux agréés pour une fonction 'liaison pédiatrique', au sens de l'arrêté royal du 15 novembre 2010 fixant les normes auxquelles une fonction 'liaison pédiatrique' doit répondre pour être agréée.]

[(16) **Art. 65.** Au 1<sup>er</sup> juillet 2007, en vue de financer les coûts relatifs à une équipe mobile ou une équipe mobile de support pour la fonction palliative agréée, la sous-partie B4 du budget des moyens financiers est augmentée :

**1º** d'un montant fixe, calculé comme suit :

**a)** hôpitaux généraux, hors hôpitaux et services, isolés, Sp de moins de 200 lits, hôpitaux et services isolés, G de moins de 200 lits, hôpitaux et services Sp soins palliatifs et unités de traitement de grands brûlés :

- pour les hôpitaux de moins de 500 lits, d'un montant de 100.663,10 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) correspondant à l'occupation de 0,5 ETP médecin avec la formation requise et/ou l'expérience en soins palliatifs, de 0,5 ETP infirmier(e) gradué(e) et de 0,5 ETP psychologue ;
- pour les hôpitaux de 500 lits et plus, d'un montant de 100.663,10 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) multiplié par le nombre de lits de l'hôpital et divisé par 500.

[(19) Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]

**b)** hôpitaux et services, isolés, Sp de moins de 200 lits et hôpitaux et services, isolés, G de moins de 200 lits, à l'exception des lits Sp - soins palliatifs et des hôpitaux bénéficiant d'un financement suivant les modalités visées au point a) :

- pour les services comptant moins de 40 lits d'un montant forfaitaire de 15.894,18 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) ;

- voor de diensten met 40 of meer bedden met een forfaitair bedrag van 28.256,33 euro (index 1 juli 2007).  
 [(19) Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]

**2º** met een variabel bedrag dat als volgt wordt berekend : een variabel bedrag van 1.783.018,89 euro (index 1 juli 2007) wordt verdeeld onder alle ziekenhuizen bedoeld in punt 1º, op basis van de verblijven in klassieke hospitalisatie, geregistreerd in het kader van de 2 laatst bekende semesters van de minimale klinische gegevens in alle diensten, met uitzondering van de diensten met kenletters NIC, A, M en de Sp- diensten voor palliatieve zorg.

[(48) De verblijven die in aanmerking worden genomen, zijn :

- de verblijven met als nevendiagnose – code ICD10-CM – Z515,
- en de verblijven met ernstgraad 3 of 4 en mortaliteitsrisico 3 of 4 in de [(56) [(58) 3M™ APR DRG Classification System Definitions Manual. ]]]]

[(21) **c)** opgeheven]

**Art. 66.** Voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens in de psychiatrische verzorgingstehuizen wordt aan het psychiatrisch ziekenhuis dat een overeenkomst heeft afgesloten met één of meerdere psychiatrische verzorgingstehuizen, op jaarbasis een basisbedrag toegekend van 2.478,94 euro per psychiatrisch verzorgingstehuis, vermeerderd met 53,73 euro (waarde op 1 januari 2002) per bestaand en erkend bed in een psychiatrisch verzorgingstehuis op 1 januari dat aan het dienstjaar van vaststelling van het budget voorafgaat.

Dit bedrag wordt, op basis van de in het eerste lid bedoelde overeenkomst, door de beheerder integraal doorgestort aan het desbetreffend psychiatrisch verzorgingstehuis.

[(21) opgeheven]

**Art. 67.** Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de psychiatrische ziekenhuizen omvat op 1 juli 2002 de toegekende bedragen op 30 juni 2002 voor de banen “T1 en T2”.

**Art. 68.** Teneinde de erkende MUG-functie te financieren, wordt een forfaitair bedrag van 222.145,85 euro (waarde op 1 januari 2002) toegekend.

[(3) Het behoud van deze financiering is afhankelijk van het verzamelen en overzenden van de gegevens met betrekking tot de activiteit van de MUG-functie [(36) opgeheven].]

[(20) **Art. 69.** Vanaf 1 januari 2010 wordt ter ondersteuning van de techniek van snelle desintoxicatie onder narcose van patiënten met een opiatenafhankelijkheid, “Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD)” genoemd, onderdeel B4 van de ziekenhuizen, die een overeenkomst hebben ondertekend met de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheden heeft, verhoogd.]

- pour les services comptant 40 lits et plus d'un montant forfaitaire de 28.256,33 euros (index 1er juillet 2007).

[(19) Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]

**2º** d'un montant variable, calculé comme suit :

un montant variable de 1.783.018,89 euros (index 1er juillet 2007) est réparti entre tous les hôpitaux, visés au point 1º, sur base des séjours d'hospitalisation classique enregistrés dans le cadre des deux derniers semestres connus du résumé clinique minimum dans tous les index de service à l'exception des index NIC, A, M et Sp-soins palliatifs.

[(48) Les séjours pris en considération sont :

- les séjours avec un code ICD10-CM de diagnostic secondaire – Z515,
- et les séjours avec un niveau de sévérité 3 ou 4 et un niveau de mortalité 3 ou 4 dans la classification [(56) [(58) 3M™ APR DRG Classification System Definitions Manuals. ]]]]

[(21) **c)** abrogé]

**Art. 66.** Pour l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum dans les maisons de soins psychiatriques, l'hôpital psychiatrique qui a conclu une convention avec une ou plusieurs maisons de soins psychiatriques se voit octroyer, sur base annuelle, un montant de base de 2.478,94 euros par maison de soins psychiatriques, majoré de 53,73 euros (valeur au 1er janvier 2002) par lit de maison de soins psychiatriques agréé et existant au 1er janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

Ce montant est, sur la base de la convention visée à l'alinéa 1er, intégralement versé par le gestionnaire à la maison de soins psychiatriques concernée.

[(21) abrogé]

**Art. 67.** La sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux psychiatriques contient au 1er juillet 2002 les montants octroyés au 30 juin 2002 pour les emplois dit « T1 et T2 ».

**Art. 68.** En vue de financer la fonction agréée SMUR, il est octroyé un montant forfaitaire de 222.145,85 euros (valeur au 1er janvier 2002).

[(3) Le maintien de ce financement est subordonné à la collecte et à la transmission de données relatives à l'activité de la fonction SMUR [(36) abrogés].]

[(20) **Art. 69.** A partir du 1er janvier 2010, afin de soutenir la technique de désintoxication rapide sous anesthésie de patients dépendants aux opiacés appelée « Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) », la sous-partie B4 des hôpitaux, ayant signé une convention avec le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, est augmentée.]

[(29) **Art. 70.** Vanaf 1 januari 2013 wordt, met het oog op het opzetten van de verlengde hospitalisatiestructuren voor patiënten die getroffen zijn door de multiresistente tuberculose, onderdeel B4 van de voor bedden met index L erkende ziekenhuizen en die een overeenkomst hebben ondertekend met de minister bevoegd voor volksgezondheid, verhoogd met een budget van 806.870 Euro.

Dit bedrag komt overeen met

- een zorgteam dat ervaring heeft in de behandeling van infectieziekten bestaande uit 6 verpleegkundigen, 3 zorgkundigen, 3 paramedici, één vierde VTE verpleegkundige-hygiënist en één vierde VTE geneesheer-hygiënist;
- de aankoop van het specifieke materiaal dat noodzakelijk is voor de uitoefening van de opdracht, zoals het basismateriaal om gedurende één week in optimale veiligheidsoomstandigheden de eerste drie patiënten te kunnen ontvangen die een hoogt besmettelijke acute respiratoire pathologie vertonen die een hospitalisatie in ad hoc eenheden vereisen, en het materieel noodzakelijk om routinematig de patiënten met multiresistente tuberculose te kunnen opereren.]

[(21) **Art. 71.** [(11) opgeheven] [(37) § 1.] Vanaf 1 januari 2010 wordt in het kader van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep teneinde de bijzondere beroepstitels (BBT) en de bijzondere beroepsbekwamingen (BBB) te valoriseren van de erkende verpleegkundigen die effectief werkzaam zijn in een dienst, een functie of een zorgprogramma waarvoor die specialisatie voorzien is, onderdeel B4 van de ziekenhuizen verhoogd, binnen de perken van een budget van 25.350.000 euro (index 01/01/2010), overeenkomstig de toekenningsmodaliteiten voorzien in het [(47) koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties].

**1°** per VTE verpleegkundige houder van een bijzondere beroepstitel erkend door de minister bevoegd voor Volksgezondheid : een bedrag van 3.341,50 euro bruto (index 01/01/2010) dat in de vorm van een jaarlijkse premie aan de werknemer moet worden gestort;

**2°** per VTE verpleegkundige die zich kan beroepen op een bijzondere beroepsbekwaming erkend door de minister bevoegd voor Volksgezondheid : een bedrag van 1.113,80 euro bruto (index 01/01/2010) dat in de vorm van een jaarlijkse premie aan de werknemer moet worden gestort.

Het aan de ziekenhuizen gefinancierde bedrag voor de VTE verpleegkundigen die houder zijn van een BBT of die zich kunnen beroepen op een BBB en effectief werkzaam zijn in een dienst, een functie of een zorgprogramma waarvoor die specialisatie is voorzien, wordt verhoogd met een werkgeversbijdrage van 34,67 %.

[(29) **Art. 70.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, afin de mettre en place des structures d'hospitalisation prolongée pour les patients atteints de tuberculose multirésistante, la sous-partie B4 des hôpitaux agréés pour des lits d'index L et ayant signé une convention avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions est augmentée d'un budget de 806.870 euros.

Ce montant correspond à :

- une équipe soignante ayant une expérience en matière de traitement de maladies infectieuses composée de 6 infirmiers, 3 aides-soignants, 3 paramédicaux, un quart temps infirmier hygiéniste et un quart temps médecin hygiéniste ;
- l'achat du matériel spécifique nécessaire à l'exercice de la mission, comme le matériel de base pour pouvoir accueillir dans des conditions optimales de sécurité pendant une semaine, les 3 premiers patients présentant une pathologie respiratoire aiguë hautement contagieuse nécessitant une hospitalisation dans des unités ad hoc et le matériel nécessaire pour pouvoir opérer en routine les patients avec une tuberculose multirésistante.]

[(21) **Art. 71.** [(11) abrogé] [(37) § 1<sup>er</sup>.] A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, dans le cadre du Plan d'attractivité pour la profession infirmière, pour valoriser les titres professionnels particuliers (TPP) et les qualifications professionnelles particulières (QPP) des infirmiers agréés et travaillant effectivement dans un service, une fonction ou un programme de soins prévoyant cette spécialisation, la sous-partie B4 des hôpitaux est augmentée, dans les limites d'un budget de 25.350.000 euros (index 01/01/2010), selon les modalités d'octroi prévues dans [(47) l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables].

**1°** pour chaque ETP infirmier porteur d'un titre professionnel particulier agréé par le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions : un montant de 3.341,50 euros brut (index 01/01/2010), à verser au travailleur sous forme de prime annuelle ;

**2°** pour chaque ETP infirmier pouvant se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière agréée par le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions : un montant de 1.113,80 euros brut (index 01/01/2010), à verser au travailleur sous forme de prime annuelle.

Le montant financé aux hôpitaux, pour les ETP infirmiers porteurs d'un TPP ou pouvant se prévaloir d'une QPP travaillant effectivement dans un service, une fonction ou un programme de soins prévoyant cette spécialisation, est majoré d'un taux de charges patronales de 34,67 %.

Om voormalde financieringen te behouden, moeten de ziekenhuisbeheerders aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgen dat de toekenning van deze voordelen aan voormald personeel vanaf 1 januari 2010 bevestigt. Dit attest moet uiterlijk tegen 15 oktober 2010 worden verstuurd en moet medeondertekend worden door de ondernemingsraad voor de privésector, door het lokaal overlegcomité voor de overheidssector of, bij ontstentenis, door de vakbondsafvaardiging.]

[(37) **§ 2.** Voor de periode 1 juli tot 31 december 2016, éénmalig en geenszins recurrent een bijkomende budget van 10 miljoen euro (waarde op 1 juli 2016) wordt onder de private ziekenhuizen verdeeld naar rata van de waarde van onderdeel B van hun budget van financiële middelen genotificeerd op 1 juli 2015. Dit bedrag is niet herzienbaar.]

[(47) **§ 3.** Vanaf 1 september 2018, wordt de financiering voorzien in paragraaf 1 niet meer toegekend aan het ziekenhuis vallend onder het paritair comité voor de gezondheidsinrichtingen en -diensten 330 voor de verpleegkundigen die vanaf 1 september 2018 erkend worden voor een bijzondere beroepstitel en/of voor een bijzondere beroepsbekwaamheid.

Niettemin behoudt de verpleegkundige, die begunstigde is van de premie bedoeld in de paragraaf 1, 1° en/of 2° en die van functie verandert in hetzelfde ziekenhuis vallend onder het voornoemde paritair comité 330 of die van ziekenhuis wisselt vallend onder het voornoemde paritair comité 330, het recht op de premie voor zover deze de functie van verpleegkundige blijft uitoefenen.

**§ 4.** De financiering van de jaarlijkse premie bedoeld in § 1, 1° en/of 2° wordt behouden, voor de verpleegkundige die werkt in een ziekenhuis niet vallend onder het voornoemde paritair comité 330, en die wisselt van werkgever die wel valt onder het voornoemde paritair comité 330, voor zover deze de functie van verpleegkundige blijft uitoefenen.]

[(32) [(35) [(39) **Art. 72.** Op 1 januari 2017 wordt een besparing van 18,7 miljoen euro verdeeld onder de ziekenhuizen pro rata de totale waarde van de onderdelen B1 en B2 van elk ziekenhuis, zoals betekend op 1 juli 2016, ten opzichte van de totale waarde van de onderdelen B1 en B2 van het Rijk, zoals betekend op 1 juli 2016. ]]]

[(27) **Art. 73. § 1.** De bedragen toegekend op 30 juni 2002 en die betrekking hebben op de kosten bedoeld in artikel 15, 15 en 26° van dit besluit blijven behouden op 1 juli 2002.

**§ 2.** De lasten m.b.t. de overeenkomsten van eerste tewerkstelling zoals bedoeld in artikel 15, 9°, worden aangepast op basis van de uitgaven vastgesteld voor het burgerlijk jaar 2005, met dien verstande dat het aantal desgevallend wordt beperkt tot 1,8 % van de personeelsformatie, uitgedrukt in VTE, die op 30 juni van het voorafgaande jaar in dienst was.

Pour conserver les financements précités, les gestionnaires hospitaliers doivent faire parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de ces avantages au personnel précité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Cette attestation doit être envoyée pour le 15 octobre 2010 et doit être contresignée par le conseil d'entreprise pour le secteur privé, par le comité de concertation local pour le secteur public ou, à défaut, par la délégation syndicale.]

[(37) **§ 2.** Pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2016, un budget supplémentaire unique non récurrent de 10 millions d'euros (valeur 1<sup>er</sup> juillet 2016) est réparti entre les hôpitaux privés au prorata de la valeur de la partie B de leur budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2015. Ce montant n'est pas révisable.]

[(47) **§ 3.** A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018, le financement prévu au paragraphe 1<sup>er</sup> n'est plus octroyé à l'hôpital relevant du champ d'application de la commission paritaire des établissements et des services de santé 330 pour leurs infirmiers agréés, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018, pour un titre professionnel particulier et/ou une qualification professionnelle particulière.

Néanmoins, le financement de la prime annuelle visée au paragraphe 1<sup>er</sup>, 1° et/ou 2°, est maintenu pour l'infirmier qui change de fonction dans le même hôpital relevant de la commission paritaire 330 précitée ou qui change d'hôpital relevant de la commission paritaire 330 précitée pour autant qu'il continue d'exercer une fonction d'infirmier.

**§ 4.** Le financement de la prime annuelle visée au § 1<sup>er</sup>, 1° et/ou 2°, pour l'infirmier travaillant dans un hôpital ne relevant pas de la commission paritaire 330 précitée, qui change d'employeur pour un employeur relevant de la commission paritaire 330 précitée, est maintenu pour autant qu'il continue d'exercer une fonction d'infirmier.]

[(32) [(35) [(39) **Art. 72.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, une économie de 18,7 millions d'euros est répartie entre les hôpitaux au prorata de la valeur du total des sous-parties B1 et B2 de chaque hôpital, telles que notifiées au 1<sup>er</sup> juillet 2016, par rapport à la valeur du total des sous-parties B1 et B2 du Royaume, telles que notifiées au 1<sup>er</sup> juillet 2016. ]]]

[(27) **Art. 73. § 1<sup>er</sup>.** Les montants octroyés au 30 juin 2002 et se rapportant aux coûts visés à l'article 15, 15° et 26° du présent arrêté sont maintenus au 1<sup>er</sup> juillet 2002.

**§ 2.** Les charges relatives aux conventions de premier emploi telles que visées à l'article 15, 9°, sont adaptées sur base des dépenses constatées pour l'année civile 2005, étant entendu que le nombre est limité, le cas échéant, à 1,8 % de l'effectif présent, exprimé en ETP, au 30 juin de l'année précédente.

**§ 3.** De lasten met betrekking tot de verhoging van de werkgeversbijdragen voor pensioenen, toegepast van 2005 tot 2007, voor de nieuwe aangeslotenen bij ‘pool 2 van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid – Provinciale en plaatselijke overheidsdiensten (RSZ-PPO)’, zoals bedoeld in artikel 15, 15°, worden gefinancierd op basis van reële, door de RSZ-PPO meegedeelde, kosten.

[(29) [(54)] **§ 4.** Vanaf 1 juli 2019 en vervolgens elk burgerlijk jaar wordt er een forfait (X) toegekend aan de ziekenhuizen aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overheidsdiensten om een deel van de lasten te compenseren die voortvloeien uit de wet van 24 oktober 2011, tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en van de private ziekenhuizen die beschikken over statutair personeel dat hen ter beschikking is gesteld door een lokale of provinciale administratie die is aangesloten bij het bovengenoemde Fonds.

De vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten die in aanmerking genomen worden, zijn deze die vermeld zijn met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104.

De in aanmerking genomen lasten voor de berekening van het forfait zijn, voor elk referentiejaar, de som van de totale basispensioenbijdrage van de loonmassa van het ziekenhuis en, in voorkomend geval, het bedrag van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering van het ziekenhuis, pro rata van het percentage van het bovengenoemde personeel.

Het beschikbare budget van [(56) 71.753.332,74 euro (index op 1 januari 2020)] wordt als volgt verdeeld:

$$X = [(A + B) * C] / D * \text{beschikbaar budget}$$

waar :

A = Jaarlijkse last van de basispensioenbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar ;

B = Jaarlijkse last van de responsabiliserbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar, indien het geval;

C = percentage van het vastbenoemde personeel dat vermeld is met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104 die in het ziekenhuis werken in de loop van het 4de trimester van het referentiejaar;

D = totaal van de jaarlijkse lasten  $[(A+B) * C]$  van het land voor het referentiejaar.

De hierboven hernomen gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en het referentiejaar is het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt.

Wat betreft het privéziekenhuis dat beschikt over vastbenoemd personeel dat hem ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds, zal het toegekende forfait enkel behouden blijven indien zij het formele bewijs levert dat zij effectief de financiële last van dit ter beschikking gesteld statutair personeel draagt tijdens het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt en dit, in voorkomend geval, met inbegrip van de aanvullende pensioenbijdragen voor

**§ 3.** Les charges relatives aux augmentations du taux de cotisations patronales de pensions, appliquées de 2005 à 2007, pour les nouveaux affiliés, au ‘pool 2 de l’Office national de Sécurité sociale – Administrations provinciales et locales (ONSS-APL)’, telles que visées à l’article 15, 15°, sont financées sur base des coûts réels renseignés par l’ONSS-APL.

[(29) [(54)] **§ 4.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2019 et ensuite chaque année civile, il est octroyé un forfait (X) aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales pour compenser une partie des charges qui résultent de la loi du 24 octobre 2011 assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales et aux hôpitaux privés qui disposent de personnel nommé à titre définitif mis à leur disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné.

Le personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales pris en considération est celui renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d’activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.

Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont, pour chaque année de référence, l’addition de la charge totale de cotisation de pension de base de la masse salariale de l’hôpital et, le cas échéant, du montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle de l’hôpital au prorata du pourcentage du personnel susmentionné.

Le budget disponible de [(56) 71.753.332,74 euros (index au 1<sup>er</sup> janvier 2020)] est réparti de la manière suivante :

$$X = [(A + B) * C] / D * \text{budget disponible}$$

où :

A = charge annuelle de cotisation de pensions de base, relative à l’année de référence, pour l’hôpital ;

B = charge annuelle de responsabilisation, relative à l’année de référence, pour l’hôpital, le cas échéant ;

C = pourcentage de personnel nommé renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d’activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104 travaillant dans l’hôpital au cours du 4e trimestre de l’année de référence;

D = total des charges annuelles  $[(A+B) * C]$  pour le pays pour l’année de référence.

Les données reprises ci-dessus sont fournies par l’Office national de sécurité sociale et l’année de référence est la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé.

En ce qui concerne l’hôpital privé qui dispose de personnel nommé à titre définitif mis à sa disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné, le forfait octroyé n’est maintenu que si l’hôpital fourni, chaque année, la preuve formelle qu’il a supporté effectivement, pour chaque pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé, la charge financière de pension de ce personnel y compris, le cas échéant, la charge de cotisation complémentaire de pension

individuele responsabilisering. Dit bewijs wordt geleverd onder de vorm van een verklaring op eer, waarvan het model gepubliceerd werd op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en dit attest moet ondertekend worden door de beheerder van het ziekenhuis en medeondertekend worden door de aangeslotene aan het bovengenoemde Fonds. Dit bewijs wordt naar het volgende adres verzonden: com.finhosp@health.fgov.be. Dit dient te gebeuren voor 31 december van het jaar waarvoor het forfait berekend wordt.

Vanaf het jaar 2020 wordt de verdeling van het beschikbare budget elk jaar geactualiseerd door rekening te houden met de gegevens betreffende de hierboven bedoelde elementen van het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt. De gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

**§ 5.** Vanaf 1 juli 2019 en vervolgens elk burgerlijk jaar wordt een forfait (Y) toegekend aan de ziekenhuizen aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en aan de private ziekenhuizen die beschikken over vastbenoemd personeel dat hen ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds voor het compenseren van een deel van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering die voortvloeien uit de in § 4 vermelde wet van 24 oktober 2011.

De vastbenoemde personeelsleden die in aanmerking genomen worden, zijn deze die vermeld zijn met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104.

De in aanmerking genomen lasten voor de berekening van het forfait stemmen overeen met het bedrag van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering van het ziekenhuis, pro rata van het percentage van het bovengenoemde personeel.

Het beschikbare budget van [(56) 12.260.100 euro (index op 1 januari 2020)] wordt als volgt verdeeld:

$$Y = (A * B) / C * \text{beschikbaar budget}$$

waar :

A = Jaarlijkse last van de responsabiliserbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar ;

B = percentage van het vastbenoemde personeel dat vermeld is met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104 die in het ziekenhuis werken in de loop van het 4de trimester van het referentiejaar;

C = totaal van de jaarlijkse lasten (A \* B) van het land voor het referentiejaar.

De hierboven hernomen gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en het referentiejaar is het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt.

Vanaf het jaar 2020 wordt de verdeling van het beschikbare budget elk jaar geactualiseerd door rekening te houden met de gegevens betreffende de hierboven bedoelde elementen van het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt. De gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

au titre de responsabilisation individuelle. La preuve est fournie sous forme d'une déclaration sur l'honneur, dont le modèle est publié sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, signée par le gestionnaire de l'hôpital et contresignée par l'affilié au Fonds susmentionné. Elle est envoyée à l'adresse com.finhosp@health.fgov.be pour le 31 décembre de l'année pour laquelle le forfait est calculé.

A partir de l'année 2020, la répartition du budget disponible est actualisée chaque année en tenant compte des données concernant les éléments visés ci-dessus de la pénultième année précédent celle pour laquelle le forfait est calculé. Les données sont fournies par l'Office national de sécurité sociale.

**§ 5.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2019 et ensuite chaque année civile, il est octroyé un forfait (Y) aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales et aux hôpitaux privés qui disposent de personnel nommé à titre définitif mis à leur disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné pour compenser une partie des charges de cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle qui résultent de la loi du 24 octobre 2011 mentionnée au § 4.

Le personnel nommé à titre définitif pris en considération est celui renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.

Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont celles du montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle au prorata du pourcentage du personnel susmentionné.

Le budget disponible de [(56) 12.260.100 euros (index au 1<sup>er</sup> janvier 2020)] est réparti de la manière suivante :

$$Y = (A * B) / C * \text{budget disponible}$$

où :

A = Charge annuelle de responsabilisation relative à l'année de référence pour l'hôpital ;

B = Pourcentage de personnel nommé renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104 pour l'hôpital du 4<sup>e</sup> trimestre de l'année de référence ;

C = Total des charges annuelles (A \* B) pour le pays de l'année de référence.

Les données reprises ci-dessus sont fournies par l'Office national de sécurité sociale et concernent la pénultième année précédent celle pour laquelle le forfait est calculé.

A partir de l'année 2020, la répartition du budget disponible est actualisée chaque année en tenant compte des données concernant les éléments visés ci-dessus de la pénultième année précédent celle pour laquelle le forfait est calculé. Les données sont fournies par l'Office national de sécurité sociale.

Om het recht op de financiering te behouden moet het ziekenhuis elk jaar bewijzen dat het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE statutairen dat ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overhedsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds niet hoger ligt dan het gemiddelde aantal VTE, statutairen of ter beschikking gestelde statutairen, van het jaar 2018.

Vanaf het jaar 2021 dient de beheerder van het ziekenhuis daarvoor elk jaar voor 31 maart een verklaring op eer te verzenden naar het adres com.finhosp@health.fgov.be, waarin het aantal gemiddelde VTE statutairen of ter beschikking gestelde statutairen staat van het jaar 2018 alsook het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE ter beschikking gestelde statutairen van het jaar voorafgaand aan het jaar van de verzending van het attest. Voor de private ziekenhuizen die beschikken over statutairen die ter beschikking gesteld zijn door een plaatselijke of provinciale overhedsdienst aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overhedsdiensten, dient het bovenvermelde attest medeondertekend te worden door de verantwoordelijke van de bovenvermelde administratie.

Indien het attest niet binnen de gestelde termijn overgemaakt werd, wordt de financiering, die werd toegekend voor het jaar waarvoor het attest gevraagd werd, gerecupereerd. Hetzelfde geldt in het geval uit het verzonden attest blijkt dat het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE ter beschikking gestelde statutairen door een plaatselijke of provinciale overhedsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds hoger ligt dan het gemiddelde aantal VTE, statutairen of ter beschikking gestelde statutairen of indien de inhoud van het attest niet overeenstemt met de werkelijkheid. In al deze gevallen zal het ziekenhuis in de toekomst niet meer over een financiering kunnen beschikken in het kader van deze maatregel. Het gerecupereerde budget zal verdeeld worden in een volgend budget van financiële middelen onder de ziekenhuizen die wel voldoen aan de hierboven vastgelegde voorwaarden voor het betrokken jaar. Deze herverdeling zal gebeuren volgens de verdelingsmodaliteiten van het betrokken jaar. ]]

**[(16) Art. 73bis.]** Teneinde het in de privé-sector bestaande voordeel te compenseren in het kader van het interprofessioneel akkoord, wordt beslist om vanaf 1 juli 2007 de financiering van het contractueel en statutair personeel van de openbare ziekenhuizen met 0,25 % te verhogen, met uitzondering van het Maribel-personeel, en contractuelen die via het interdepartementaal begrotingsfonds of in het kader van de eerste werkervaringsovereenkomsten worden gesubsidieerd.

Daartoe wordt binnen de grenzen van het beschikbare budget van 3.000.000 euro (index 1 juli 2007) onderdeel B4 van de openbare ziekenhuizen verhoogd met een bedrag (X) dat wordt berekend als volgt :

$$X = A * B/C$$

waarbij:

A = beschikbare bedrag van 3.000.000 euro ;

Pour maintenir le droit au financement, l'hôpital doit prouver, chaque année, que le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à sa disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné n'est pas supérieur au nombre moyen d'ETP, statutaires ou statutaires mis à sa disposition, de l'année 2018.

Pour ce faire, à partir de l'année 2021, le gestionnaire de l'hôpital envoie chaque année pour le 31 mars, à l'adresse com.finhosp@health.fgov.be, une déclaration sur l'honneur, qui fait apparaître le nombre moyen d'ETP statutaires ou statutaires mis à disposition, de l'année 2018 et le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition de l'année précédent celle de l'envoi de l'attestation. Pour les hôpitaux privés ayant des ETP statutaires mis à leur disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds de pension solidarisé des administrations locales et provinciales, l'attestation susmentionnée doit être contresignée par le responsable de l'administration susmentionnée.

Si l'attestation requise n'est pas transmise dans le délai imparti, le financement octroyé pour l'année pour laquelle l'attestation a été demandée est récupéré. La même chose vaut au cas où, de l'attestation expédiée, il ressort que le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné, est supérieur au nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition, ou encore si le contenu de l'attestation ne concorde pas avec la réalité. Dans tous ces cas, l'hôpital ne pourra plus disposer d'un financement ultérieur dans le cadre de cette mesure. Le budget récupéré est réparti, lors d'un budget des moyens financiers ultérieur, entre les hôpitaux qui remplissent les conditions fixées ci-dessus pour l'année concernée. Cette répartition se fait selon les modalités de répartition de l'année concernée. ]]

**[(16) Art. 73bis.]** Afin d'équilibrer l'avantage au secteur privé dans le cadre de l'accord interprofessionnel, il est décidé d'augmenter le financement du personnel contractuel et statutaire des hôpitaux publics, hors Maribel, contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire inter-départemental et conventions de premier emploi, de 0,25 % à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007.

A cette fin, dans les limites d'un budget disponible de 3.000.000 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007), la sous-partie B4 des hôpitaux publics est augmentée d'un montant (X) calculé comme suit :

$$X = A * B/C$$

où :

A = montant disponible de 3.000.000 euros;

B = aantal contractuele en statutaire FTE's van het openbaar ziekenhuis opgenomen in de kostenplaatsen 020 tot en met 899, bedoeld in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningensstelsel voor de ziekenhuizen, met uitzondering van het Maribel-personnel, en contractuelen die via het interdepartementaal begrotingsfonds of in het kader van de eerste werkervaringsovereenkomsten worden gesubsidieerd;

C = aantal contractuele en statutaire FTE's van alle openbare ziekenhuizen, opgenomen in de kostenplaatsen 020 tot en met 899, met uitzondering van het Maribel-personnel, RVA-stagiairs en contractuelen die via het interdepartementaal begrotingsfonds of in het kader van de eerste werkervaringsovereenkomsten worden gesubsidieerd. ]

[(19) [(21) [(22) **Art. 73ter.** Teneinde een deel van de kosten te dekken voor de vervanging van statutair personeel dat afwezig is wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, wordt, tussen de betreffende ziekenhuizen, een budget van 11.423.438 euro (index 01/07/2009) verdeeld als volgt :

1. op 1 juli 2009, naar rata van het aantal statutaire VTE's dat in 2005 langdurig afwezig was wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, meegedeeld door de ziekenhuizen aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;
2. op 1 juli 2010 het reële aantal statutaire VTE's dat langdurig afwezig is wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, met uitzondering van artsen en ter beschikking gesteld personeel, ondergebracht in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 499 en dat ten laste is van het budget van financiële middelen, meer bepaald na toepassing van de verdeelsleutels van de kostenplaatsen 020 tot 199, op basis van de gemiddelde loonkost van het hierboven bedoelde personeel.

Vanaf 2010, en vervolgens alle drie jaar, wordt dit bedrag herzien op basis van het reële aantal statutaire VTE's dat langdurig afwezig is wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, met uitzondering van artsen en ter beschikking gesteld personeel, ondergebracht in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 499 en dat ten laste is van het budget van financiële middelen, meer bepaald na toepassing van de verdeelsleutels van de kostenplaatsen 020 tot 199, op basis van de gemiddelde loonkost van het hierboven bedoelde personeel.

Indien het ziekenhuis evenwel het formele bewijs levert dat het de financiële last kan dragen van het hem ter beschikking gestelde statutaire personeel, met uitzondering van artsen, dat langdurig afwezig is wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, wordt die financiële last bij de herziening van die maatregel in aanmerking genomen.

Op 1 juli 2011 wordt het hierboven vermelde budget herverdeeld, rekening houdend met het ter beschikking gestelde personeel, met uitzondering van artsen, waarvoor het bewijs bedoeld in het vorige lid geleverd werd, en op basis van de bepalingen die in punt 2° hierboven zijn beschreven.]]]

[(14) **Art. 74.**] [(39) § 1.] Voor de ziekenhuizen bedoeld in art 15, 27°, wordt er een bedrag (M) toegekend berekend als volgt :  

$$(M) = A+B$$
  
waarbij :

B = nombre d'ETP contractuel et statutaire de l'hôpital public repris dans les centres de frais 020 à 899 visés dans l'annexe 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, hors personnel Maribel, contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental et conventions de premier emploi ;

C = nombre d'ETP contractuel et statutaire de l'ensemble des hôpitaux publics repris dans les centres de frais 020 à 899, hors personnel Maribel, stagiaires ONEM, contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental et conventions de premier emploi.]

[(19) [(21) [(22) **Art. 73ter.** Afin de couvrir une partie du coût du remplacement du personnel statutaire en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier, un budget de 11.423.438 euros (index 01/07/2009) est réparti, entre les hôpitaux concernés, comme suit :

1. au 1er juillet 2009, au prorata du nombre d'ETP, statutaires en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier de l'année 2005, renseigné par les hôpitaux au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ;
2. au 1<sup>er</sup> juillet 2010, le nombre réel d'ETP statutaires en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier, hors personnel mis à disposition et médecins, imputés dans un centre de frais compris entre 020 et 499 et à charge du budget des moyens financiers, c'est-à-dire après application des clés de répartition des centres de frais de 020 à 199, sur base du coût salarial moyen du personnel visé ci-dessus.

A partir de l'année 2010, il est procédé à la révision de ce montant sur base du nombre réel d'ETP statutaires en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier, hors personnel mis à disposition et médecins, imputés dans un centre de frais compris entre 020 et 499 et à charge du budget des moyens financiers, c'est-à-dire après application des clés de répartition des centres de frais de 020 à 199, et sur base du coût salarial moyen du personnel visé ci-dessus et ensuite tous les trois ans.

Cependant, si l'hôpital fournit la preuve formelle qu'il supporte la charge financière du personnel statutaire mis à sa disposition, hors médecins, en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier, cette charge financière sera prise en considération lors de la révision de cette mesure.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2011, le budget susmentionné est redistribué en tenant compte du personnel mis à disposition, hors médecins, pour lequel la preuve, visée à l'alinéa précédent, a été fournie et sur base des modalités décrites au point 2° ci-dessus.]]]

[(14) **Art. 74.**] [(39) § 1er.] Pour les hôpitaux visés à l'article 15, 27°, il est accordé un montant (M) calculé comme suit :  

$$(M) = A+B$$
  
où:

A = het budgetverschil overeenstemmend met het verschil tussen de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten die op 30 juni 2002 toegekend zouden worden, als men de bepalingen van artikel 46 van dit besluit had toegepast; [ (4) het deel van het verschil van het budget, overgebracht op 1 juli 2002, overeenstemmend met de bijkomende punten voor de diensten C, D en E wordt overgebracht naar het onderdeel B2.]

B = de budgetvermindering bedoeld in artikel 42, §8 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 op zijn waarde van 30 juni 2002.

[(39) § 2. Op 1 januari 2017 wordt een bedrag van 1.139.746 euro afgetrokken van het bedrag (M) dat wordt berekend in § 1 vastgesteld in de waarde op 31 december 2016.

Dit bedrag wordt verdeeld tussen de betrokken ziekenhuizen prorata van bedrag (M) waarover ze beschikten in toepassing van § 1, op 31 december 2016. ]

**[(14) Art. 74bis.]** Aan de ziekenhuizen met een erkend zorgprogramma ‘reproductieve geneeskunde B’ wordt een forfaitair bedrag van 1.182 euro toegekend per cyclus waarbij voldaan wordt aan de volgende voorwaarden :

- [(56) 1. de cyclus wordt voltooid bij een vrouw van wie de leeftijd zich situeert voor de dag van haar 43e verjaardag; tijdens de toepassingsperiode van het artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorraarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie, wordt de leeftijd van de vrouw met 6 maanden verlengd, dat wil zeggen tot de vooravond van 43 jaar en 6 maanden van de patiënt; ]
- 2. deze bepaling is van toepassing voor een maximum van 6 cycli per vrouw bedoeld in 1°.

Met “cyclus” wordt het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen.

Om voor de in dit artikel bedoelde financiering in aanmerking te komen, moet het zorgprogramma voor alle patiënten de voorwaarden naleven, bedoeld in bijlage 15 van dit besluit.

Deze financiering dekt op forfaitaire wijze de laboratoriumkosten van de reproductieve geneeskunde, met name personeel, apparatuur, materiaal en indirecte kosten.

Dat omvat de kosten verbonden aan de laboratoriumprocedure, met inbegrip van het opzoeken van kiemcellen met het oog op inseminatie, de bevruchting door middel van IVF/ICSI, de kweek van de verkregen embryo’s en de morfologische evaluatie ervan alsmede de cryobewaring (invriezing, opslag, ontstalling) van de embryo’s.

Het aantal cycli per ziekenhuis dat beantwoordt aan de voorwaarden van eerste lid, wordt meegedeeld door het College van geneesheren voor het zorgprogramma ‘reproductieve geneeskunde’, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen aan het Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen van de FOD Volksgesondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

A = représente la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés au 30 juin 2002 si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 du présent arrêté ; [ (4) la partie de la différence de budget, transférée au 1er juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transférée vers la sous-partie B2. ]

B = la diminution de budget visée à l'article 42, §8 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002.

[§39] § 2. Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, un montant de 1.139.746 euros est diminué du montant (M) calculé au § 1<sup>er</sup> fixé à sa valeur au 31 décembre 2016.

Ce montant est réparti entre les hôpitaux concernés au prorata du montant (M) dont ils disposaient, en application du § 1<sup>er</sup>, au 31 décembre 2016. ]

**[(14) Art. 74bis.]** Aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé de ‘médecine de la reproduction B’, il est alloué un montant forfaitaire de 1.182 euros par cycle répondant aux conditions suivantes :

- [(56) 1. le cycle est accompli chez une femme dont l'âge se situe avant le jour de son 43e anniversaire ; pendant la période d'application de l'article 2 de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19, l'âge de la femme est prolongé de 6 mois, c'est-à-dire jusqu'à la veille des 43 ans et 6 mois de la patiente ; ]
- 2. cette disposition s'applique pour un maximum de 6 cycles par femme visé au 1°.

Par “cycle”, on entend l’ensemble des activités de laboratoire requises pour l’insémination au moyen de FIV/d’ICSI d’ovules.

Pour être susceptible de bénéficier du financement visé au présent article, le programme de soins doit respecter, pour toutes les patientes, les conditions visées à l’annexe 15 du présent arrêté.

Ce financement couvre de manière forfaitaire les coûts de laboratoire de la médecine de la reproduction tels que personnel, appareillage, matériel et coûts indirects.

Ceci comprend les coûts générés par la procédure de laboratoire incluant la recherche des gamètes en vue d’insémination, la mise en fécondation par FIV/ICSI, la culture des embryons obtenus et leur évaluation morphologique, ainsi que la cryoconservation (congélation, stockage et décongélation) des embryons.

Le nombre de cycles par hôpital qui répond aux conditions de l’alinéa 1er est communiqué par le Collège de médecins pour le programme de soins ‘médecine de la reproduction’, tel que visé à l’arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l’évaluation qualitative de l’activité médicale dans les hôpitaux, à la Direction générale de l’Organisation des Etablissements de Soins, Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Het is verboden aan de Centra voor reproductieve geneeskunde van de in het tweede lid bedoelde kosten aan de patiënt te factureren voor cycli die voldoen aan de in dit artikel bedoelde voorwaarden.

Bij het begin van elk dienstjaar wordt een voorlopig bedrag toegekend op basis van de gegevens van het laatst gekende dienstjaar. Dit bedrag wordt herzien op basis van de gegevens van het betrokken dienstjaar [(7), gegevens vastgesteld op basis van voor echt verklaarde aangiften van de ziekenhuizen.]

De regelen inzake toezicht op de naleving van het maximum aantal pogingen, worden door Ons bepaald.]

[(14) **Art. 74ter.**] De acute ziekenhuizen [(7), de psychiatrische ziekenhuizen] en de geïsoleerde Sp-diensten met een ombudsfunctie krijgen een bedrag toegekend, dat als volgt wordt vastgesteld:

- voor de acute ziekenhuizen met minder dan 250 bedden: een forfaitair bedrag van 16.670,84 euro;
- voor de acute ziekenhuizen met 250 bedden en meer: een forfaitair bedrag van 21.070,95 euro;
- [(7) voor de psychiatrische ziekenhuizen met minder dan 100 bedden, wordt een forfaitair bedrag van 4.214,19 EUR (index 1 januari 2004) toegekend;
- voor de psychiatrische ziekenhuizen van 100 tot 249 bedden, wordt een forfaitair bedrag van 13.970,33 euro (index 1 januari 2004) toegekend;
- voor de psychiatrische ziekenhuizen met 250 bedden en meer wordt een forfaitair bedrag van 17.657,67 euro toegekend (index 1 januari 2004);]
- voor de geïsoleerde Sp-diensten met minder van 100 bedden: een forfaitair bedrag van 4.214,19 euro;
- voor de geïsoleerde Sp-diensten met 100 tot 400 bedden: een forfaitair bedrag van 8.428,38 euro;
- voor de geïsoleerde Sp-diensten met meer dan 400 bedden: een forfaitair bedrag van 10.535,47 euro.

[(7) Voor het psychiatrisch ziekenhuis hetwelk het recht van de patiënt waarborgt tot het indienen van een klacht door middel van de ombudsfunctie van het samenwerkingsverband als overlegplatform in de zin van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten; moet een overeenkomst tussen het ziekenhuis en het samenwerkingsverband de voorwaarden, de hoegroothed en de modaliteiten van de overdracht van de financiering vastleggen. Deze overeenkomst moet gezonden worden naar het Directoraat generaal Organisatie Gezondheids-voorzieningen, Dienst Boekhouding en beheer van ziekenhuizen.]

Voor het vaststellen van het aantal bedden gelden de volgende regels:

- voor de acute ziekenhuizen met een Sp-dienst worden enkel de acute bedden in aanmerking genomen;
- voor de geïsoleerde Sp-diensten met G-bedden en palliatieve Sp-bedden wordt het aantal bedden van die twee diensten bijgeteld bij het aantal Sp-bedden.

[(21) opgeheven]]

Il est interdit aux centres de médecine de la reproduction de facturer à la patiente les coûts visés au deuxième alinéa pour les cycles qui répondent aux conditions visées dans cet article.

Un montant provisoire est alloué au début de chaque exercice sur base des données du dernier exercice connu. Ce montant est revu sur base des données de l'exercice considéré, données établies sur base des déclarations certifiées des hôpitaux.

Les règles relatives au contrôle du respect du nombre maximum d'essais sont fixées par Nous.]

[(14) **Art. 74ter.**] Aux hôpitaux aigus [(7), aux hôpitaux psychiatriques] et aux services Sp isolés disposant d'une fonction de médiation, il est accordé un montant fixé comme suit :

- pour les hôpitaux aigus de moins de 250 lits, il est accordé un forfait de 16.670,84 euros;
- aux hôpitaux aigus de 250 lits et plus, il est accordé un forfait de 21.070,95 euros;
- [(7) pour les hôpitaux psychiatriques de moins de 100 lits, il est accordé un forfait de 4.214,19 euros (index 1er janvier 2004);
- aux hôpitaux psychiatriques de 100 à 249 lits, il est accordé un forfait de 13.970,33 euros (index 1er janvier 2004);
- aux hôpitaux psychiatriques de 250 lits et plus, il est accordé un forfait de 17.657,67 euros (index 1er janvier 2004);]
- aux services Sp isolés de moins de 100 lits, il est accordé un forfait de 4.214,19 euros;
- aux services Sp isolés de 100 à 400 lits, il est accordé un forfait de 8.428,38 euros;
- aux services Sp isolés de plus de 400 lits, il est accordé un forfait de 10.535,47 euros.

[(7) Pour l'hôpital psychiatrique qui garantit le droit de plainte du patient par le biais de la fonction de médiation de l'association comme plate-forme de concertation, au sens de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicable aux associations d'institutions et de services psychiatriques, une convention entre l'hôpital et l'association doit régler les conditions, la hauteur et les modalités de la transmission du financement. Cette convention doit être transmise à la Direction générale Organisation des établissements de soins, Service comptabilité et gestion des hôpitaux.]

Pour apprécier le nombre de lits les règles suivantes sont d'application :

- pour les hôpitaux aigus disposant aussi d'un service Sp, seuls les lits aigus sont pris en considération ;
- pour les services Sp isolés, qui disposent aussi de lits G et de lits Sp palliatifs, le nombre de lits de ces deux services sont additionnés aux lits Sp.

[(21) abrogé]]

[(39) Het forfait wordt berekend, van 1 januari tot 30 juni 2017, waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 en de erkende bedden zoals gebruikt in het betekende budget van financiële middelen van 1 juli 2016 voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2.]

Vanaf 1 juli 2017, wordt de berekening van het forfait gerealiseerd waarbij met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(42) [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]].]

[(14) **Art. 74quater.**] Voor ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g ), 1°, wordt een budget toegekend hetwelk het verschil vertegenwoordigt inzake basispunten betreffende het verpleegkundig personeel dat verbonden is aan de universitaire bedden buiten de campus die in aanmerking wordt genomen voor de toekenning van de 60 %, zoals bedoeld in alinea 2, punt 2, van [(14) artikel 77, § 1.]]

[(21) [(16) **Art. 74quinquies.**] De ziekenhuizen die erkend zijn overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 4 juni 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de afdeling “expertisecentrum voor comapatiënten” moet voldoen om te worden erkend, worden als volgt gefinancierd:

- 9.047,30 euro (index 01/07/2010) per bed dat door comapatiënten wordt ingenomen om de bijkomende personeelslasten te dekken bepaald in voormeld koninklijk besluit van 4 juni 2008,
- 2.715,59 euro (index 01/07/2010) per bed dat door comapatiënten wordt ingenomen om de externe liaisonfunctie te dekken.]]

[(25) **Art. 74sexties.**] Teneinde de kosten ten laste te nemen waardoor de coördinatie van het zorgtraject kan worden gewaarborgd en de psychologische begeleiding van de zwaar verbrande patiënten kan worden ondersteund, wordt het onderdeel B4 van de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden verhoogd met een bedrag van 48.000 EUR (index 01/07/2005) dat overeenstemt met de bezetting van 0,5 VTE A1 coördinator en 0,5 VTE psycholoog.

**Art. 74septies.** In geval van toepassing van artikel 94bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt het budget B4 verhoogd met een bedrag dat wordt bepaald volgens de regels en voorwaarden die worden vastgesteld door Ons.]

[(39) le forfait est calculé, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017, en entendant par lit, les lits justifiés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 et les lits agréés tels qu'utilisés dans le budget des moyens financiers notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2.]

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, le calcul du forfait est réalisé en entendant par lit, les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et [(42) [(43) le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée].]

[(14) **Art. 74quater.**] Pour les hôpitaux visés à l'article 7, 2°, g ), 1°, il est accordé un budget représentant la différence en points de base concernant le personnel infirmier lié aux lits universitaires situés en dehors du site pris en considération pour l'attribution des 60 %, comme mentionné à l'alinéa 2, point 2, de [(14) l'article 77,§ 1<sup>er</sup>.]]

[(21) [(16) **Art. 74quinquies.**] Les hôpitaux, agréés selon les dispositions de l'arrêté royal du 4 juin 2008 fixant les normes auxquelles la section « centre d'expertise pour les patients comateux » doit répondre pour être agréée, sont financés comme suit :

- 9.047,30 euros (index 01/07/2010) par lit occupé par des patients comateux, afin de couvrir les charges de personnel supplémentaire défini dans l'arrêté royal du 4 juin 2008 précité,
- 2.715,59 euros (index 01/07/2010) par lit occupé par des patients comateux, afin de couvrir la fonction de liaison externe.]]

[(25) **Art. 74sexties.**] En vue de prendre en charge les coûts permettant d'assurer la coordination du trajet de soins et de soutenir l'encadrement psychologique des patients grands brûlés, la sous-partie B4 des unités de traitement de grands brûlés est augmentée d'un montant de 48.000 euros (index 01/07/2005) correspondant à l'occupation de 0,5 ETP A1 coordinateur et de 0,5 ETP psychologue.

**Art. 74septies.** En cas d'application de l'article 94bis de la loi sur les hôpitaux, coordonné le 7 août 1987, le budget B4 est augmenté d'un montant déterminé selon les modalités et conditions fixées par Nous.]

[(26) **Art. 74octies.** [(31 § 1.] Vanaf 1 januari 2007 wordt, op basis van artikel 2 van het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende de algemene uitvoeringsbepalingen van de maatregelen ten gunste van de tewerkstelling van jongeren in de social profitsector voortspruitend uit de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, een jaarlijkse financiering van maximum 35.000 euro per VTE opgenomen in onderdeel B4 van de ziekenhuizen die laaggeschoold jongeren aanwerven voor de globale projecten ‘Veiligheid in de ziekenhuizen’, ‘Problematiek van de geïnterneerde gedetineerden’ en ‘Kinderverzorgsters in de pediatrische diensten’, bedoeld in artikel 1, 1° tot 3° van het ministerieel besluit van 31 mei 2007 tot uitvoering van artikel 82 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact en tot vaststelling van de globale projecten in de sectoren die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen.

Een herziening van het aan elk ziekenhuis toegekend budget is voorzien voor de jaren 2007 tot 2010, naar rata van de reële bezetting van de tijdens die jaren indienstgenomen VTE’s.]

[(31) § 2.] Vanaf 1 januari 2014 blijft het aan elk ziekenhuis toegekende budget als provisie voor het jaar 2010 behouden.]

[(22) **Art. 74nonies.** Een budget van 85.855,44 euro (index 01/01/2011) wordt toegekend aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker, in de zin van het koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend.]

[(48) [(58) **Art. 74decies.** Vanaf 1 juli 2021 wordt een budget van 1.140.400 euro (index 1 juli 2021) verdeeld onder de ziekenhuizen die erkend zijn voor de functie ‘zeldzame ziekten’, in de zin van het koninklijk besluit van 25 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie ‘zeldzame ziekten’ moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven.

De verdeling van het beschikbare budget komt tot stand volgens de hieronder hernomen bedragen voor elk betrokken ziekenhuis:

- UZ Brussel : 116.108,64 euro ;
- CHU Liège : 138.373,20 euro ;
- ULB Erasme Bruxelles : 138.373,20 euro ;
- CU Saint-Luc Bruxelles : 133.795,44 euro ;
- UZ Antwerpen : 137.957,04 euro ;
- UZ Gent : 160.013,52 euro ;
- UZ Leuven : 215.778,96 euro ;
- Grand Hôpital Charleroi : 100.000 euros. ]]

[(26) **Art. 74octies.** [(31) § 1er.] A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, sur base de l'article 2 de l'arrêté royal du 27 avril 2007 portant des 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, un financement annuel de maximum 35.000 euros par ETP est intégré dans la sous-partie B4 des hôpitaux recrutant des jeunes peu qualifiés dans les projets globaux ‘Sécurité dans les hôpitaux’, ‘Problématique des internés détenus’ et ‘Puéricultrices dans les services pédiatriques’, visés dans l'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> à 3<sup>e</sup> de l'arrêté ministériel du 31 mai 2007 exécutant l'article 82 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations et déterminant les projets globaux dans les secteurs relevant de la compétence de l'autorité fédérale.

Une révision du budget alloué à chaque hôpital est prévue, pour les années 2007 à 2010, au prorata de l'occupation réelle des ETP embauchés durant ces années.]

[(31) § 2.] A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, le budget alloué en provision pour l'année 2010 à chaque hôpital, est maintenu.]

[(22) **Art. 74nonies.** Un budget de 85.855,44 euros (index 01/01/2011) est octroyé aux hôpitaux agréés pour un programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein, au sens de l'arrêté royal du 26 avril 2007 fixant les normes auxquelles un programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doit satisfaire pour être agréé.]

[(48) [(58) **Art. 74decies.** A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021, un budget de 1.140.400 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2021) est réparti entre les hôpitaux agréés pour une fonction ‘maladies rares’, au sens de l'arrêté royal du 25 avril 2014 fixant les normes auxquelles une fonction ‘maladies rares’ doit répondre pour être agréée et le rester.

La répartition du budget disponible s'effectue selon les montants repris ci-dessous pour chaque hôpital concerné :

- UZ Brussel : 116.108,64 euros ;
- CHU Liège : 138.373,20 euros ;
- ULB Erasme Bruxelles : 138.373,20 euros ;
- CU Saint-Luc Bruxelles : 133.795,44 euros ;
- UZ Antwerpen : 137.957,04 euros ;
- UZ Gent : 160.013,52 euros ;
- UZ Leuven : 215.778,96 euros;
- Grand Hôpital Charleroi : 100.000 euros. ]]

[(57) **Art. 74undecies. § 1.** In het kader van de strijd tegen de epidemie ten gevolge van het coronavirus COVID-19, wordt er aan elke werknemer van de algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen een uitzonderlijke aanmoedigingspremie toegekend. Deze premie wordt slechts eenmaal per werknemer betaald.

De premie moet vóór 31 december 2020 worden betaald aan elke werknemer die op de payroll van het ziekenhuis staat, met inbegrip van studenten en artsen, met uitzondering van de artsen-specialisten in opleiding die onder een ander kanaal vallen, alsook aan elk interim personeelslid en aan personeel dat door een provinciale of plaatselijke overheidsdienst of door een andere entiteit aan een ziekenhuis ter beschikking gesteld is.

De bovengenoemde werknemers moeten opgenomen zijn in een kostenplaats tussen 020 en 899.

De premie wordt vastgesteld op 985 euro bruto per voltijdse equivalent dat in de periode van 1 september 2020 tot en met 30 november 2020 wordt betaald en wordt pro rata de betaalde arbeidstijd toegekend.

Voor de berekening van de arbeidstijd wordt rekening gehouden met de gedurende bovengenoemde periode betaalde arbeidstijd, met dien verstande dat perioden van tijdelijke werkloosheid en perioden van afwezigheid van meer dan 30 kalenderdagen niet in aanmerking worden genomen.

**§ 2.** De ziekenhuizen worden voorlopig gefinancierd met het bedrag X, dat als volgt wordt berekend:

$$X = A * [B * (1+C)]$$

waarbij:

A = het bovengenoemde aantal VTE's zoals aangegeven in de Finhosta-gegevensinzameling voor het jaar 2018, of 2017 als de Finhosta 2018-gegevens niet beschikbaar zijn. Het aantal VTE's dat per ziekenhuis wordt weerhouden, staat in de bijlage 23 van dit besluit.

B = 985 euro;

C = werkgeversbijdrage die is vastgesteld op 36 % voor het contractueel, interim personeel en personeel dat door een provinciale of plaatselijke overheidsdienst of door een andere entiteit aan een ziekenhuis ter beschikking gesteld is en 41,5% voor het statutair personeel.

**§ 3.** Het krachtens paragraaf 2 provisionele toegekende budget wordt bij de herziening van het boekjaar 2020 herzien op basis van het statuut en het werkelijke aantal VTE's dat in een kostenplaats tussen 020 en 899 is opgenomen en tussen 1 september tot en met 30 november 2020 is betaald.

De bepaling van de werkelijke prestaties tijdens de referentieperiode, die het mogelijk maakt om de waarde van het VTE te bepalen, wordt vastgesteld en gevalideerd door de ziekenhuisbeheerder en het lokale sociale overlegorgaan en zal worden, met het statuut van de werknemer, doorgegeven aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, binnen de termijn en volgens de modaliteiten die per omzendbrief van het Directoraat-generaal Gezondheidszorg zullen worden vastgelegd.]

[(57) **Art. 74undecies. § 1er.** Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de coronavirus COVID-19, il est octroyé à chaque travailleur des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques une prime exceptionnelle d'encouragement. Cette prime est payée une seule fois par travailleur.

La prime doit être versée, avant le 31 décembre 2020, à chaque travailleur repris sur le payroll de l'hôpital, y compris les étudiants et les médecins, sauf les médecins spécialistes en formation couverts par un autre canal, ainsi qu'à chaque membre du personnel intérimaire et du personnel mis à disposition d'un hôpital par une administration provinciale ou locale ou par une autre entité.

Les travailleurs susmentionnés doivent être repris dans un centre de frais compris entre 020 et 899.

La prime est fixée à 985 euros bruts par équivalent temps plein payé pendant la période du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 30 novembre 2020 et est octroyée au prorata du temps de travail payé.

Pour le calcul du temps de travail, il est tenu compte du temps de travail payé pendant la période susmentionnée, étant entendu que les périodes de chômage temporaire et les périodes d'absence de plus de 30 jours calendrier ne sont pas prises en considération.

**§ 2.** Les hôpitaux sont financés de manière provisionnelle du montant X , calculé de la manière suivante :

$$X = A * [B * (1+C)]$$

où :

A= le nombre d'ETP susmentionné tel que renseigné dans la collecte Finhosta de l'année 2018, ou de 2017 si les données Finhosta 2018 ne sont pas disponibles. Le nombre d'ETP retenu par hôpital est fixé en annexe 23 du présent arrêté.

B = 985 euros;

C = taux de charges patronales fixé à 36 % pour le personnel contractuel, intérimaire et mis à disposition d'un hôpital par une administration provinciale ou locale ou par une autre entité et à 41,5 % pour le personnel statutaire.

**§ 3.** Le budget provisionnel octroyé en vertu du paragraphe 2 est revu lors de la révision de l'exercice 2020 sur base du statut et du nombre réel d'ETP visés ci-dessus, repris dans un centre de frais compris entre 020 et 899, payés entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 30 novembre 2020.

La détermination des prestations effectives durant la période de référence, permettant de définir la valeur de l'ETP, est fixée et validée par le gestionnaire de l'hôpital et l'organe de concertation sociale local et sera transmise, avec le statut du travailleur, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, dans le délai et selon les modalités qui seront fixés par circulaire de la Direction générale des soins de santé. ]

[(58) [(59) **Art. 74duodecies. § 1.**] Op 1 januari 2023 wordt ter compensatie van de stijging van de energiekosten voor het eerste semester 2023 een eenmalig provisioneel budget van 72 miljoen voor de algemene ziekenhuizen en van 8 miljoen voor de psychiatrische ziekenhuizen als volgt verdeeld.

Elke enveloppe wordt onder de betrokken ziekenhuizen verdeeld volgens hun aantal erkende bedden op 1 juli 2022.

De provisionele toegekende financiering wordt definitief en volledig behouden indien:

- het ziekenhuis werkelijk hogere energiekosten had voor het jaar 2023 dan voor het jaar 2021. De energiekosten worden gedefinieerd als de kosten van de rekeningen 6040 en 6041 van de minimumindeling van het algemeen rekeningensysteem voor de ziekenhuizen, zoals vermeld in bijlage 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningensysteem voor de ziekenhuizen;
- en dat deze stijging van de energiekosten groter is dan of gelijk is aan de provisionele toegekende financiering.

Indien de bovengenoemde energiekosten voor het jaar 2023 hoger zijn dan die voor het jaar 2021 en deze stijging van de energiekosten lager is dan de provisionele toegkende financiering, wordt het verschil teruggevorderd.

Indien de bovengenoemde energiekosten voor het jaar 2023 lager of gelijk zijn dan die voor het jaar 2021, zal de provisionele toegekende financiering volledig worden teruggevorderd.

De terugvordering wordt uitgevoerd bij de herziening van het boekjaar 2023.

**§ 2.** De betaling van het provisionele budget aan de ziekenhuizen gebeurt volgens de modaliteiten die zijn vastgelegd in het koninklijk besluit van 25 juni 2023 tot vaststelling van de regels betreffende de betaling van de positieve inhaalbedragen van de ziekenhuizen. ]]

#### Onderafdeling 10. Onderdeel B5 van het budget

[(14) **Art. 75.**] [(27) **§ 1.**] Onderdeel B5 van het budget van de acute ziekenhuizen wordt vastgesteld overeenkomstig de hiernavermelde regels:

**a)** 15 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de omzet van de voor elk ziekenhuis terugbetaalde farmaceutische specialiteiten en generische geneesmiddelen, met uitzondering van de bloedproducten toegediend aan de gehospitaliseerde patiënten, van elk ziekenhuis gedurende het laatste gekende dienstjaar;

**b)** 29 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis.

Voor de toekenning van het aantal punten worden de volgende berekeningen uitgevoerd:

[(58) [(59) **Art. 74duodecies. § 1er.**] Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, pour compenser la hausse des coûts de l'énergie pour le premier semestre 2023, un budget provisionnel unique de 72 millions pour les hôpitaux généraux et de 8 millions pour les hôpitaux psychiatriques est distribué selon les modalités qui suivent.

Chaque enveloppe est répartie entre les hôpitaux concernés selon leur nombre de lits agréés au 1<sup>er</sup> juillet 2022.

Le financement provisionnel octroyé est définitivement et entièrement maintenu si :

- l'hôpital a effectivement eu pour l'année 2023 des charges d'énergie plus élevées que celles de l'année 2021. Les charges d'énergie sont définies comme les charges reprises dans les comptes 6040 et 6041 du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, tels que repris dans l'annexe 1<sup>re</sup> de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux ;
- et que cette augmentation des charges d'énergie est supérieure ou égale au financement provisionnel octroyé.

Dans le cas où les charges d'énergie susmentionnées pour l'année 2023 sont plus élevées que celles de l'année 2021 et que cette augmentation des charges d'énergie est inférieure au financement provisionnel octroyé, la différence est récupérée.

Dans le cas où les charges d'énergie susmentionnées pour l'année 2023 sont moins élevées ou égales que celles de l'année 2021, le financement provisionnel octroyé est entièrement récupéré.

La récupération est effectuée lors de la révision de l'exercice 2023.

**§ 2.** La liquidation du budget provisionnel aux hôpitaux s'effectue selon les modalités définies dans l'arrêté royal du 25 juin 2023 fixant les modalités de paiement des montants de rattrapages positifs des hôpitaux. ]]

#### Sous-section 10. - Sous-partie B5 du budget

[(14) **Art. 75.**] [(27) **§ 1er.**] La sous-partie B5 du budget des hôpitaux aigus est fixée selon les règles ci-après:

**a)** 15 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du chiffre d'affaires de chaque hôpital pour les spécialités pharmaceutiques et les médicaments génériques, à l'exclusion des produits sanguins délivrés aux patients hospitalisés de chaque hôpital pendant le dernier exercice connu ;

**b)** 29 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du nombre de points attribués à chaque hôpital.

Pour l'attribution du nombre de points, les calculs suivants sont effectués :

**1º** het aantal op 1 juli van het voorafgaande dienstjaar verantwoorde bedden, verhoogd met de erkende NIC-, K- en A- bedden, wordt gewogen. Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33 wordt het aantal erkende bedden op 1 januari voorafgaand aan het financieringsjaar in aanmerking genomen. Daarbij wordt aan elk type bed de volgende coëfficiënt toegekend:

Service / Dienst	Coefficient / Coëfficiënt
A	1
A1	1
A2	1
B	0,5
C	1
D	1
E	2
G	1
H	0,5
K	1
K (j) (d)	0,5
K (n) (n)	0,5
L	1
M	0,5
MIC	1
NIC	3
Sp	0,5
T	0,3
T (j) (d)	0,3
T (n) (n)	0,3
Lits de soins intensifs C, D et E C-, D- en E-bedden intensieve zorgen	3

Het aantal bedden intensieve zorg wordt vastgesteld op basis van de punten, berekend op 1 juli van het voorafgaande dienstjaar, per bed dat wordt toegekend op basis van de derde berekening zoals opgegeven in artikel 46, § 2, 2°, c.3), vermenigvuldigd met het aantal C-, D- en E-bedden en gedeeld door 4. Indien het ziekenhuis over een erkende functie intensieve zorg beschikt, bedraagt het minimum aantal bedden 6. Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33 is het aantal in aanmerking genomen bedden intensieve zorg gelijk aan 2 % van hun aantal erkende C-, D- en E-bedden met een minimum van 6 bedden indien ze over een erkende functie ‘intensieve zorg’ beschikken.

**2º** Tot 150 gewogen bedden wordt 0,40 punten per schijf van 25 gewogen bedden toegekend. Wanneer er meer dan 150 gewogen bedden zijn, wordt 0,26 punten per schijf van 10 gewogen bedden toegekend;

**c)** 3 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis teneinde rekening te houden met de overeenkomstig de erkenningsnormen op te richten farmaceutische structuur. Voor de toekenning van het aantal punten wordt rekening gehouden met de grootte van het ziekenhuis, namelijk:

- ziekenhuizen met minder dan 450 gewogen bedden: 0 punt
- ziekenhuizen met 450 tot 649 gewogen bedden: 2 punten

**1º** Le nombre de lits justifiés au 1<sup>er</sup> juillet de l'exercice précédent, augmenté des lits agréés NIC, A et K, est pondéré. Pour les hôpitaux visés à l'article 33, il est retenu le nombre de lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier précédent l'exercice de financement. A cette fin, il est attribué par type de lit le coefficient suivant:

Le nombre de lits de soins intensifs est fixé sur base des points, calculés au 1<sup>er</sup> juillet de l'exercice précédent, par lit attribué en fonction du troisième calcul repris à l'article 46, § 2, 2°, c.3), multiplié par le nombre de lits C, D et E et divisés par 4. Si l'hôpital dispose d'une fonction agréée de soins intensifs, le nombre minimum de lits est 6. Pour les hôpitaux visés à l'article 33, il est retenu un nombre de lits de soins intensifs égal à 2 % de leur nombre de lits agréés C, D et E avec un minimum de 6 lits s'ils disposent d'une fonction agréée ‘soins intensifs’.

**2º** Jusqu'à 150 lits pondérés, il est attribué 0,40 points par tranche de 25 lits pondérés. Au-delà de 150 lits pondérés, il est attribué 0,26 point par tranche de 10 lits pondérés ;

**c)** 3 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du nombre de points attribué à chaque hôpital, afin de tenir compte de la structure pharmaceutique à mettre en place conformément aux normes d'agrément. Pour l'attribution du nombre de points, il est tenu compte de la taille de l'hôpital, soit:

- hôpitaux de moins de 450 lits pondérés: 0 point
- hôpitaux de 450 lits pondérés à 649 lits pondérés: 2 points

- ziekenhuizen met 650 tot 849 gewogen bedden: 3 punten
- ziekenhuizen met 850 tot 1.049 gewogen bedden: 4 punten
- ziekenhuizen met 1.050 tot 1.249 gewogen bedden: 5 punten
- ziekenhuizen met 1.250 en meer gewogen bedden: 6 punten;

**d)** 19 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de in elk ziekenhuis vastgestelde uitgaven, tijdens het laatst gekende dienstjaar, wat betreft de courante producten, de steriele producten, de producten voor magistrale bereidingen, hechtingsproducten en synthesemateriaal. Deze uitgaven worden in het aan de ziekenhuizen opgelegde algemeen rekeningensysteem opgenomen respectievelijk onder de nummers 6002, 6003, 6004, 6007 en 6013.

Van de vastgestelde uitgaven wordt de tegemoetkoming afgetrokken van de ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaald in bijlage 10 van dit besluit;

**e)** 34 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van een aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis op de volgende manier:

Voor de hiernavermelde verstrekkingen betreffende het laatst gekende dienstjaar worden de volgende punten toegekend:

- zware heelkunde: 0,25 punten per volledige schijf van 100 verstrekkingen;
- reanimatie: 0,25 punten per volledige schijf van 250 verstrekkingen;
- interventionele radiologie: 0,25 punten per volledige schijf van 750 verstrekkingen;
- zeer zware heelkunde: 0,25 punten per volledige schijf van 50 verstrekkingen.

Desgevallend kunnen, indien het ziekenhuis geen enkel punt krijgt voor de zware en zeer zware heelkunde, de verstrekkingen van deze twee categorieën worden opgeteld teneinde punten voor de zware heelkunde te bekomen.

De voorvermelde verstrekkingen worden verduidelijkt in bijlage 11 van dit besluit;

**f)** De budgetten die voor elk ziekenhuis op basis van punten a), tot e), worden bepaald, worden samengevoegd en het totaal vormt het theoretische budget B5.

De overgang van het op 31 december 1996 vastgestelde budget naar het theoretische budget gebeurt geleidelijk.

De correctie voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 juli 2002 wordt vastgesteld op 50 % van het verschil tussen het budget dat vastgesteld is op 31 december 1996 en het theoretisch budget. De correctie zal op 100 % gebracht worden over een periode van drie jaren.

Het budget dat voor ieder ziekenhuis wordt vastgesteld na correctie mag niet lager zijn dan 94.697,64 euro voor de private ziekenhuizen en 93.965,78 euro voor de openbare ziekenhuizen (index op 1 januari 2002).

Het geheel van de aldus vastgestelde budgetten mag het nationaal beschikbare budget niet overschrijden.

- hôpitaux de 650 lits pondérés à 849 lits pondérés: 3 points
- hôpitaux de 850 lits pondérés à 1.049 lits pondérés: 4 points
- hôpitaux de 1.050 lits pondérés à 1.249 lits pondérés: 5 points
- hôpitaux de 1.250 lits pondérés et plus: 6 points ;

**d)** 19 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base des dépenses constatées dans chaque hôpital, pendant le dernier exercice connu, en ce qui concerne les produits courants, les produits stériles, les produits pour des prescriptions magistrales, les produits de suture et le matériel de synthèse. Ces dépenses sont respectivement reprises sous la codification du plan comptable minimum imposé aux hôpitaux sous les numéros 6002, 6003, 6004, 6007 et 6013.

Des dépenses constatées, sera soustraite l'intervention de l'assurance maladie dont question à l'annexe 10 du présent arrêté ;

**e)** 34 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base d'un nombre de points attribués à chaque hôpital de la manière suivante:

Pour les prestations mentionnées ci-après et relatives au dernier exercice connu, les points suivants sont attribués:

- chirurgie lourde: 0,25 point par tranche complète de 100 prestations ;
- réanimation: 0,25 point par tranche complète de 250 prestations ;
- radiologie interventionnelle: 0,25 point par tranche complète de 750 prestations ;
- chirurgie très lourde: 0,25 point par tranche complète de 50 prestations.

Le cas échéant, si l'hôpital ne bénéficie d'aucun point pour la chirurgie lourde et la chirurgie très lourde, les prestations de ces deux catégories peuvent être additionnées en vue de l'obtention de points pour la chirurgie lourde.

Les prestations visées ci-dessus sont précisées dans l'annexe 11 du présent arrêté ;

**f)** Les budgets déterminés pour chaque hôpital conformément aux points a), à e), sont additionnés et le total constitue le budget théorique B5.

Le passage du budget fixé au 31 décembre 1996 vers le budget théorique s'effectue progressivement.

L'ajustement pour l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2002 est fixé à 50 % de la différence entre le budget fixé au 31 décembre 1996 et le budget théorique. L'ajustement sera porté à 100 % sur une période de trois ans.

Le budget fixé pour chaque hôpital après ajustement ne peut être inférieur à 94.697,64 euros pour les hôpitaux privés et 93.965,78 euros pour les hôpitaux publics (index 1<sup>er</sup> janvier 2002).

L'ensemble des budgets ainsi déterminés doit s'inscrire dans les limites du budget national disponible.

**g)** De berekeningen waarvan sprake in punten a) tot en met e) gebeuren de volgende maal op 1 juli 2005 en vervolgens om de twee jaar.]

In afwijking van het vorige lid vindt er geen herberekening plaats op 1 juli 2007. De berekeningen waarvan sprake in punten a) tot en met e) hierna zullen de volgende keer plaatsvinden op 1 juli 2008 en vervolgens om de twee jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2008. De berekeningen waarvan sprake in bovenstaande punten a) tot e) gebeuren voor het eerst op 1 juli 2009 en vervolgens om de 2 jaar.

In afwijking van het vorige lid is eer geen herberekening op 1 juli 2009.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2011.

[(29) In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013.]

[(32) In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2014.]

[(34) In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening op 1 juli 2015.]

[(36) In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening tot een datum vast te leggen door de Koning.]

**§ 2.** Onderdeel B5 van de diensten en bedden erkend onder kenletter Sp wordt bepaald op basis van de hiernavermelde regels:

- a. per erkend en bestaand bed wordt een bedrag toegekend van 661,11 euro (index 1 januari 2002);
- b. wanneer het een geïsoleerde Sp-dienst betreft, mag het voor het geheel van de bedden van de dienst toegekende bedrag niet minder dan 37.320,50 euro (index 1.januari 2002) bedragen voor de ziekenhuizen met 75 bedden en meer, en niet minder dan 18.660,25 euro (index 1.januari 2002) bedragen voor de ziekenhuizen met minder dan 75 bedden;
- c. onverminderd de bepalingen van punt b), mag het totaal van de toegekende budgetten het nationaal beschikbare budget niet overschrijden.

De berekeningen waarvan sprake in punten a) tot en met c) hierna zullen de volgende keer plaatsvinden op 1 juli 2008 en vervolgens om de twee jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2008. De berekeningen waarvan sprake in bovenstaande punten a) tot e) gebeuren voor het eerst op 1 juli 2009 en vervolgens om de 2 jaar.

In afwijking van het vorige lid is eer geen herberekening op 1 juli 2009.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2011.

[(29) In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013.]

[(32) In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2014.]

**g)** Les calculs dont question aux points a) à e) interviendront la prochaine fois le 1<sup>er</sup> juillet 2005 et, ensuite, tous les deux ans.]

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y aura pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2007. Les calculs dont question aux points a) à e) ci-dessus interviendront la prochaine fois le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et ensuite tous les deux ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2008. Les calculs dont question aux points a) à e) ci-dessus interviendront la prochaine fois au 1<sup>er</sup> juillet 2009 et ensuite tous les 2 ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2009.

Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2011.

[(29) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2013.]

[(32) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2014.]

[(34) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2015.]

[(36) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul jusqu'à une date à fixer par le Roi.]

**§ 2.** La sous-partie B5 des services et lits agréés sous l'index Sp est déterminée sur base des règles ci-après:

- a) par lit agréé et existant, il est attribué un montant de 661,11 euros (index 1<sup>er</sup> janvier 2002);
- b) lorsqu'il s'agit d'un service Sp isolé, le montant octroyé pour l'ensemble des lits du service ne peut être inférieur à 37.320,50 euros (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour les hôpitaux de 75 lits et plus et à 18.660,25 euros (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour les hôpitaux de moins de 75 lits;
- c) sans préjudice des dispositions du point b), la totalité des budgets octroyés ne peut dépasser le budget national disponible.

Les calculs dont question aux points a) à c) ci-dessus interviendront la prochaine fois le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et ensuite tous les deux ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2008. Les calculs dont question aux points a) à e) ci-dessus interviendront la prochaine fois au 1<sup>er</sup> juillet 2009 et ensuite tous les 2 ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2009.

Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2011.

[(29) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2013.]

[(32) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2014.]

[(34) In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening op 1 juli 2015.]

[(36) In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening tot een datum vast te leggen door de Koning.]

**§ 3.** Onderdeel B5 van de psychiatrische ziekenhuizen wordt bepaald op basis van de hiernavermelde regels:

a) het aantal bestaande en erkende bedden wordt gewogen.

Daarbij dient er verwezen te worden naar de in § 1, b), 1° opgenomen tabel;

b) de waarde van onderdeel B5 wordt daarna als volgt vastgesteld (index 1 januari 2002):

- voor de ziekenhuizen met minder dan 75 gewogen bedden: 21.592,58 euro;
- voor de ziekenhuizen met 75 tot 119 gewogen bedden: 57.446,92 euro;
- voor de ziekenhuizen met 120 tot 149 gewogen bedden: 86.170,38 euro;
- voor de ziekenhuizen met 150 tot 179 gewogen bedden: 114.893,83 euro;
- voor de ziekenhuizen met 180 en meer gewogen bedden: 150.881,46 euro.

Het totaal van de toegekende budgetten mag het nationale beschikbare budget niet overschrijden.

De berekeningen waarvan sprake hierna zullen de volgende keer plaatsvinden op 1 juli 2008 en vervolgens om de twee jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2008. De berekeningen waarvan sprake in bovenstaande punten a) tot e) gebeuren voor het eerst op 1 juli 2009 en vervolgens om de 2 jaar.

In afwijking van het vorige lid is eer geen herberekening op 1 juli 2009.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2011.]

[(29) In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013.]

[(32) [(33) In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2014.]]

[(34) In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening op 1 juli 2015.]

[(36) In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening tot een datum vast te leggen door de Koning.]

[(21) **§ 4.** [ (4) Om het voordeel van de financiering toegekend in toepassing van §§ 1 tot 3 te behouden, moeten de ziekenhuizen jaarlijks aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een kopie bezorgen van de bijzondere beroepstitel, bedoeld in het koninklijk besluit van 11 juni 2003 tot vaststelling van de procedure betreffende de erkenning van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheek, van elke VTE ziekenhuisapotheek waarvan het aantal berekend wordt overeenkomstig de modaliteiten beschreven in het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend.]

[(34) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2015.]

[(36) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul jusqu'à une date à fixer par le Roi.]

**§ 3.** La sous-partie B5 des hôpitaux psychiatriques est déterminée sur base des règles ci-après :

a) le nombre de lits existants et agréés est pondéré.

A cette fin, il y a lieu de se référer au tableau repris au § 1<sup>er</sup>, b), 1°;

b) la valeur de la sous-partie B5 est ensuite fixée comme suit (index 1<sup>er</sup> janvier 2002):

- pour les hôpitaux de moins de 75 lits pondérés: 21.592,58 euros ;
- pour les hôpitaux de 75 lits pondérés à 119 lits pondérés: 57.446,92 euros ;
- pour les hôpitaux de 120 lits pondérés à 149 lits pondérés: 86.170,38 euros ;
- pour les hôpitaux de 150 lits pondérés à 179 lits pondérés: 114.893,83 euros ;
- pour les hôpitaux de 180 lits pondérés et plus: 150.881,46 euros.

La totalité des budgets octroyés ne peut dépasser le budget national disponible.

Les calculs dont question ci-dessus interviendront la prochaine fois le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et ensuite tous les deux ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2008. Les calculs dont question aux points a) à e) ci-dessus interviendront la prochaine fois au 1<sup>er</sup> juillet 2009 et ensuite tous les 2 ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2009.

Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2011.]

[(29) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2013.]

[(32) [(33) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2014.]]

[(34) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1<sup>er</sup> juillet 2015.]

[(36) Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul jusqu'à une date à fixer par le Roi.]

[(21) **§ 4.** [ (4) Pour conserver le bénéfice du financement octroyé en application des §§ 1<sup>er</sup> à 3, les hôpitaux doivent envoyer, annuellement, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement une copie du titre professionnel particulier visé à l'arrêté royal du 11 juin 2003 fixant la procédure relative à l'agrément du titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier de chaque ETP pharmacien hospitalier dont le nombre est calculé selon les modalités décrites dans l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée.]

[(21) § 5. Vanaf 1 januari 2010 wordt om de logistiek van het Medisch Farmaceutisch Comité en van het Comité voor Medisch materiaal te ondersteunen een budget van 3.389.000 euro (index 01/01/2010) verdeeld onder de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ziekenhuisapotheek, bedoeld in het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend, overeenkomstig de volgende modaliteiten:

1° een bedrag van 17.390 euro (index 01/01/2010) per algemeen ziekenhuis, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en de geïsoleerde G-ziekenhuizen,

2° een bedrag van 7.246 euro (index 01/01/2010) per psychiatrisch ziekenhuis, geïsoleerd Sp-ziekenhuis of geïsoleerd G-ziekenhuis,

3° het saldo wordt verdeeld op basis van het aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]

[(16) § 6. Vanaf 1 juli 2007 wordt een budget van 3.609.208 euro (index 1 juli 2007) verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 bedden, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 bedden en de ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve zorg om een afgevaardigde bij het antibiotherapiebeheer, alsook de 'interuniversitaire opleidingssecretariaten voor afgevaardigden bij het antibiotherapiebeheer' te financieren.

Onderdeel B5 van het budget van die ziekenhuizen wordt met een forfaitair bedrag (X) verhoogd, dat als volgt wordt berekend:

$$X = A * B/C$$

waarbij:

A = beschikbaar budget van 3.609.208 euro;

B = aantal punten van het betrokken ziekenhuis;

C = totaal aantal punten voor de betrokken ziekenhuizen.

Indien nodig wordt X op minimum 10.000 euro en maximum 81.709,73 euro gebracht, wat met 1 FTE overeenstemt.

Om het aantal punten te bepalen, wordt er rekening gehouden met het aantal C-, D-, L-, NIC-, E-, G-, Sp- en M-bedden van het ziekenhuis met een weging, vastgesteld als volgt :

- C-, D-, L-en NIC-bedden : 3 punten per bed;
- E-, Sp- en G-bedden : 2 punten per bed;
- M-bedden : 1 punt per bed.

[(41) [(46) Vanaf 1 juli 2018 wordt het forfaitair bedrag (X) vastgelegd op haar waarde op 30 juni 2018.]]

Onderdeel B5 van het budget van de ziekenhuizen die een 'interuniversitair opleidingssecretariaat voor afgevaardigden bij het antibiotherapiebeheer' herbergen, wordt met een forfaitair bedrag van 21.934,08 euro verhoogd.

[(21) § 5. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, afin de soutenir la logistique du Comité médico-pharmaceutique et du Comité du matériel médical, un budget de 3.389.000 euros (index 01/01/2010) est réparti entre les hôpitaux, visée à l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée, selon les modalités suivantes :

1° un montant de 17.390 euros (index 01/01/2010) par hôpital général, hormis hôpital Sp isolé et G isolé,

2° un montant de 7.246 euros (index 01/01/2010) par hôpital psychiatrique, Sp isolé ou G isolé,

3° le solde est réparti sur base du nombre des lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]

[(16) § 6. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, un budget de 3.609.208 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) est réparti entre les hôpitaux généraux, hors les hôpitaux et les services, isolés, Sp de moins de 150 lits, les hôpitaux et services, isolés, G de moins de 150 lits et les hôpitaux et services Sp soins palliatifs, pour financer un délégué à la gestion de l'antibiothérapie et les 'secrétariats de formation inter-universitaire pour délégués à la gestion de l'antibiothérapie'.

La sous-partie B5 du budget de ces hôpitaux est augmentée d'un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A * B/C$$

où :

A = budget disponible 3.609.208 euros;

B = nombre de points de l'hôpital concerné ;

C = total des points pour les hôpitaux concernés.

Le cas échéant, X est porté à minimum 10.000 euros et à maximum 81.709,73 euros correspondant à 1 ETP.

Pour fixer le nombre de points, il est tenu compte du nombre de lits C, D, L, NIC, E, G, Sp et M de l'hôpital avec une pondération établie comme suit :

- Lits C, D, L, NIC : 3 points par lit ;
- Lits E, Sp et G : 2 points par lit ;
- Lits M : 1 point par lit.

[(41) [(46) A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2018, le montant forfaitaire (X) est fixé à sa valeur au 30 juin 2018.]]

La sous-partie B5 du budget des hôpitaux qui abritent un 'secrétariat pour la formation inter-universitaire de délégués à la gestion de l'antibiothérapie', est augmentée d'un montant forfaitaire de 21.934,08 euros.

Na beëindiging van het werkingsjaar moeten de ziekenhuizen hun activiteitenverslag opsturen naar de ‘Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid’. Dit activiteitenverslag bevat onder andere kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het antibioticabeleid van de instelling. Die indicatoren worden bepaald door de ‘Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid’, opgericht bij koninklijk besluit van 26 april 1999.]

[(32) § 7. Vanaf 1 januari 2014 wordt, om de opleiding van de ziekenhuisapothekers te stimuleren, een bedrag van 3.250.000 euro verdeeld onder de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1. van dit besluit, die een overeenkomst hebben afgesloten met de minister bevoegd voor Volksgezondheid.]

[(32) § 8. Vanaf 1 juli 2015 wordt, om de kwaliteit van de farmacologische zorg te verbeteren, [(56) aan de algemene ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ziekenhuisapotheek, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg, ] een financiering toegekend voor de implementatie van de klinische farmacie.

Om deze bijkomende financiering te genieten, moet voldaan zijn aan de volgende voorwaarden :

- het personeel dat de klinische farmacie beoefent, moet de vereiste opleiding (ziekenhuisfarmacie) hebben gevolgd of over voldoende ervaring beschikken (of bereid zijn om een opleiding te volgen) om de klinische farmacie te kunnen beoefenen ;
- het personeel is verbonden aan de ziekenhuisapotheek;
- het personeel moet daadwerkelijk worden ingezet in de patiëntgerichte praktijk van de klinische apotheek;
- op vraag van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden de gerealiseerde activiteiten gerapporteerd, na goedkeuring van het Medisch-Farmaceutisch Comité, aan de hand van een standaardrooster dat ter beschikking wordt gesteld;
- er wordt gebruik gemaakt van structuur-, proces- en resultaatindicatoren om de toepassing van de klinische farmacie te meten.

In samenwerking met FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zullen de experten van het netwerk van medisch-farmaceutische comités de ontwikkeling van de klinische farmacie begeleiden en opvolgen.

De financiering wordt berekend als volgt : 0,25 VTE per begonnen schijf van 200 erkende bedden met een maximum van 2 VTE’s en ten belope van 85.000 euro (waarde op 1 juli 2014) per VTE.

Voor het vaststellen van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, voor heel het ziekenhuis, zoals dat gekend is door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening.]

#### Onderafdeling 11. – Onderdeel B6 van het budget

Au terme de l’exercice, les hôpitaux doivent faire parvenir leur rapport d’activité à la ‘Commission de coordination de la politique antibiotique’. Ce rapport d’activité comprend, entre autres, des indicateurs de qualité concernant la politique de l’établissement en matière d’antibiotiques. Ces indicateurs sont définis par la ‘Commission de coordination de la politique antibiotique’, créée par l’arrêté royal du 26 avril 1999.]

[(32) § 7. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, afin de stimuler la formation des pharmaciens hospitaliers, un montant de 3.250.000 euros est réparti entre les hôpitaux visés à l’article 7, 2°, g), 1. du présent arrêté, ayant signé une convention avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions.]

[(32) § 8. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, afin d’améliorer la qualité des soins pharmacologiques, il est octroyé [(56) aux hôpitaux généraux agréés pour une fonction d’officine hospitalière, à l’exception des hôpitaux Sp soins palliatifs, ] un financement pour l’implémentation de la pharmacie clinique.

Pour bénéficier de ce financement complémentaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le personnel qui exerce la pharmacie clinique doit avoir suivi la formation requise (pharmacie hospitalière) ou disposer d’une expérience suffisante (ou être disposé à suivre une formation) pour pouvoir pratiquer la pharmacie clinique ;
- le personnel est attaché à l’officine hospitalière ;
- le personnel doit être effectivement affecté à la pratique de la pharmacie clinique centrée sur le patient ;
- à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, les activités réalisées doivent être rapportées, après approbation du Comité Médico-Pharmaceutique, sur la base d’un schéma standard mis à disposition ;
- des indicateurs de structure, de processus et de résultat sont utilisés afin de mesurer l’implémentation de la pharmacie clinique.

Les experts du réseau des comités médico-pharmaceutiques, en collaboration avec le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, accompagnent et suivent le développement de la pharmacie clinique.

Le financement est calculé comme suit : 0,25 ETP par tranche entamée de 200 lits agréés avec un maximum de 2 ETP et à concurrence de 85.000 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2014) par ETP.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés de l’ensemble de l’hôpital tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]

#### Sous-section 11. - Sous-partie B6 du budget

[(14) **Art. 76.**] Onderdeel B6 van het budget wordt vastgesteld op de waarde op 30 juni 2002.

Niettemin, voor wat betreft de uitgaven van prestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek voor wie in de collectieve arbeidsovereenkomsten afgesloten in de bevoegde paritaire commissie of protocolakkoorden afgesloten in de bevoegde overlegcomités voorzien door de wet van 19 december 1974 dewelke de relaties tussen publieke overheden en de vakbonden met betrekking tot deze overheid regelt, zijn de bepalingen van [(14) artikel 79,] van dit besluit mutatis mutandis van toepassing op onderdeel B6.

## Onderafdeling 12. – Onderdeel B7 van het budget

[(14) **Art. 77.**] [(52) § 1. 1° het onderdeel B7A is de optelling van de budgetten A, B, C en D die hieronder gedefinieerd worden :

A stemt overeen met een budget van 32.032.755 euro (index op 1 juli 2019) toegekend teneinde de kosten te dekken die rechtstreeks toerekenbaar zijn aan de universitaire opdracht van de universitaire ziekenhuizen, aangesteld door het koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot aanwijzing van ziekenhuizen als universitair ziekenhuis, volgens het hieronder vermelde bedrag ten aanzien van het erkenningsnummer van elk ziekenhuis:

Erkenningsnummer	Bedrag in euro
143	3.581.854
300	2.984.905
322	8.584.112
403	5.121.645
406	4.249.053
670	4.353.476
707	3.157.710

1. De toekenning van deze financiering is ondergeschikt aan het respecteren van de hieronder geformuleerde voorwaarden met betrekking tot wetenschappelijke publicaties die betrekking hebben op het toegepast klinisch onderzoek.

De universitaire ziekenhuizen moeten minimaal 3 publicaties per 10 bedden realiseren over een periode van 3 jaar die vooraafgaat aan het dienstjaar waarvoor het budget wordt vastgelegd. Tevens dient een minimum van 4 publicaties in het domein van ten minste 10 verschillende medische specialismen over de beschouwde periode te worden gerealiseerd. De publicaties die hiervoor in aanmerking komen zijn publicaties in de tijdschriften opgenomen in de Science Citation Index (SCI) van de Web of Science (WoS) van het Institute of Scientific Information (ISI) en waarvan één of meerdere medische stafleden van het ziekenhuis (co-) auteur is.

B stemt overeen met een budget van 76.878.612 euro (index op 1 juli 2019) toegekend teneinde de kosten te dekken die onrechtstreeks voortvloeien uit de universitaire opdracht van de bovenvermelde universitaire ziekenhuizen, volgens het hieronder vermelde bedrag ten aanzien van het erkenningsnummer van elk ziekenhuis:

[(14) **Art. 76.**] La sous-partie B6 du budget est fixée à sa valeur au 30 juin 2002.

Cependant, en ce qui concerne la dispense de prestations dans le cadre de la problématique de fin de carrière prévue par les conventions collectives de travail conclues au sein de la commission paritaire compétente ou les protocoles d'accords conclu au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de cette autorité, les dispositions de [(14) l'article 79,] du présent arrêté sont, mutatis mutandis, applicables pour la sous-partie B6.

## Sous-section 12. - Sous-partie B7 du budget

[(14) **Art. 77.**] [(52) § 1er. 1° La sous-partie B7A est l'addition des budgets A, B, C et D définis ci-dessous :

A représente un budget de 32.032.755 euros (index au 1<sup>er</sup> juillet 2019) attribué afin de couvrir des frais directement attribuables à la mission universitaire aux hôpitaux universitaires, désignés par l'arrêté royal du 10 août 2005 désignant des hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire, selon le montant repris au regard du numéro d'agrément de chaque hôpital ci-dessous :

Nr erkenningsnummer	Bedrag in euro's
143	3.581.854
300	2.984.905
322	8.584.112
403	5.121.645
406	4.249.053
670	4.353.476
707	3.157.710

L'attribution de ce financement est subordonnée au respect des conditions énoncées ci-dessous relatives aux publications scientifiques ayant trait à la recherche clinique appliquée.

Les hôpitaux universitaires doivent réaliser minimum 3 publications par 10 lits sur une période de 3 ans qui précède l'exercice pour lequel le budget est fixé. Un minimum de 4 publications portant sur au moins 10 spécialités médicales différentes sur la période considérée doivent aussi être réalisées. Les publications qui entrent ici en considération sont les publications reprises dans le Science Citation Index (SCI) du Web of Science (WoS) de l'Institute of Scientific Information (ISI) et dont un ou plusieurs membres du staff médical de l'hôpital sont (co-)auteurs.

B représente un budget de 76.878.612 euros (index au 1<sup>er</sup> juillet 2019) attribué afin de couvrir les frais indirectement attribuables à la mission universitaire aux hôpitaux universitaires susmentionnés, selon le montant repris au regard du numéro d'agrément de chaque hôpital ci-dessous :

Erkenningsnummer	Bedrag in euro
143	7.798.900
300	6.936.140
322	20.645.451
403	11.074.753
406	9.706.900
670	11.444.322
707	9.272.145

C stemt overeen met een budget van 13.647.002 euro (index op 1 juli 2019) verdeeld onder de bovenvermelde universitaire ziekenhuizen in functie van een verdeelsleutel die gelijk is aan  $T \times N$ ,

waar :

$T$  = het relatieve aandeel uitgedrukt in percentage van de sociale patronale lasten, desgevallend beperkt teneinde de equivalente sociale voordelen te bereiken in verhouding tot de brutoverloning van de gesalarieerde artsen opgenomen onder  $N$ , gewogen naargelang van de categorie van geneesheer met name de contractuele geneesheer, de statutaire geneesheer en de geneesheer van openbaar ambt met uitzondering van de assistent-geneesheren ;

$N$  = het aantal gesalarieerde geneesheren uitgedrukt in aantal voltijdse equivalenten gedurende het laatst gekende jaar voor hetwelk de patronale bijdragen werden betaald, en die behoren tot de categorieën van de contractuele geneesheren, de statutaire geneesheren en de geneesheren van openbaar ambt, met uitzondering van de assistent-geneesheren.

Om deze financiering te genieten, dienen de betrokken ziekenhuizen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, de lijst van de geneesheren bedoeld in punt T te bezorgen met vermelding van de naam, nationaal nummer, arbeidstijd uitgedrukt in 11den en het aantal maanden tijdens welke ze in dienst zijn.

D stemt overeen met een budget van 1.096.619,01 euro (index op 1 juli 2019) toegekend aan elk van de bovenvermelde ziekenhuizen voor wat betreft de erkende uitrusting op basis van de koninklijk besluit van 25 oktober 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend.

2° Teneinde het voordeel van deze financiering te behouden, naast de specifieke voorwaarden hernoem onder 1°, moeten de ziekenhuizen voldoen aan de volgende voorwaarden:

- de voorwaarden gedefinieerd in bijlage 12 respecteren.
- en elke 3 jaar, ten laatste op 1 maart 2021, aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een lijst communiceren die de referenties herneemt van de wetenschappelijke publicaties vermeld in het budget A hierboven. ]]

Erkenningsnummer	Bedrag in euro
143	7.798.900
300	6.936.140
322	20.645.451
403	11.074.753
406	9.706.900
670	11.444.322
707	9.272.145

C représente un budget de 13.647.002 euros (index au 1<sup>er</sup> juillet 2019) réparti entre les hôpitaux universitaires susmentionnés en fonction d'une clé de répartition égale à  $T \times N$ ,

où :

$T$  = la part relative exprimée en pourcentage des charges sociales patronales, le cas échéant limitées afin d'atteindre des avantages sociaux équivalents, par rapport aux rémunérations brutes des médecins salariés repris sous  $N$ , pondéré selon la catégorie de médecin notamment le médecin contractuel, le médecin statutaire et le médecin de la fonction publique à l'exclusion des médecins assistants ;

$N$  = le nombre de médecins salariés, exprimés en nombre d'équivalents temps plein, durant la dernière année connue pour lesquels des cotisations patronales ont été payées et appartenant aux catégories des médecins contractuels, des médecins statutaires et des médecins de la fonction publique à l'exclusion des médecins assistants.

Pour bénéficier de ce financement, les hôpitaux concernés doivent faire parvenir au SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, la liste des médecins visés au point T, avec mention de leur nom, prénom, numéro national, de leur temps de travail exprimée en 11èmes du nombre de mois durant lequel ils ont été occupés.

D représente un montant de 1.096.619,01 euros (index au 1<sup>er</sup> juillet 2019) attribué à chacun des hôpitaux susmentionnés pour ce qui concerne les équipements agréés sur base de l'arrêté royal du 25 octobre 2006 fixant les normes auxquelles un service où un tomographe à résonance magnétique est installé doit répondre pour être agréé.

2° Afin de conserver l'avantage de ce financement, outre les conditions spécifiques reprises sous 1°, les hôpitaux universitaires susmentionnés doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- respecter les conditions définies dans l'annexe 12
- et communiquer au SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, tous les trois ans, au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2021, une liste reprenant les références des publications scientifiques mentionnées dans le budget A ci-dessus. ]]

[(32) [(34) § 1/1. Vanaf 1 juli 2014 wordt 80 % van de bedragen bedoeld in bijlage 16, § 2, zoals vermeld bij hun benaming, toegekend aan de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1.]

**§ 1/2.** De kosten die voortvloeien uit de situaties beschreven in artikel 47ter, § 1, a), voor patiënten die niet tot één van de verzekeringsinstellingen behoren bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zullen, voor het jaar 2013, door het ziekenhuis bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1. bezorgd worden aan FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en zullen worden toegekend aan de betrokken ziekenhuizen in het kader van de vergoeding die voortvloeit uit de herziening van het budget van financiële middelen [(33) [(34) voor dienstjaar 2014 en volgende.]]

**§ 1/3.** [(34) Vanaf een datum te bepalen door de Koning] zullen de budgetten bedoeld in § 1/1. en § 1/2. verdeeld worden onder de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1., volgens de modaliteiten te bepalen door de Koning, waarbij bij voorrang wordt gedaald op de activiteiten op het vlak van oncologie, hematologie en reumatologie.]

**§ 2.** Onderdeel B7B wordt vanaf 1 juli 2002 op de volgende wijze vastgesteld :

$$B7B = A + B + C \quad [(52) \text{ opgeheven}]$$

waarbij:

A = het budgetverschil overeenstemmend met het verschil tussen de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten die op 30 juni 2002 toegekend zouden worden, als men de bepalingen van artikel 46 van dit besluit zou toepassen; [(4) het deel van het verschil van het budget, overgebracht op 1 juli 2002, overeenstemmend met de bijkomende punten voor de diensten C, D en E wordt overgebracht naar het onderdeel B2.]

B = de vermindering van het budget bedoeld in artikel 42, §8, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 op zijn waarde op 30 juni 2002;

C = de waarde op 30 juni 2002 van de financiering toegekend bij toepassing van artikel 48, §14, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986;

[(52) opgeheven]

[(49) [(52) opgeheven]

Om het voordeel van de in C bedoelde financiering te behouden, moeten de betrokken ziekenhuizen aan de voorwaarden van bijlage 12 van dit besluit voldoen.]

[(39) [(49) § 3. Vanaf 1 januari 2019, wordt een bedrag van 2.198.316,73 euro (waarde op 1 juli 2018) in mindering gebracht van het berekende bedrag volgens de bepalingen van § 2 en dit wordt verdeeld onder de betrokken ziekenhuizen pro rata het bedrag waarover ze beschikken in toepassing van § 2 op 1 januari 2019.]]

### Onderafdeling 13. Onderdeel B8 van het budget

[(32) [(34) § 1/1. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, 80 % des montants visés dans l'annexe 16, § 2, repris au regard de leur dénomination sont octroyés aux hôpitaux visés à l'article 7, 2°, g), 1.]

**§ 1/2.** Les coûts découlant des situations décrites à l'article 47ter, § 1<sup>er</sup>, a), liés à des patients ne relevant pas d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, seront, en ce qui concerne l'année 2013, transmis par l'hôpital visé à l'article 7, 2°, g), 1. au SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et seront octroyés aux hôpitaux concernés dans le cadre de l'indemnisation résultant de la révision du budget des moyens financiers relative [(33) [(34) à l'année 2014 et suivantes.]]

**§ 1/3.** [(34) A partir d'une date à définir par le Roi], les budgets visés aux § 1/1. et § 1/2. sont répartis entre les hôpitaux, visés à l'article 7, 2°, g), 1., selon des modalités à définir par le Roi, pour cibler en priorité les activités d'oncologie, d'hématologie et de rhumatologie.]

**§ 2.** La sous-partie B7B est fixée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2002 de la manière suivante :

$$B7B = A + B + C \quad [(52) \text{ abrogé}]$$

où:

A = la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés au 30 juin 2002 si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 du présent arrêté ; [(4) la partie de la différence de budget, transférée au 1<sup>er</sup> juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transférée vers la sous-partie B2.]

B = la diminution de budget visée à l'article 42, §8, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002

C = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, §14, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 ;

[(52) abrogé]

[(49) [(52) abrogé]]

Pour conserver le bénéfice du financement prévu au C, les hôpitaux concernés doivent respecter les conditions reprises à l'annexe 12 du présent arrêté.]

[(39) [(49) § 3. Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, un montant de 2.198.316,73 euros (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2018) est diminué du montant calculé selon les dispositions du § 2 et est réparti entre les hôpitaux concernés au prorata du montant dont ils disposent en application du § 2 au 1<sup>er</sup> janvier 2019.]]

### Sous-section 13. - Sous-partie B8 du budget

[(14) **Art. 78.**] Onderdeel B8 wordt op volgende manier vastgesteld:

[(16) 1º Een bedrag van 18.908.034,57 euro (index 1 juli 2007) wordt verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden.

a) Op 1 juli 2007 wordt het volledige beschikbare bedrag overeenkomstig de volgende modaliteiten verdeeld.

1. Voor elk ziekenhuis worden de volgende ratio's berekend :

- 1.1. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die aan de voorwaarden voldoen om de sociale maximumfactuur te genieten in verhouding tot het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die vallen onder de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1;
- 1.2. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die de maximumfactuur lage inkomens genieten en die alleenstaand zijn, in verhouding tot het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die vallen onder de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1;
- 1.3. ratio van het aantal dossiers van personen zonder onderstandsdomicilie waarvan de hospitalisatiekosten door de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie terugbetaald worden aan de OCMW's ten opzichte van het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie van die patiënten .
- 1.4. Indien de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1 of de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie, voor een specifiek ziekenhuis, de gegevens bedoeld in de punten a), b) en/of c) niet kunnen verstrekken, richt de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zich rechtstreeks tot het betreffende ziekenhuis om de ontbrekende gegevens te verkrijgen. Indien de ontbrekende gegevens niet kunnen verkregen worden, wordt een onderdeel B8, 1º, aan dit ziekenhuis toegekend, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel, waarbij het bedrag overeenstemt met het bovenbedoeld beschikbaar bedrag, gedeeld door het totaal aantal erkende bedden van het geheel van de begunstigde ziekenhuizen en vermenigvuldigd met het aantal erkende bedden van het desbetreffende ziekenhuis.

2. De drie hierboven vermelde radio's worden als volgt gewogen :

- ratio onder 1.1. : met 0,25
- ratio onder 1.2. : met 0,66
- ratio onder 1.3. : met 1,00.

De radio's worden na weging opgeteld om een score te vormen.

[(14) **Art. 78.**] La sous-partie B8 du budget est fixée de la manière suivante :

[(16) 1º Un montant de 18.908.034,57 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) est réparti entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés.

a) Au 1<sup>er</sup> juillet 2007, 100 % du montant disponible est réparti selon les modalités suivantes.

1. Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

- 1.1. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1er ;
- 1.2. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup> ;
- 1.3. ratio du nombre de dossiers des personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale de ces patients.
- 1.4. Si les organismes assureurs repris à l'article 99, § 1er, ou le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale ne peuvent fournir, pour un hôpital particulier, les données visées aux points a), b) et/ou c), le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement s'adresse directement auprès de l'hôpital concerné pour obtenir les données manquantes. A défaut de pouvoir obtenir ces données manquantes, une sous-partie B8, 1º, est attribuée à cet hôpital, s'il a antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique, dont le montant correspond au budget disponible susvisé divisé par le total des lits agréés de l'ensemble des hôpitaux bénéficiaires et multiplié par le nombre de lits agréés de l'hôpital concerné.

2. Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :

- ratio sous 1.1. : par 0,25
- ratio sous 1.2. : par 0,66
- ratio sous 1.3. : par 1,00.

Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score.

De ziekenhuizen worden naar afnemende waarde van de verkregen score gerangschikt.

3. Het beschikbare budget wordt als volgt verdeeld:

- 60 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.1.,
- 25 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.2.,
- 15 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.3.

Het budget wordt onder de ziekenhuizen met een score hoger dan de mediaan verdeeld op basis van het totale aantal van deze gevallen welke in aanmerking genomen werden in de berekening van elke voormelde ratio.

**[(21) b)** Op 1 juli 2008 wordt 75 % van het beschikbare budget verdeeld overeenkomstig de in punt a) beschreven regel.

Op 1 juli 2009 wordt 50 % van het beschikbare budget verdeeld overeenkomstig de in punt a) beschreven regel.

Vanaf 1 juli 2010 wordt 50 % van het beschikbare budget verdeeld overeenkomstig de in punt a) beschreven regel op basis van de laatste gegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn.

Het saldo van het beschikbare budget wordt onder alle ziekenhuizen verdeeld per variabele, gedefinieerd in bijlage 17 bij dit besluit, in verhouding tot het nationale totaal overeenkomstig de volgende formule:

$$S \times \sum_j X_j \times \beta_j / \sum_j Y_j \times \beta_j$$

waarbij:

S = te verdelen bedrag;

X<sub>j</sub> = aantal opnamen van het ziekenhuis voor de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17;

Y<sub>j</sub> = aantal opnamen van het Rijk voor de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17;

β<sub>j</sub> = geraamde parameter van de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17.

Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, wordt een onderdeel B8, 1°, toegekend, waarvan het bedrag overeenkomt met de waarde op 30 juni 2008, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel.

Vanaf 1 juli 2010 wordt het bedrag, berekend in toepassing van de in punt b) bepaalde berekeningsmodaliteiten van het saldo, vastgesteld op zijn waarde van 30 juni 2010.

### c) [(24) opgeheven]

De ziekenhuizen moeten [(24 opgeheven] elk jaar aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een rapport bezorgen waaruit de besteding van de middelen ten gunste van de doelgroep blijkt.]

**[(25) 2°** Om rekening te houden met de specifieke taalproblemen en de culturele kenmerken van de opgenomen patiënten, wordt een bedrag van 1.330.366,22 euro (index 01/01/2005) verdeeld onder de acute en psychiatrische ziekenhuizen die op vrijwillige basis vragen om een intercultureel bemiddelaar of een coördinator interculturele bemiddeling in

Les hôpitaux sont classés selon la valeur décroissante du score obtenu.

Le budget disponible est réparti comme suit :

- 60 % pour les cas relevant du ratio sous 1.1.,
- 25 % pour les cas relevant du ratio sous 1.2.,
- 15 % pour les cas relevant du ratio sous 1.3.

La répartition du budget entre les hôpitaux dont le score est plus élevé que la médiane est effectuée sur base du nombre de leur cas pris en compte dans le calcul de chaque ratio ci-dessus.

**[(21) b)** Au 1<sup>er</sup> juillet 2008, 75 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a).

Au 1<sup>er</sup> juillet 2009, 50 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a).

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010, 50 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a) sur base des dernières données connues par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le solde du budget disponible est réparti, entre tous les hôpitaux par variable définie dans l'annexe 17 au présent arrêté, par rapport au total national suivant la formule suivante :

$$S \times \sum_j X_j \times \beta_j / \sum_j Y_j \times \beta_j$$

où:

S = montant à répartir ;

X<sub>j</sub> = nombre d'admissions de l'hôpital pour la variable explicative j, telle que définie dans l'annexe 17 ;

Y<sub>j</sub> = nombre d'admissions du Royaume pour la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17 ;

β<sub>j</sub> = paramètre estimé de la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17.

Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2, une sous-partie B8, 1°, est attribuée, dont le montant correspond à la valeur au 30 juin 2008, s'ils ont antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010, le montant calculé en application des modalités de calcul du solde définies dans le point b), est fixé à sa valeur au 30 juin 2010.

### c) [(24) abrogé]

Les hôpitaux doivent [(24) abrogé] envoyer chaque année, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, un rapport attestant l'affectation des moyens au profit du groupe cible.]

**[(25) 2°** En vue de prendre en compte les problèmes spécifiques des langues et les caractéristiques culturelles des patients hospitalisés, un montant maximum de 1.330.366,22 euros (index 01/01/2005) est réparti entre les hôpitaux aigus et les hôpitaux psychiatriques qui, sur une base volontaire, demandent à engager un médiateur interculturel

dienst te mogen nemen, die het ziekenhuis bijstaat wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de voornoemde patiënten.

Deze ziekenhuizen worden na advies van de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geselecteerd door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, volgens een rangschikking opgesteld overeenkomstig de volgende criteria:

- het aantal opnamen van onderdanen van een andere Staat dan een Lidstaat van de Europese Unie;
- het aantal opnamen van onderdanen van een Lidstaat van de Europese Unie met uitzondering van het Koninkrijk België;
- voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars of een coördinator interculturele bemiddeling gefinancierd worden : de resultaten van een evaluatie van hun activiteiten door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling.

De functie van intercultureel bemiddelaar kan worden vervuld door een persoon die aan de volgende voorwaarden beantwoordt :

- a) of houder zijn van een universitair diploma of van een diploma van het hoger onderwijs van het lange type in een van de volgende vakgebieden : geneeskunde, een paramedische discipline, psychologie, antropologie, filologie, sociologie, tolk- en vertaalwetenschappen. Bovendien moet hij een theoretische opleiding gevolgd hebben in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg of een begeleide beroepservaring van minimaal 2 jaar kunnen bewijzen in hetzelfde domein,
- b) houder of zijn van een diploma van hoger onderwijs van het korte type in een sociale of paramedische richting. Bovendien moet hij een theoretische opleiding gevolgd hebben in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg of een begeleide beroepservaring van minimaal 2 jaar kunnen bewijzen in hetzelfde domein,
- c) of houder zijn van een diploma van het hoger secundair onderwijs aangevuld met een attest van een specifieke en erkende opleiding tot intercultureel bemiddelaar in de gezondheidszorg of een andere specifieke en erkende opleiding in de domein van de interculturele bemiddeling gelijkgesteld aan het hoger secundair technisch onderwijs en met een begeleide praktijkervaring. Of houder zijn van een attest van een specifieke en erkende opleiding in het domein van de interculturele bemiddeling gelijkgesteld aan het hoger secundair onderwijs met een bewezen beroepservaring in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg en een regelmatige deelname aan de vormings- en supervisiebijeenkomsten georganiseerd door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling gedurende een periode van minimaal 2 jaar.

Een essentiële voorwaarde die geldt voor de drie beschreven profielen (a, b, c) is dat een interculturele bemiddelaar, naast één

ou un coordinateur en matière de médiation interculturelle, qui assiste l'hôpital concernant les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec les patients précités.

Les hôpitaux sont sélectionnés, après avis de la cellule de coordination "Médiation interculturelle" du SPF Affaires sociales, Santé publique et l'Environnement, par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, selon un classement établi d'après les critères suivants:

- le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne ;
- le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne à l'exception du Royaume de Belgique ;
- pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels ou d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle financé: les résultats d'une évaluation de leurs activités effectuée par la Cellule de coordination Médiation interculturelle.

La fonction de médiateur interculturel peut être occupée par une personne répondant aux conditions suivantes :

- a) soit être titulaire d'un diplôme universitaire ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long dans une des disciplines suivantes : médecine, une discipline paramédicale, psychologie, anthropologie, philologie, sociologie, traduction et interprétation. En outre, elle doit avoir suivi une formation théorique dans le domaine de la médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé ou elle doit pouvoir justifier une expérience professionnelle encadrée d'au moins deux ans dans le même domaine,
- b) soit être titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court dans les orientations sociale ou paramédicale. Elle doit avoir suivi une formation théorique dans le domaine de la médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé ou elle doit pouvoir justifier une expérience professionnelle encadrée d'au moins deux ans dans le même domaine,
- c) soit être porteur d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, complété par un certificat de formation spécifique et reconnu de médiateur interculturel dans le domaine des soins de santé ou d'une autre formation spécifique reconnue dans le secteur de la médiation interculturelle, équivalent au diplôme de l'enseignement technique secondaire supérieur, et avec une expérience pratique encadrée. Soit être titulaire d'un certificat de formation spécifique reconnu dans le secteur de la médiation interculturelle équivalent au diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et justifier une expérience professionnelle dans le domaine de la médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé et une participation régulière aux réunions de formation et de supervision organisées par la Cellule de coordination Médiation interculturelle pendant une période d'au moins 2 ans.

Une condition essentielle valant pour les trois profils décrits (a, b, c) est qu'un médiateur interculturel maîtrise, en plus de

van de nationale talen, tenminste één taal van één van de doelgroepen beheert. De doelgroepen zijn de verschillende groepen allochtonen die een gemiddeld lage sociaal-economische status hebben en die zich in een achterstandspositie bevinden, evenals de doven en gehoorgestoorden die zich in een doventaal uitdrukken. Voor coördinatoren interculturele bemiddeling geldt niet dat ze een taal van een van de doelgroepen moeten beheersen.

De leidinggevend ambtenaar kan na advies van de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling afwijkingen van de diplomavereisten toestaan. Dat gebeurt enkel wanneer het onmogelijk gebleken is om een kandidaat te vinden en in dienst te nemen die aan de diplomavereisten voldoet. Om een afwijking aan te vragen richt het ziekenhuis een brief t.a.v. de Directeur-generaal, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen, waarin men:

- medeelt welke strategieën men gevuld heeft om een geschikte kandidaat te vinden;
- een beschrijving geeft van de diploma's en mogelijk ook beroepservaring van de kandidaat intercultureel bemiddelaar of coördinator interculturele bemiddeling op grond waarvan men overtuigd is dat de betrokken voor de functie geschikt is;
- een beschrijving geeft van het traject dat de betrokken zal volgen om in de toekomst wel aan de gestelde diplomavereisten te voldoen. Wanneer de kandidaat intercultureel bemiddelaar of coördinator interculturele bemiddeling in dat verband reeds met een opleiding gestart is, moet dit door middel van een attest van aanwezigheid verstrekt door de onderwijsinstelling geattesteerd worden.

De dossiers m.b.t. de kandidatuur van de ziekenhuizen moeten voor 15 januari van het burgerlijk jaar van vaststelling van het budget worden toegestuurd aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Organisatie Gezondheidszorg-voorzieningen.

Ze dienen de volgende gegevens te omvatten:

- 1) het aantal opnamen van onderdanen van een andere staat dan een Lidstaat van de Europese Unie;
- 2) het aantal opnamen van onderdanen van een Lidstaat van de Europese Unie met uitzondering van het Koninkrijk België;
- 3) het type interculturele bemiddelaar (profiel a, b, of c, cf. supra) of coördinator interculturele bemiddeling (profiel a, b, of c) dat men in dienst wenst te nemen evenals de aanstellingsgraad;
- 4) enkel voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars gefinancierd worden: een verslag van de activiteiten van de interculturele bemiddelaars in het ziekenhuis;
- 5) enkel voor de ziekenhuizen waar reeds coördinatoren interculturele bemiddeling gefinancierd worden: een verslag van de activiteiten van deze coördinatoren, evenals van de externe of interne tolken, of interculturele bemiddelaars waarop ze in het kader van hun activiteiten een beroep hebben gedaan.

l'une des langues nationales, au moins une des langues de l'un des groupes-cibles. Les groupes-cibles sont les différents groupes allochtones de statut socio-économique peu élevé en moyenne et se trouvant dans une position défavorisée, ainsi que les sourds et les malentendants qui s'expriment en langue des signes. En ce qui concerne les coordinateurs en matière de médiation interculturelle, la condition précitée selon laquelle ils doivent maîtriser une langue de l'un des groupes cibles n'est pas d'application.

Des dérogations à ces exigences en matière de diplôme peuvent être autorisées par le fonctionnaire dirigeant après avis de la Cellule de coordination Médiation interculturelle. Cela se passe uniquement lorsqu'il s'est avéré impossible de trouver et d'engager un candidat qui répond aux exigences en matière de diplôme. En vue de demander une dérogation, l'hôpital envoie une lettre au Directeur général, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des Etablissements de soins, dans laquelle il:

- communique quelles stratégies ont été suivies en vue de trouver un candidat approprié ;
- donne une description des diplômes et éventuellement également de l'expérience professionnelle du candidat médiateur interculturel ou coordinateur en matière de médiation interculturelle, sur la base de laquelle il est convaincu que la personne en question convient pour la fonction ;
- donne une description du trajet que la personne concernée suivra afin de répondre, à l'avenir, aux exigences posées en matière de diplôme. Lorsque le candidat médiateur interculturel ou coordinateur en matière de médiation interculturelle a déjà entamé une formation dans ce domaine, celle-ci doit être attestée au moyen d'une attestation de présence délivrée par l'établissement d'enseignement.

Les dossiers relatifs à la candidature des hôpitaux doivent être envoyés au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Organisation des Etablissements de soins, pour le 15 janvier de l'année civile au cours de laquelle le budget est fixé.

Ils doivent comporter les données suivantes :

- 1) le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne;
- 2) le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à l'exception du Royaume de Belgique ;
- 3) le type de médiateur interculturel (profil a, b ou c, cf. supra) ou de coordinateur en matière de médiation interculturelle (profil a, b ou c) que l'on souhaite recruter ainsi que le taux d'utilisation ;
- 4) uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels financés: un rapport sur les activités des médiateurs interculturels au sein de l'hôpital ;
- 5) uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de coordinateurs en matière de médiation interculturelle financés: un rapport sur les activités de ces coordinateurs, ainsi que sur les interprètes internes et externes, ou des médiateurs interculturels auxquels ils ont fait appel dans le cadre de leurs activités.

De Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling zal richtlijnen voor het opstellen van de verslagen genoemd onder 4 en 5 aan de betrokken ziekenhuizen meedelen.

Ziekenhuizen kunnen drie types aanvragen indienen :

- 1) Een aanvraag voor het aanstellen van een intercultureel bemiddelaar: Voor interculturele bemiddelaars geldt als een absolute voorwaarde dat de betrokkenen een taal van één van de doelgroepen beheerst. Er kan een interculturele bemiddelaar gefinancierd worden op voorwaarde dat er een voldoende hoog aantal allochtone (of leden van hun familie) patiënten in het ziekenhuis opgenomen wordt, en (voor ziekenhuizen waar reeds een initiatief loopt) er een voldoende hoog aantal kwalitatief hoogstaande interventies plaatsvindt. Interculturele bemiddelaars moeten minimaal aan  $\frac{3}{4}$  van de supervisie- en vormingsbijeenkomsten georganiseerd door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling deelnemen.
- 2) Een aanvraag voor het aanstellen van een coördinator interculturele bemiddeling: er kan een coördinator interculturele bemiddeling gefinancierd worden op voorwaarde dat er een voldoende hoog aantal allochtone patiënten in het ziekenhuis opgenomen wordt, en (voor ziekenhuizen waar reeds een initiatief loopt) er een voldoende hoog aantal kwalitatief hoogstaande interventies plaatsvindt uitgevoerd door de coördinator zelf, interne of externe tolken of interculturele bemiddelaars die onder leiding van de betrokken coördinator werken. Een bedrag dat overeenstemt met maximaal 0,4 VTE kan toegekend worden op voorwaarde dat er maandelijks in een algemeen ziekenhuis minimaal 20 interventies door interne of externe tolken of externe interculturele bemiddelaars gerealiseerd worden, of wanneer er ten minste 1 VTE interculturele bemiddelaar in de instelling in dienst is die door de betrokken coördinator begeleid wordt.

In psychiatrische instellingen volstaan 10 interventies per maand. Interculturele bemiddelaars die door het ziekenhuis aangeworven worden via andere middelen dan de budget van financiële middelen dienen aan dezelfde criteria te voldoen als de interculturele bemiddelaars die met dit mechanisme gefinancierd worden. Wanneer dat niet het geval is (en wanneer er geen afwijking van het gevraagde profiel toegestaan werd), kunnen ze niet in aanmerking genomen worden voor de toekenning van een coördinator interculturele bemiddeling. Ook moeten ze deelnemen aan minimaal  $\frac{3}{4}$  van de supervisie- en vormingsbijeenkomsten georganiseerd door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling.

- 3) Een aanvraag voor de financiering van een coördinator interculturele bemiddeling en een intercultureel bemiddelaar: Het toegekende VTE voor beide functies samen stemt overeen met het VTE dat voor een aanvraag van een intercultureel bemiddelaar (cf. 1) toegekend zou worden. Daarbij kan maximaal 0,4 VTE coördinatiefunctie toegekend worden. Voor een ziekenhuis waar het initiatief reeds loopt kan deze financiering enkel behouden worden wanneer er of 1 VTE intercultureel bemiddelaar in het ziekenhuis werkt, of wanneer er een 0,5 VTE interculturele bemiddelaar in dienst is en er daarnaast in algemene ziekenhuizen minimaal 10 interventies (voor psychiatrische instellingen 5) per maand uitgevoerd worden door de coördinator zelf, interne of externe tolken, of externe interculturele bemiddelaars.

Des directives pour la rédaction des rapports visés aux points 4 et 5 seront communiquées par la Cellule de coordination Médiation interculturelle.

Les hôpitaux peuvent introduire trois types de demandes :

- 1) Une demande de désignation d'un médiateur interculturel. Pour les médiateurs interculturels, la maîtrise d'une langue de l'un des groupes cibles constitue une condition absolue. Un médiateur interculturel peut être financé pour autant que l'hôpital compte un nombre suffisamment important de patients allochtones (ou membres de leur famille) et (pour les hôpitaux où une initiative est déjà en cours) que l'on y recense un nombre suffisant d'interventions qualifiées. Les médiateurs interculturels doivent participer au minimum à  $\frac{3}{4}$  des réunions de supervision et de formation organisées par la Cellule de coordination Médiation interculturelle.
- 2) Une demande de désignation d'un coordinateur en médiation interculturelle: un coordinateur en matière de médiation interculturelle peut être financé pour autant que l'hôpital compte un nombre suffisamment important de patients allochtones et (pour les hôpitaux où une initiative est déjà en cours) que l'on y recense un nombre suffisant d'interventions qualifiées effectuées par le coordinateur lui-même, des interprètes internes ou externes ou des médiateurs interculturels travaillant sous la direction du coordinateur en question. Un montant correspondant à maximum 0,4 ETP peut être octroyé à condition que l'hôpital général recense mensuellement au moins 20 interventions effectuées par des interprètes internes ou externes ou par des médiateurs interculturels externes ou que l'établissement occupe au moins 1 ETP médiateur interculturel encadré par le coordinateur concerné.

Pour les établissements psychiatriques, 10 interventions par mois suffisent. Les médiateurs interculturels recrutés par l'hôpital par d'autres moyens que le budget des moyens financiers doivent satisfaire aux mêmes critères que les médiateurs interculturels financés au moyen de ce mécanisme. Si tel n'est pas le cas (et si aucune dérogation n'a été accordée en ce qui concerne le profil demandé), ils ne peuvent être pris compte pour l'octroi d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle. En outre, ils doivent participer au minimum à  $\frac{3}{4}$  des réunions de supervision et de formation organisées par la Cellule de coordination Médiation interculturelle.

- 3) Une demande de financement d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle et d'un médiateur interculturel: le nombre d'ETP attribué pour les deux fonctions correspond au nombre d'ETP attribué dans le cadre d'une demande de médiateur interculturel (cf. 1). A cet égard, au maximum 0,4 ETP peut être octroyé pour une fonction de coordination. Pour un hôpital où l'initiative est déjà en cours, ce financement ne peut être maintenu qu'à la condition suivante : soit l'hôpital occupe 1 ETP médiateur interculturel, soit l'hôpital occupe 0,5 ETP médiateur interculturel et on y recense en outre, s'il s'agit d'un hôpital général, au moins 10 interventions (5 pour les hôpitaux psychiatriques) effectuées chaque mois par le coordinateur lui-même, par des interprètes internes ou externes ou par des médiateurs interculturels externes.

Het onderdeel B8 van het budget van de geselecteerde ziekenhuizen wordt verhoogd met een forfaitair bedrag per VTE van maximaal :

- 39.910,99 euro (index 01/01/2005) voor de personen bedoeld onder punt a),
- 37.250,25 euro (index 01/01/2005) voor de personen bedoeld onder punt b),
- 31.928,79 euro (index 01/01/2005) voor de personen bedoeld onder punt c),

op basis van :

- het kandidatuurdossier;
- enkel voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars actief zijn: de resultaten van een evaluatie van de bemiddelingsactiviteiten in de betrokken ziekenhuizen uitgevoerd door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling;
- het advies van de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling van de hiervoor genoemde Federale Overheidsdienst.

De toegekende middelen mogen door de betrokken ziekenhuizen enkel gebruikt worden voor het in dienst nemen van interculturele bemiddelaars en coördinatoren interculturele bemiddeling. Binnen de instellingen moeten voor deze personen de functienamen ‘intercultureel bemiddelaar’ en ‘coördinator interculturele bemiddeling’ gebruikt worden. De taakinvulling van de ‘interculturele bemiddelaars’ en ‘coördinatoren interculturele bemiddeling’ moet in overeenstemming zijn met het takenpakket voor deze personen zoals beschreven op de webpagina’s van site van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het totale bedrag dat voor het aanwerven van coördinatoren interculturele bemiddeling uitgegeven kan worden, is beperkt tot 345.895,22 euros (index 01/01/2005).]

[(21) opgeheven]

#### **[(14) Onderafdeling 14. Onderdeel B9 van het budget ]**

[(16) **Art. 79.** Vanaf 1 oktober 2005 wordt, teneinde in alle ziekenhuizen de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, onderdeel B9 verhoogd met een bedrag om die bijhorende kosten te dekken.]

#### **1° Définitions**

Voor de toepassing van dit lid dient men te verstaan onder :

‘eindeloopbaanmaatregelen’: de maatregelen genomen in het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

‘personnelsleden’ : het verplegend en verzorgend personeel in de zin van artikel 8, 7° en 8°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Onder verzorgend personeel

La sous-partie B8 du budget des hôpitaux sélectionnés est augmentée d'un montant forfaitaire maximum par ETP de:

- 39.910,99 euros (index 01/01/2005) pour les personnes visées au point a),
- 37.250,25 euros (index 01/01/2005) pour les personnes visées au point b),
- 31.928,79 euros (index 01/01/2005) pour les personnes visées au point c),

sur la base :

- du dossier de candidature ;
- uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels en activité : des résultats d'une évaluation des activités de médiation au sein des hôpitaux concernés effectuée par la Cellule de coordination Médiation interculturelle;
- de l'avis de la Cellule de coordination Médiation interculturelle du Service public fédéral désignée à cet effet.

Les montants octroyés ne peuvent être utilisés par les hôpitaux en question que pour le recrutement de médiateurs interculturels et de coordinateurs en matière de médiation interculturelle. Au sein de ces établissements, il convient d'utiliser les noms de fonction ‘médiateur interculturel’ et ‘coordinateur en matière de médiation interculturelle’ pour ces personnes. Les tâches des ‘médiateurs interculturels’ et des ‘coordinateurs en matière de médiation interculturelle’ doivent être conformes à l'ensemble des tâches prévues pour ces personnes, tel que décrit sur la page web du site du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Le montant total pour le recrutement des coordinateurs en matière de médiation interculturelle est limité à 345.895,22 euros (index 01/01/2005).]

[(21) abrogé]

#### **[(14) Sous-section 14. - Sous-partie B9 du budget ]**

[(16) **Art. 79.** A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2005, en vue de financer les mesures de fin de carrière dans tous les hôpitaux, la sous-partie B9 est augmentée d'un montant destiné à couvrir les frais y afférents.]

#### **1° Définitions**

Pour l'application du présent paragraphe, il convient d'entendre par :

‘les mesures de fin de carrière’: les mesures prises dans l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;

‘membres du personnel’: le personnel infirmier et le personnel soignant au sens de l'article 8, 7° et 8°, de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987. Par personnel

verstaat men de werknemers die de ermee overeenstemmende loonschaal genieten.

Hierbij komen nog :

- de sociaal verpleegkundigen;
- de kinesitherapeuten / ergotherapeuten/ logopedisten/ diëtisten;
- de opvoeders begeleiders geïntegreerd in de zorgteams;
- de maatschappelijk assistenten en psychologische assistenten tewerkgesteld in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutisch programma;
- de psychologen, orthopedagogen en pedagogen tewerkgesteld in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutisch programma;
- de ambulanciers van de spoeddiensten die deel uitmaken van het personeel van de instellingen bedoeld in het meerjarenplan van de federale gezondheidssectoren en dit zonder belang aan de kostenplaats waaronder het personeel is opgenomen;
- de laboratoriumtechnologen;
- de technologen van medische beeldvorming;
- de technici van medisch materiaal (inonderheid tewerkgesteld in de sterilisatiediensten);
- de patiëntenvervoer;
- de logistieke assistenten;
- de assistenten in ziekenhuisverzorging;
- de personen bedoeld met artikel 54bis en 54ter van het koninklijk besluit n°78 van 10 november 1967.

De omschrijving van de beroepen verwijst naar de reëel uitgeoefende functie.

‘verantwoorde afwezigheidsperiode’: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden, voor zover die aanleiding gegeven hebben tot de betaling van een vergoeding door de instelling. Hierin zitten eveneens de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op disponibiliteit gesteld is.

## **2º Principes**

De ziekenhuizen hebben recht op een jaarlijkse financiële interventie ter compensatie van de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek, zoals bepaald in het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en in het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, voor zover ze onderworpen zijn aan de toepassing van een in de bevoegde paritaire commissie afgesloten collectieve arbeidsovereenkomst of in de bevoegde onderhandelingscomités gesloten protocolakkoorden, zoals bepaald bij de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel.

De financiële tegemoetkoming dekt enkel de voordelen zoals voorzien in dit besluit en is maar mogelijk voor zover de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord

soignant, il faut entendre les travailleurs qui bénéficient du barème qui y correspond.

S'y ajoutent :

- les infirmiers sociaux ;
- les kinésithérapeutes / ergothérapeutes / logopèdes / diététiciens ;
- les éducateurs accompagnants intégrés dans les équipes de soins ;
- les assistants sociaux et les assistants en psychologie occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;
- les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;
- les ambulanciers des services d'urgence qui font partie du personnel des institutions visées dans le plan pluriannuel des secteurs fédéraux de la santé et ce, peu importe le centre de frais sous lequel ces personnes sont reprises ;
- les technologues en laboratoire ;
- les technologues en imagerie médicale ;
- les techniciens du matériel médical (notamment dans les services de stérilisation) ;
- les brancardiers ;
- les assistants en logistique ;
- les assistants en soins hospitaliers ;
- les personnes visées par les articles 54bis et 54ter de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

La description des professions fait référence à la fonction réellement exercée.

‘période d’absence justifiée’ : les journées ou les heures non prestées mais assimilées dans la mesure où elles ont donné lieu au paiement d’une rémunération par l’institution. Il faut également y inclure les journées où le membre du personnel est en disponibilité pour cause de maladie ou d’invalidité.

## **2º Principes**

Les hôpitaux ont droit à une intervention financière annuelle en compensation des mesures de dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, telle qu’elle est prévue dans l’Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l’ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005, pour autant qu’ils soient soumis à l’application d’une convention collective de travail conclue au sein de la commission paritaire compétente ou de protocoles d’accord conclus au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de ces autorités.

L’intervention financière couvre uniquement les avantages prévus dans le présent arrêté et n’est possible que si la convention collective de travail ou le protocole d’accord prévoit

voorzien in de volgende voordelen en voor zover de betrokken personeelsleden die voordelen ook daadwerkelijk genieten :

a) de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uren, 192 uren of 288 uren per jaar. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de bovengenoemde respectieve leeftijdsbegrenzing bereikt worden.

De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen eveneens opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26 %, 10,52 % of 15,78 %, berekend op hun voltijdse wedde.

In geval van combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur.

De personeelsleden moeten binnen het ziekenhuis werken. Het personeel dat tewerkgesteld is in de diensten die beschouwd worden als niet-ziekenhuisactiviteiten, vallen buiten beschouwing in de zin van punt 3.3, van de bijlage 2 'Lijst en codering van de rekeningen van kosten die wachten of een bestemming en van de kostenplaatsen' van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen, gewijzigd ten slotte bij het koninklijk besluit van 15 juli 2004, met uitzondering van de personen die onder kostenplaatsen 900 tot 909 vallen.

b) Het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een gelijk aantal uren van vrijstelling van prestaties of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie gelijk aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie.

Ten aanzien van de werknemers van de private sector en rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst n° 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid, zullen de deeltijdse werknemers voorgesteld worden om binnen de voorwaarden voorzien door artikel 4 van bovenvermelde collectieve arbeidsovereenkomst n° 35 de wekelijkse arbeidsduur ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst automatisch te verhogen. Zij genieten, eventueel, van de vrijstelling van prestaties op basis van hun nieuw contract.

Ten aanzien van de werknemers van de publieke sector die deeltijds tewerkgesteld zijn en genieten van de eindeloopbaanmaatregelen, is de werkgever ertoe gehouden hen 3 maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in dat kader voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst verhoogd wordt a rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties voorzien voor de leeftijds categorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede tot het stelsel of zijn hoger recht in het kader van de eindeloopbaanregeling, aan de werkgever ofwel zijn akkoord te betekenen omtrent die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur ofwel zijn weigering. In dat laatste geval geniet de werknemer van de vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties voorzien voor de leeftijds categorie waartoe hij behoort en dit

les avantages suivants et si les membres du personnel concernés bénéficient effectivement de ces avantages :

a) les membres du personnel à temps plein qui ont atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans ont droit respectivement à une dispense de prestations de leur temps de travail de 96 heures, 192 heures ou 288 heures payées par an. Cette dispense entre en vigueur à partir du premier jour du mois au cours duquel les âges susmentionnés sont atteints.

Les praticiens de l'art infirmier peuvent également opter pour le maintien des prestations assorti d'une prime de respectivement 5,26 %, 10,52 % ou 15,78 %, calculée sur leur salaire à temps plein.

En cas de combinaison d'options à partir de l'âge de 50 ans, l'intervention est accordée sur la base d'une répartition en tranches complètes de 2 heures.

Les membres du personnel doivent travailler au sein de l'hôpital. Ne sont pas pris en considération les personnes qui travaillent dans des services considérés comme activités non hospitalières au sens du point 3.3, de l'annexe 2 'Liste et codage des comptes de charges en attente d'affectation et des centres de frais' de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 15 juillet 2004, à l'exception des personnes relevant des centres de frais 900 à 909.

b) Le membre du personnel qui travaille à temps partiel a droit à un nombre d'heures de dispense de prestations égal, ou, pour les praticiens de l'art infirmier, à une prime équivalente égale, à l'application proportionnelle de la dispense des prestations de travail ou de la prime.

Pour les travailleurs dépendant du secteur privé et tenant compte de la convention collective de travail n° 35 du 27 février 1981 concernant certaines dispositions du droit du travail en matière de travail à temps partiel, les travailleurs occupés à temps partiel se verront proposer, dans les conditions prévues par l'article 4 de ladite CCT n° 35, d'office augmenter la durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat. Ils bénéficient, le cas échéant, de la dispense de prestations sur base de leur nouveau contrat.

Pour les travailleurs du secteur public occupés à temps partiel et qui bénéficient des mesures de fin de carrière ils se voient d'office proposer par l'employeur, et ce 3 mois avant la date d'entrée dans le régime des fins de carrière ou de l'accès à un droit plus élevé dans ce cadre, une augmentation de leur durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat de travail et ce, à concurrence du nombre d'heures de dispense de prestations prévu pour la catégorie d'âge à laquelle ils appartiennent. Le travailleur doit, au plus tard un mois avant la date d'entrée dans le régime des fins de carrière ou de l'accès à un droit plus élevé dans ce cadre, faire part à son employeur soit de son accord au sujet de cette augmentation de sa durée hebdomadaire de travail soit de son refus. Dans ce dernier cas, le travailleur bénéficie de la réduction de la durée hebdomadaire de ses prestations prévue pour la catégorie d'âge à laquelle il appartient et ce, au prorata de sa

proportioneel zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer.

**c)** Worden gelijkgesteld met de personeelsleden de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever verricht hebben in een of meer functies, waarvoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties (zaterdag, zondag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten) of elk andere vergoeding vallend onder een collectieve arbeidsovereenkomst of een protocolakkoord ontvangen hebben, of die een compensatierust ingevolge die prestaties genoten hebben.

De verantwoorde afwezigheidsperioden komen in aanmerking op basis van het gemiddelde van de rest van de referentieperiode.

De werknemer die niet meer aan deze voorwaarde van 200 uren onregelmatige prestaties over een referentieperiode van maximum 24 maanden voldoet, behoudt de verkregen vrijstelling van prestatie, maar kan bij de overgang naar een hogere leeftijdscategorie niet van een bijkomende vrijstelling van arbeidsprestaties genieten.

De deeltijdse werknemers dienen een aantal uren van onregelmatige prestaties te bewijzen dat overeenstemt met 200 uren berekend naar verhouding van de arbeidsduur over een referentieperiode van maximum 24 maanden.

De werknemer die, op het moment dat hij de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt, geen 200 uren onregelmatige prestaties bij dezelfde werkgever gewerkt heeft of die vanaf 50 jaar niet meer aan deze voorwaarde voldoet, treedt toe tot het statuut van geassimileerd personeel, en dus tot het recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op het moment dat hij die 200 uren in de loop van een periode van maximum 24 achtereenvolgende maanden heeft uitgevoerd. De vrijstelling van arbeidsprestaties gaat dan in de dag die in de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord van toepassing wordt bepaald.

**d)** De begunstigde personen van de eindeloop-baanmaatregelen vóór 1 oktober 2005 blijven ervover genieten.

De begunstigde personen van de eindeloop-baanmaatregelen die vóór 1 oktober 2005 worden ingesteld, die de keuze van de loonpremie hebben gemaakt, blijven ervan genieten.

Als een personeelslid van functie wisselt, behoudt hij zijn voorafgaand recht op de eindeloopbaanmaatregelen.

**e)** De werknemers die vrijgesteld zijn van prestaties, worden nog steeds beschouwd als werknemers die hun contractuele of statutaire arbeidsduur behouden.

**f)** De optie van vrijstelling is altijd definitief. Het behoud daarentegen van de prestaties met premie kan op elk ogenblik in vrijstelling van arbeidsprestaties omgezet worden.

### **3º Financieringsregels**

Teneinde de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt aan de ziekenhuizen een forfaitair bedrag toegekend, vastgesteld per personeelscategorie volgens de hierna vastgestelde regelen.

durée hebdomadaire de travail par rapport à celle d'un travailleur à temps plein.

**c)** Sont assimilés aux membres du personnel les travailleurs qui, pendant une période de référence de 24 mois précédent le mois dans lequel ils atteignent l'âge de 45, 50 ou 55 ans, ont presté au moins 200 heures chez le même employeur, dans une seule ou plusieurs fonctions, pour lesquelles ils ont perçu le supplément pour prestations irrégulières (dimanche, samedi, jour férié, service de nuit ou services interrompus) ou toute autre indemnité relevant d'une convention collective de travail ou d'un protocole d'accord, ou ont bénéficié d'un repos compensatoire suite à ces prestations.

Les périodes d'absences justifiées sont prises en compte sur base de la moyenne du reste de la période de référence.

Le travailleur qui ne satisfait plus à cette condition de 200 heures de prestations irrégulières sur une période de référence de maximum 24 mois garde la dispense de prestations acquise mais ne peut bénéficier d'une dispense supplémentaire de prestations de travail lors d'un saut d'âge ultérieur.

Les travailleurs à temps partiel doivent prouver un nombre d'heures de prestations irrégulières correspondant à 200 heures calculées au prorata de la durée de travail sur une période de référence de maximum 24 mois.

Le travailleur qui, au moment où il atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans, n'a pas effectué 200 heures de prestations irrégulières chez le même employeur, ou qui ne satisfait plus à cette condition, accède au statut de membre du personnel assimilé, et donc au droit à la dispense de prestations de travail, au moment où il effectue ces 200 heures au cours d'une période de maximum 24 mois consécutifs. La dispense de prestations de travail prend alors cours le jour déterminé dans la convention collective de travail ou dans le protocole d'accord applicable.

**d)** Les personnes bénéficiaires des mesures de fin de carrière avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005 continuent à en bénéficier.

Les personnes bénéficiaires des mesures de fin de carrière instaurées avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005 qui ont fait le choix de la prime salariale, continuent à en bénéficier.

Si un membre du personnel change de fonction, il garde son droit antérieur aux mesures de fin de carrière.

**e)** Les travailleurs dispensés de prestations sont toujours considérés comme des travailleurs qui conservent leur durée contractuelle ou statutaire de travail.

**f)** L'option de la dispense est toujours définitive. En revanche, le maintien des prestations assorti d'une prime peut être converti à tout moment en dispense de prestations de travail.

### **3º Règles de financement**

En vue de financer les mesures de fin de carrière, il est octroyé aux hôpitaux un montant forfaitaire, déterminé par catégorie de personnel suivant les règles fixées ci-après.

De personeelscategorieën zijn de volgende :

- a. de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in ziekenhuisverzorging ;
- b. de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, de opvoeders begeleiders geïntegreerd in de zorgteams, de maatschappelijk assistenten en psychologisch assistenten tewerkgesteld in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutisch programma, de psychologen, orthopedagogen en pedagogen, tewerkgesteld in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutisch programma, de laboratoriumtechnologen en de technologen van medische beeldvorming ;
- c. de verzorgenden en de werknemers bedoeld in artikelen 54bis en 54ter van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 ;
- d. het gelijkgesteld personeel, de ambulanciers van de spoeddiensten die deel uitmaken van het personeel van de instellingen bedoeld in het meerjarenplan van de federale gezondheidssectoren en dit ongeacht de kostenplaats waaronder het personeel is opgenomen, de technici van medisch materiaal, inzonderheid in de sterilisatiediensten, de medewerkers patiëntenvervoer en de logistieke assistenten.

Het forfaitair bedrag wordt als volgt berekend:

$$F = F1 + F2$$

**a) Berekening van de vrijstelling van arbeidsprestaties :**

F1 = het verschuldigd bedrag voor de compenserende indienstneming van personeelsleden die voor de vrijstelling van de wekelijkse arbeidsprestaties opteren

$$F1 = A_i * T_1 / S * N / Y$$

waarbij :

A<sub>a</sub> = 41.874,02 euro (index 01/08/2005) voor de categorie a.

A<sub>b</sub> = 41.874,02 euro (index 01/08/2005) voor de categorie b.

A<sub>c</sub> = 33.801,97 euro (index 01/08/2005) voor de categorie c.

A<sub>d</sub> = 33.769,86 euro (index 01/08/2005) voor de categorie d.

T<sub>1</sub> : aantal wekelijks vrijgestelde uren die door de ter compensatie in dienst genomen werknemer of die door de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt gecompenseerd worden

S : wekelijks arbeidsregime toegepast in het ziekenhuis

N : jaarlijks aantal werkuren te bezoldigen door de werkgever ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het beschouwde jaar in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen .

Y : theoretisch aantal jaarlijkse werkuren die door de ter compensatie in dienst genomen werknemer ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn daad van individuele benoeming of het aanhangsel aan zijn arbeidsovereenkomst in geval van verhoging van de werktijd moeten gepresteerd worden.

**b) Berekening van het bedrag voor de premie**

$$F2 = A_i * H / 38 * T_2 / S * N / Y$$

Les catégories de personnel sont les suivantes :

- a. les infirmiers, les infirmiers sociaux et les assistants en soins hospitaliers ;
- b. les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens, les éducateurs intégrés dans les équipes de soins, les assistants sociaux et les assistants psychologiques occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les technologues en laboratoire et les technologues en imagerie médicale ;
- c. les soignants et les personnes visées par les articles 54bis et 54ter de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 ;
- d. les personnes assimilées, les ambulanciers des services d'urgence qui font partie du personnel des institutions visées dans le plan pluriannuel des secteurs fédéraux de la santé et ce, peu importe le centre de frais sous lequel ces personnes sont reprises, les techniciens du matériel médical notamment dans les services de stérilisation, les brancardiers et les assistants en logistique.

Le montant forfaitaire est calculé comme suit:

$$F = F1 + F2$$

**a) Calcul de la dispense de prestations de travail :**

F1 = le montant dû pour l'embauche compensatoire des membres du personnel qui optent pour la dispense de prestations hebdomadaires de travail

$$F1 = A_i * T_1 / S * N / Y$$

où:

A<sub>a</sub> = 41.874,02 euros (index 01/08/2005) pour la catégorie a.

A<sub>b</sub> = 41.874,02 euros (index 01/08/2005) pour la catégorie b.

A<sub>c</sub> = 33.801,97 euros (index 01/08/2005) pour la catégorie c.

A<sub>d</sub> = 33.769,86 euros (index 01/08/2005) pour la catégorie d.

T<sub>1</sub> : nombre hebdomadaire d'heures de dispense compensées par le travailleur embauché en compensation ou par le travailleur qui augmente sa durée de travail

S: régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'hôpital

N : nombre annuel d'heures de travail rémunérées par l'employeur pour compenser les heures de dispense des travailleurs bénéficiaires des mesures de fin de carrière pour l'année considérée

Y : nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le travailleur en embauche compensatoire par rapport à son contrat de travail, à son acte de nomination individuelle ou à l'avenant à son contrat de travail en cas d'augmentation du temps de travail

**b) Calcul du montant pour la prime**

$$F2 = A_i * H / 38 * T_2 / S * N / Y$$

waarbij :

$A_a = 57.223,13$  euro (index 01/08/2005) voor de categorie a.  
 $A_b = 57.223,13$  euro (index 01/08/2005) voor de categorie b.  
 $A_c = 42.619,16$  euro (index 01/08/2005) voor de categorie c.  
 $A_d = 38.509,24$  euro (index 01/08/2005) voor de categorie d.

$H$  = equivalent wekelijks aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer t.o.v. zijn leeftijd

$T_2$  : aantal per week te presteren uren zoals voortvloeiend uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, welke in voorkomend geval uitgeoefend werd in de functie die het genot van de maatregel rechtvaardigt

S : wekelijks arbeidsregime toegepast in het ziekenhuis

N : jaarlijks aantal door de werkgever in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het beschouwde jaar bezoldigde werkuren

Y : theoretisch jaarlijks aantal werkuren die door de begunstigde ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst of zijn daad van individuele benoeming moeten gepresteerd worden.

[(51) Teneinde de impact te dekken van de implementatie van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het instituut voor functieclassificatie (IFIC) op het bedrag van de gefinancierde premie aan de ziekenhuizen die beschikken over personeel vallend onder het paritair comité 330, worden de bedragen gedefinieerd in  $A_a$ ,  $A_b$ ,  $A_c$  en  $A_d$  verhoogd met 1,06 % vanaf 1 januari 2019.]

Voor het jaar 2018 wordt deze verhoging ten laste genomen van de herziening van het dienstjaar 2018 vanaf 1 januari 2018. ]

#### **4º Inlichtingen te verstrekken door de ziekenhuisinstelling**

- [(19) 1) een uniek identificatienummer per personeelslid,]
- 2) zijn geboortedatum,
- 3) zijn functie,
- 4) de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven,
- 5) de kostenplaats, zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel van de ziekenhuizen waar de lasten in rekening gebracht worden,
- 6) het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat hij kan verkrijgen ten opzichte van zijn leeftijd,
- 7) het wekelijks uurregime van kracht in het ziekenhuis,
- 8) het aantal door het personeelslid te presteren uren zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte, verminderd in voorkomend geval naar verhouding van de prestaties verricht in de functie die het voordeel van de in deze paragraaf bedoelde maatregel verantwoordt,
- 9) de datum van zijn aanwerving,
- 10) de eventuele vertrekdatum,
- 11) in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uren op 24 maanden,

où:

$A_a = 57.223,13$  euros (index 01/08/2005) pour la catégorie a.  
 $A_b = 57.223,13$  euros (index 01/08/2005) pour la catégorie b.  
 $A_c = 42.619,16$  euros (index 01/08/2005) pour la catégorie c.  
 $A_d = 38.509,24$  euros (index 01/08/2005) pour la catégorie d.

$H$  : nombre équivalent d'heures hebdomadaires de dispense de prestations de travail dans le cadre de l'octroi d'une prime pour un travailleur à temps plein par rapport à son âge

$T_2$  : nombre d'heures à préster par semaine tel qu'il résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle effectué, le cas échéant, dans la fonction justifiant le bénéfice de la mesure

S: régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'hôpital

N: nombre annuel d'heures de travail rémunérées par l'employeur pour l'année considérée dans le cadre des mesures de fin de carrière

Y : nombre théorique annuel d'heures de travail à préster par le bénéficiaire par rapport à son contrat de travail ou à son acte de nomination individuelle

[(51) Afin de couvrir l'impact de la mise en œuvre des nouvelles classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonction (IF-IC) sur le montant de la prime financée aux hôpitaux disposant de personnel relevant de la Commission paritaire 330, les montants définitifs en  $A_a$ ,  $A_b$ ,  $A_c$  et  $A_d$  sont majorés de 1,06 % à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.]

Pour l'année 2018, cette majoration est prise en charge dans la révision de l'exercice 2018 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. ]

#### **4º Renseignements à fournir par l'institution hospitalière**

- [(19) 1) un numéro d'identification unique par membre du personnel,]
- 2) sa date de naissance,
- 3) sa fonction,
- 4) l'option choisie entre la dispense de prestations de travail et la prime pour chacune des tranches,
- 5) le centre de frais, au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, dans lequel ses charges sont imputées,
- 6) le nombre d'heures de dispense de prestations de travail qu'il peut obtenir par rapport à son âge,
- 7) le régime horaire hebdomadaire en vigueur dans l'hôpital,
- 8) le nombre d'heures à préster par le membre du personnel tel qu'il résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle, réduit le cas échéant au prorata des prestations effectuées dans la fonction justifiant le bénéfice de la mesure visée au présent paragraphe,
- 9) la date de son engagement,
- 10) la date éventuelle de départ,
- 11) en cas de personnel assimilé, le nombre d'heures de prestations irrégulières, avec un minimum de 200 heures sur 24 mois,

12) en de door de werkgever niet-bezoldigde perioden van afwezigheid (niet-gelijkgestelde dagen of uren) alsmede hun aard.]

Deze inlichtingen dienen door de ziekenhuizen te worden verstrekt, overeenkomstig de richtlijnen van de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

## **5° Toekenningsmodaliteiten**

### - Vanaf 1 oktober 2005

Het bij toepassing van punt 3 berekend voorlopig bedrag vormt tot 31 december 2005 de provisie.

Het definitieve bedrag voor de periode van 1 oktober 2005 tot 31 december 2005 wordt vastgesteld op basis van de aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu verstrekte definitieve inlichtingen en vervangt het voor de beschouwde periode gestorte provisionele budget.

### - Vanaf 2006

Het voorlopige bedrag wordt berekend t.o.v. het laatst bekende definitieve bedrag, voor zover bij dat bedrag rekening gehouden wordt met alle leeftijdsgroepen; zoniet wordt het vastgesteld t.o.v. het provisioneel bedrag van het jaar n-1.

Telkens er een definitief bedrag berekend wordt, vormt het de geldige provisie voor het dienstjaar volgend op de datum van vaststelling van dat definitieve bedrag.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F wordt via onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend.

## **6° Bepalingen voor de compensatie van de vrijgestelde uren**

Voor de personeelsleden die geopteerd hebben voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, dient de beheerder het bewijs te leveren dat de vrijgemaakte arbeidstijd en de toegekende financiering gecompenseerd werden door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur door de personeelsleden. Komen niet in aanmerking de voltijdse werknemers die de eindeloopbaanmaatregelen genieten en de werknemers waarvoor de instelling reeds een financiering van een overheidsinstantie geniet in het kader van het arbeidsbeleid.

De totale hoeveelheid per financieringscategorie (categorieën a., b., c. en d. van punt 3°) van het personeel te compenseren uren moet prioritair door dezelfde financieringscategorie van het personeel gecompenseerd worden.

De toegekende financiering wordt, in voorkomend geval, begrensd tot het werkelijke totale aantal vervangingen.

Daarom dient de beheerder, op hetzelfde ogenblik als de inlichtingen die dienen voor de definitieve berekening, volgende inlichtingen over te maken:

- [(19) een uniek identificatienummer per personeelslid,]
- [(27) - de geboortedatum,]
- de datum van in- en uitdiensttreding,
- de functie,

12) et les périodes d'absence non rémunérées (jours ou heures non assimilés) par l'employeur ainsi que leur nature.]

Ces renseignements sont communiqués selon les instructions envoyées aux hôpitaux par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

## **5° Modalités d'octroi**

### - A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2005

Le montant provisoire calculé en application du point 3° constitue la provision jusqu'au 31 décembre 2005.

Le montant définitif pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 décembre 2005 est fixé sur base des informations définitives communiquées au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et remplace le budget provisionnel versé pour la période considérée.

### - A partir de 2006

Le montant provisoire est calculé par rapport au dernier montant définitif connu, pour autant qu'il tienne compte de toutes les classes d'âge ; sinon il est fixé par rapport au provisionnel de l'année n-1.

Chaque fois qu'un montant définitif est calculé, il constitue la provision valable pour l'exercice suivant la date de fixation de ce montant définitif.

La différence entre F définitif et F provisoire est indemnisée via la sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

## **6° Dispositions pour la compensation des heures de dispense**

Pour les membres du personnel qui ont opté pour la dispense de leurs prestations hebdomadaires de travail, le gestionnaire doit apporter la preuve que ce temps de travail libéré et le financement octroyé ont été compensés par des nouveaux engagements ou par l'augmentation de la durée de travail hebdomadaire des membres du personnel. Ne seront pas pris en considération les travailleurs à temps plein qui bénéficient des mesures de fin de carrière et les travailleurs pour lesquels l'institution perçoit déjà un financement dans le cadre de politiques d'emploi.

Le volume total d'heures à compenser par catégorie de financement du personnel (catégories a., b., c. et d. du point 3°) doit être prioritairement compensé par la même catégorie de financement du personnel.

Le financement octroyé est, le cas échéant, plafonné au volume total réel de remplacement.

Pour ce faire, le gestionnaire doit transmettre, en même temps que les informations servant au calcul définitif, les informations suivantes:

- [(19) un numéro d'identification unique par membre du personnel,]
- la date de naissance,
- la date d'entrée en fonction et de sortie,
- la fonction,

- de wekelijkse compensatiewerktijd van de nieuwe werknemer of de verhoging van de urenprestaties van de werknemer in functie die zijn werktijd verhoogt,
- de door de werkgever niet-bezoldigde perioden van afwezigheid (niet-gelijkgestelde dagen of uren) alsmede hun aard,
- kostenplaats voor imputatie,
- de datum van het begin van het bijvoegsel bij de overeenkomst van de werknemer die zijn werktijd verhoogt of de overeenkomst van de nieuwe werknemer,
- einddatum van de overeenkomst.

## **7° Informaties**

Een jaarlijkse inventaris op de eindeloopbaan-maatregelen wordt door de beheerder van het ziekenhuis aan de ondernemingsraad of het plaatselijke overlegcomité gericht.

## **8° Sancties**

Indien de beheerder niet binnen de vereiste termijn de inlichtingen betreffende de uitwerking van de definitieve budgeten mededeelt, zullen de voorlopige bedragen teruggevorderd worden.».]

[(16) **Art. 79bis. § 1.** Vanaf 1 december 2005 wordt aan alle werknemers van de openbare ziekenhuizen een forfaitair complement bij de attractiviteitspremie toegekend.

Dit complement wordt in verschillende fases gefinancierd:

- in 2005: 40 euro;
- in 2006: 170 euro;
- in 2007: 260 euro;
- in 2008: 380 euro;
- in 2009: 480 euro.

Voor het jaar 2005 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 53,87 euro, dus 40 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen.

Voor het jaar 2006 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 228,94 euro, dus 170 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2007 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 350,14 euro, dus 260 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2008 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 511,75 euro, dus 380 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2009 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 646,42 euro, dus 480 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

- la durée de travail hebdomadaire de compensation du nouveau travailleur ou l'augmentation de l'horaire de travail du travailleur en fonction qui augmente sa durée de travail,
- les périodes d'absence non rémunérées par l'employeur (jours ou heures non assimilés) ainsi que leur nature,
- le centre de frais d'imputation,
- la date de début de l'avenant au contrat du travailleur qui augmente sa durée de travail ou du contrat du nouveau travailleur,
- la date de fin du contrat.

## **7° Informations**

Un état des lieux annuel sur les mesures de fin de carrière est adressé par le gestionnaire de l'hôpital au conseil d'entreprise ou au comité de concertation local.

## **8° Sanctions**

Si le gestionnaire ne communique pas, dans les délais requis, les renseignements relatifs à l'élaboration des budgets définitifs, les montants provisoires seront récupérés.».]

[(16) **Art. 79bis. § 1<sup>er</sup>.** Il est octroyé, dans les hôpitaux publics, à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2005, pour tous les travailleurs salariés un complément forfaitaire à la prime d'attractivité.

Ce complément est financé en plusieurs phases :

- en 2005 : 40 euros ;
- en 2006 : 170 euros ;
- en 2007 : 260 euros ;
- en 2008 : 380 euros ;
- en 2009 : 480 euros .

Pour l'année 2005, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 53,87 euros , soit 40 euros majorés des charges patronales.

Pour l'année 2006, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 228,94 euros, soit 170 euros majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

Pour l'année 2007, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 350,14 euros, soit 260 euros majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

Pour l'année 2008, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 511,75 euros, soit 380 euros majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

Pour l'année 2009, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 646,42 euros, soit 480 euros majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

**§ 2.** Vanaf 1 oktober 2006 wordt aan alle werknemers van de privé-ziekenhuizen een forfaitair complement bij de attractiviteitspremie toegekend.

[(27) Dit complement wordt in meerdere fasen gefinancierd:  
in 2006 : 195 euro;

- in 2007 : 322 euro;
- in 2008 : 450 euro;
- in 2009 : 498 euro.]

Voor het jaar 2006 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 262,61 euro, dus 195 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2007 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 433,64 euro, dus 322 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2008 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 606,02 euro, dus 450 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2009 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 670,66 euro, dus 498 euro verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

**Art. 79ter. § 1.** Vanaf 1 januari 2006 wordt aan alle statutaire ziekenhuiswerknemers een aanvullend vakantiegeld toegekend, zodat dit in 2008 gelijk is aan 92 % van de activiteitswedde van de maand maart van het lopende jaar.

Dit complement wordt in verschillende fasen gefinancierd:

- in 2006: betaling van een vakantiegeld gelijk aan 80 % van de activiteitswedde;
- vanaf 2008: betaling van een vakantiegeld gelijk aan 92 % van de activiteitswedde.

[(27) Vanaf 1 januari 2006 wordt voor de 1<sup>ste</sup> fase een provisioneel bedrag van 3.420.463,90 euro verdeeld onder de openbare ziekenhuizen, uitgaande van het totale aantal VTE's vermenigvuldigd met 40 %.

Vanaf 1 januari 2008 wordt voor de 2<sup>de</sup> fase een provisioneel bedrag van 2.879.719 euro verdeeld tussen de ziekenhuizen, uitgaande van het totale aantal VTE's 2005 in kwestie.]

ij de herziening van dit bedrag op basis van de reële kosten wordt het statutair personeel van alle ziekenhuizen in aanmerking genomen.

Die herziening gebeurt voor de laatste keer in 2008.

**§ 2.** Op 1 januari 2007 wordt, binnen de grenzen van een bedrag van 4.500.000 euro (index 1 juli 2007), onderdeel B9 van de ziekenhuizen die over statutair personeel beschikken waarvan het vakantiegeld in 2005 lager lag dan 65% van de activiteitswedde van de maand maart van het lopende jaar, verhoogd naar rata van het aantal betrokken statutaire FTE's op basis van het reële percentage dat op elke betrokken FTE werd toegepast.

**§ 2.** Il est octroyé, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2006 pour tous les travailleurs salariés des hôpitaux privés, un complément forfaitaire à la prime d'attractivité.

[(27) Ce complément est financé en plusieurs phases :  
en 2006 : 195 euros;

- en 2007 : 322 euros;
- en 2008 : 450 euros;
- en 2009 : 498 euros.]

Pour l'année 2006, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 262,61 euros, soit 195 euros majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

Pour l'année 2007, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 433,64 euros, soit 322 euros majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

Pour l'année 2008, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 606,02 euros, soit 450 euros majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

Pour l'année 2009, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 670,66 euros, soit 498 euros majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

**Art. 79ter. § 1<sup>er</sup>.** Il est octroyé, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, pour tous les travailleurs statutaires de l'hôpital un complément de pécule de vacances de telle sorte qu'il atteigne, en 2008, 92 % du traitement d'activité du mois de mars de l'année en cours.

Ce complément est financé en plusieurs phases :

- en 2006 : paiement d'un pécule de vacances de valeur correspondant à 80 % du traitement d'activité;
- à partir de 2008 : paiement d'un pécule de vacances de valeur correspondant à 92 % du traitement d'activité.

[(27) A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, pour la 1<sup>e</sup> phase, un montant provisionnel de 3.420.463,90 euros est réparti entre les hôpitaux publics en tenant compte du nombre total d'ETP multiplié par 40 %.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, pour la 2<sup>e</sup> phase, un montant provisionnel de 2.879.719 euros est réparti entre les hôpitaux en tenant compte du nombre total des ETP 2005 concernés.]

Lors de la révision de ce montant sur base des coûts réels, les statutaires de l'ensemble des hôpitaux sont pris en considération.

Cette révision a lieu pour la dernière fois en 2008.

**§ 2.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, dans les limites d'un montant de 4.500.000 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007), la sous-partie B9 des hôpitaux disposant de personnel statutaire dont le pécule de vacances, en 2005, était inférieur à 65 % du traitement d'activité du mois de mars de l'année en cours est augmentée au prorata des ETP statutaires concernés sur base du pourcentage réel appliqué à chaque ETP concerné.

De toegekende bedragen worden voor 2007 herzien op basis van het reële aantal FTE's en het reële percentage vakantiegeld dat werd toegepast.

[(19) [(48) [(51) **Art. 79quater. § 1.** Er wordt op 1 januari 2018 een provisioneel budget toegekend voor de ziekenhuizen vallend onder het paritair comité 330, met het oog op de progressieve invoering van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het instituut voor functieclassificatie (IFIC) alsook de nieuwe loonschalen die daarop betrekking hebben.

De provisie van 58.425.430 euro (waarde op 1 januari 2018) wordt verdeeld pro rata het aantal VTE van elk betrokken ziekenhuis.

De in aanmerking genomen VTE's zijn degene die gediend hebben voor de verdeling van het bedrag van 31.460.000 euro als tussenkomst onder de vorm van een eenmalige verhoging van het vaste deel van de eindejaarspremie voor de loontrekenden zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 8 mei 2018 tot vaststelling en uitkering van de bedragen van de vergoedingen voor de invoering van de functieclassificatie die is voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de federale gezondheidssector en dat op 25 oktober 2017 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers.

De VTE's en het gefinancierde bedrag per ziekenhuis worden vastgelegd in bijlage 21.

[(55) opgeheven]

**§ 2.** Op 1 januari 2019 wordt een bijkomend budget van 13.532.755 euro (waarde op 1 januari 2019) toegevoegd aan het budget hernoemen in § 1. De verdeling van het totale budget wordt gedaan pro rata het aantal VTE's per ziekenhuis zoals vastgelegd in bijlage 21.

[(55) opgeheven]

[(55) **§ 3.** Op 1 januari 2020 wordt een bijkomend budget van 13.532.758 euro (waarde op 1 januari 2020) toegevoegd aan het budget hernoemen in § 2. De verdeling van het totale budget wordt gedaan pro rata het aantal VTE's per ziekenhuis zoals vastgelegd in bijlage 21. ]]]]

[(55) **§ 4.** De provisionele budgetten toegekend krachtens de bepalingen van de bovenstaande paragrafen 1 tot en met 3 worden jaarlijks herzien. Er wordt een vergelijking gemaakt tussen de jaarlijkse toegekende provisie en het resultaat van de berekening van het jaarlijks forfait uitgevoerd volgens de in bijlage 22 bepaalde herzieningsmodaliteiten. Als het jaarlijks beschikbare nationaal budget onvoldoende is, kan gebruik worden gemaakt van de buffer van 15 miljoen euro voorzien in het sociaal akkoord van 25 oktober 2017.]

**Art. 79quinquies.** Teneinde op duurzame wijze toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg te blijven aanbieden, worden de volgende maatregelen ingevoerd op het vlak van jobcreatie:

[(21) [(32) **§ 1.** opgeheven]]

**§ 2. Interculturele bemiddeling**

Les montants octroyés sont revus, pour l'année 2007, sur base du nombre réel d'ETP et du pourcentage réel de pécule de vacances appliquée.

[(19) [(48) [(51) **Art. 79quater. § 1<sup>er</sup>.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, il est octroyé un budget provisionnel aux hôpitaux disposant de personnel relevant de la commission paritaire 330, en vue de mettre en œuvre progressivement les nouvelles classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonction (IF-IC) ainsi que les nouvelles échelles salariales y afférentes.

La provision de 58.425.430 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2018) est répartie au prorata du nombre d'ETP de chaque hôpital concerné.

Les ETP pris en considération sont ceux ayant servi à la répartition du montant de 31.460.000 euros à titre d'intervention sous forme d'une augmentation unique de la partie fixe de la prime de fin d'année pour les travailleurs salariés visés dans l'arrêté royal du 8 mai 2018 fixant et allouant les montants des rémunérations pour l'instauration de la classification de fonctions prévue dans l'accord social relatif au secteur fédéral de la santé et qui a été conclu le 25 octobre 2017 par le gouvernement fédéral avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs salariés concernées.

Les ETP et le montant financé par hôpital sont fixés en annexe 21.

[(55) abrogé]

**§ 2.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, un budget supplémentaire de 13.532.755 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2019) est ajouté au budget repris au § 1<sup>er</sup>. La répartition du budget total est faite au prorata du nombre d'ETP par hôpital tel que fixé en annexe 21.

[(55) abrogé]

[(55) **§ 3.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, un budget supplémentaire de 13.532.758 euros (valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2020) est ajouté au budget repris au § 2. La répartition du budget total est faite au prorata du nombre d'ETP par hôpital tel que fixé à l'annexe 21. ]]]]

[(55) **§ 4.** Les budgets provisionnels octroyés en vertu des dispositions des paragraphes 1 à 3 ci-dessus sont revus annuellement. Une comparaison est faite entre la provision octroyée chaque année et le résultat du calcul du forfait annuel effectué selon les modalités de révision définies à l'annexe 22. Si le budget national disponible annuellement est insuffisant, il peut être fait appel au buffer de 15 millions d'euros prévu dans l'accord social du 25 octobre 2017.]

**Art. 79quinquies.** Afin de continuer à offrir de façon durable des soins accessibles et de haute qualité, les mesures de création d'emplois suivantes sont mises en œuvre :

[(21) [(32) **§ 1<sup>er</sup>.** abrogé]]

**§ 2. Médiation interculturelle :**

Vanaf 1 januari 2006 worden 16 extra FTE's gefinancierd in de psychiatrische ziekenhuizen en in de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, Sp-diensten voor palliatieve zorg en geïsoleerde G-diensten, die voldoen aan de voorwaarden van aanwijzing, bedoeld in artikel 78, 2°.

### § 3. Operatiezalen:

[(19) Op 1 januari 2006] wordt aan de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, Sp-diensten voor palliatieve zorg en geïsoleerde G-diensten, een aanvullende financiering ten belope van 45.881,10 euro (index 01/01/2006) per VTE toegekend teneinde het personeelskader in de operatiekwartieren te versterken naar rata van :

- 0,5 VTE voor de ziekenhuizen waarvoor het aantal operatiezalen, bepaald overeenkomstig de bepalingen van artikel 46, §3, 2°, a), a.1), minder dan 5 operatiezalen bedraagt;
- 1 VTE tussen 5 en 10 operatiezalen;
- 1,5 VTE boven de 10 operatiezalen.

Voor de ziekenhuizen, bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, wordt er één operatiezaal in aanmerking genomen per 25 erkende bedden onder kenletter C.

[(19) Voor de vaststelling van het aantal zalen en bedden wordt rekening gehouden met het aantal operatiezalen en erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]

### § 4. Versterking van de nachtploegen.

[(19) Op 1 januari 2007] wordt, teneinde de nachtploegen te versterken, het budget van de psychiatrische ziekenhuizen voor de A en A-nachtbedden, alsook van de algemene ziekenhuizen voor alle bedden met een bedrag (X) verhoogd, wat overeenstemt met 0,5 FTE extra verpleegkundig of verzorgend personeel per 60 erkende bedden ten belope van 47.734,69 euro (index 1 juli 2007) per FTE.

Onderdeel B9 van de betrokken ziekenhuizen wordt verhoogd overeenkomstig de volgende berekening:

$$X = A * (B * 0,5 / 60)$$

waarbij:

A = 47.734,69 euro per FTE ;

B = aantal erkende bedden van het ziekenhuis.

[(19) Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]

[(27) [(32) § 5. opgeheven ]

**§ 6.** Om de proefprojecten pediatrische hemato-oncologie te ondersteunen in de ziekenhuizen die een overeenkomst ondertekend hebben met de minister bevoegd voor Volksgezondheid, worden er vanaf 1 januari 2010 2 VTE's sociaal assistent, logopedist, psycholoog of diëtist gefinancierd, waaronder ten minste één VTE sociaal assistent, ten belope van 50.656 euro per VTE binnen de grenzen van het beschikbaar budget van 709.184 euro (index 01/01/2010).]

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, il est financé 16 ETP supplémentaires dans les hôpitaux psychiatriques et dans les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs et G isolés, qui répondent aux conditions de désignation visées à l'article 78, 2°.

### § 3. Salles d'opérations :

[(19) Au 1<sup>er</sup> janvier 2006], un complément de financement, à concurrence de 45.881,10 euros (index 01/01/2006) par ETP, est octroyé aux hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs et G isolés, pour renforcer l'encadrement dans les blocs opératoires, à raison de :

- 0,5 ETP pour les hôpitaux pour lesquels le nombre de salles d'opérations déterminé conformément aux dispositions de l'article 46, §3, 2°, a), a.1), est inférieur à 5 salles ;
- 1 ETP entre 5 et 10 salles ;
- 1,5 ETP au delà de 10 salles.

Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1<sup>er</sup> et 2, il est retenu une salle d'opérations par 25 lits agréés sous l'indice C.

[(19) Pour la fixation du nombre de salles et de lits, il est tenu compte du nombre de salles d'opérations et de lits agréés tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]

### § 4. Renfort des équipes de nuit

[(19) Au 1<sup>er</sup> janvier 2007], afin de renforcer les équipes de nuit, le budget des hôpitaux psychiatriques, en ce qui concerne les lits A et A nuit, et des hôpitaux généraux, en ce qui concerne tous les lits, est augmenté d'un montant (X) correspondant à 0,5 membre de personnel infirmier ou soignant en plus par 60 lits agréés, à concurrence de 47.734,69 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) par ETP.

La sous-partie B9 des hôpitaux concernés est augmentée selon le calcul suivant :

$$X = A * (B * 0,5 / 60)$$

où :

A = 47.734,69 euros par ETP ;

B = nombre de lits agréés de l'hôpital.

[(19) Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]

[(27) [(32) § 5. abrogé ]

**§ 6.** Afin de soutenir les projets pilotes d'hémato-oncologie pédiatrique dans les hôpitaux ayant signé une convention avec le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, il est financé, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, 2 ETP assistant social, logopède, psychologue ou diététicien, dont au moins un ETP assistant social, à concurrence de 50.656 euros par ETP dans les limites d'un budget disponible de 709.184 euros (index 01/01/2010).]

**Art. 79sexies.** Binnen de grenzen van een budget van 2.264.654 euro (index 1 juli 2007) wordt, teneinde vanaf 1 janvier 2007 in de privé-ziekenhuizen het supplement te financieren dat van 50 op 56% is gebracht voor nachtprestaties op zondag en op feestdagen, onderdeel B9 van die ziekenhuizen verhoogd met een bedrag (X) dat als volgt wordt berekend:

$$X = A * B/C$$

waarbij:

A = beschikbaar budget van 2.264.654 euro ;

B = totaal aantal uren betaald aan 50% van het betrokken ziekenhuis op basis van de laatst bekende gegevens;

C = totaal aantal uren betaald aan 50% van alle betrokken ziekenhuizen op basis van de laatst bekende gegevens.

De toegekende bedragen worden voor 2007 herzien op basis van het reële aantal uren nachtprestaties op zondag en op feestdagen.]

[27] **Art. 79septies.** Met ingang van 1 januari 2008 wordt een jaarlijkse functionele toelage van 816,80 euro (index 01/07/2005) toegekend aan de hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen-hoofd van dienst van het tussenkader en de hoofdparamedici van de ziekenhuizen, die een geldelijke ancienniteit van minstens 18 jaar hebben alsook de opleiding hebben genoten die vereist is krachtens de besluiten waarbij hun functie wordt omschreven.

Het bedrag wordt berekend door het aantal toelaatbare VTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 1.099,98 euro, zijnde 816,80 euro verhoogd met de patronale lasten (index 01/07/2005).]

[27] **Art. 79octies.** Er worden in drie fasen 2.309 VTE's verpleegkundigen, zorgkundigen of paramedisch personeel per 30 erkende bedden gefinancierd in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten-palliatieve zorg, K- en NIC-bedden.

De fasen zijn de volgende :

1° op 1 januari 2008 is een pilootstudie opgezet naar de onmiddellijke vervanging en de communicatie van de uuroosters in de ziekenhuissector.

Die studie heeft tot doel de mobiele equipe te versterken, bepaald bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 houdende vaststelling van de normen waaraan de ziekenhuizen en hun diensten moeten voldoen.

Daartoe worden 319 VTE's ten belope van 46.981,24 euro per VTE toegewezen aan de door het universitair ad-hocteam geselecteerde ziekenhuizen.

Tijdens de herziening van dienstjaar 2008 zal worden nagegaan of het aantal VTE's gefinancierd per ziekenhuis dat aan de pilootstudie deelneemt wel degelijk aan de mobiele equipe werd toegewezen.

2° op 1 juli 2009 worden 1042 VTE's verdeeld onder de ziekenhuizen die tijdens de eerste fase niet werden geselecteerd, naar rata van minimum 0,5 VTE per 30 erkende bedden.

**Art. 79sexies.** Dans les limites d'un budget de 2.264.654 euros (index 1<sup>er</sup> juillet 2007), afin de financer à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, dans les hôpitaux privés, le supplément relatif aux prestations de nuit effectuées le dimanche et les jours fériés, porté de 50 à 56 %, la sous-partie B9 de ces hôpitaux est augmentée d'un montant (X) calculé comme suit :

$$X = A * B/C$$

où:

A = budget disponible de 2.264.654 euros ;

B = nombre total d'heures payées à 50 % de l'hôpital concerné, sur base des dernières données connues ;

C = nombre total d'heures payées à 50 % de tous les hôpitaux concernés, sur base des dernières données connues.

Les montants octroyés sont revus, pour l'année 2007, sur base du nombre réel d'heures de prestations de nuit du dimanche et des jours fériés.]

[27] **Art. 79septies.** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, un complément fonctionnel annuel de 816,80 euros (index 01/07/2005) est attribué aux infirmiers en chef, infirmiers chefs de service du cadre intermédiaire et paramédicaux en chef des hôpitaux, ayant une ancienneté pécuniaire de 18 ans minimum et la formation requise par les arrêtés définissant leur fonction.

Le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 1.099,98 euros, soit 816,80 euros majorés des charges patronales (index 01/07/2005).]

[27] **Art. 79octies.** Il est financé, en trois phases, 2.309 ETP infirmier, aide-soignant ou paramédical par 30 lits agréés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques, à l'exclusion des lits des services Sp-soins palliatifs, K et NIC.

Les phases sont les suivantes :

1° au 1<sup>er</sup> janvier 2008, une étude pilote est réalisée sur le remplacement immédiat et la communication des horaires dans le secteur hospitalier.

Elle vise à renforcer l'équipe mobile, prévue dans l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

A cet effet, 319 ETP, à concurrence de 46.981,24 euros par ETP, sont affectés aux hôpitaux sélectionnés par l'équipe universitaire ad hoc.

Lors de la révision de l'exercice 2008, il sera vérifié que le nombre d'ETP financé par hôpital participant à l'étude pilote a bien été affecté à l'équipe mobile.

2° au 1<sup>er</sup> juillet 2009, 1042 ETP sont répartis entre les hôpitaux non sélectionnés lors de la première phase, à raison de minimum 0,5 ETP par 30 lits agréés.

3° op 1 januari 2011 worden de resterende 948 VTE's verdeeld onder alle ziekenhuizen teneinde 1 VTE per 30 erkende bedden te warborgen.

Vanaf 1 juli 2010 wordt het behoud van de krachtens punten 1° en 2° toegekende financiering en de krachtens punt 3° voorziene financiering onderworpen, voor de private sector, aan het afsluiten van een collectieve arbeidsovereenkomst binnen de paritaire commissie of, bij ontstentenis, bij een lokaal akkoord en, voor de openbare sector, aan een lokaal akkoord genomen in uitvoering van het Protocol Nr. 2009/04 betreffende de onderhandelingen die op maandag 22 juni 2009 werden gevoerd in het Comité voor de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten (Comité C), met betrekking tot de volgende domeinen:

- het voldoende op voorhand bezorgen van de uurroosters ;
- de inachtneming van de op voorhand bezorgde uurroosters en de sancties verbonden aan wijzigingen in de uurroosters;
- de onmiddellijke vervanging bij afwezigheid.

Indien er een lokaal akkoord is ondertekend, moet een kopie naar de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden verstuurd.

Het ziekenhuis dat nog geen kopie van een plaatselijk akkoord heeft bezorgd kan te allen tijde deze kopie bezorgen en van de hierboven bedoelde financiering genieten vanaf de eerstvolgende berekening van zijn budget van de financiële middelen.]

**[(21) Art. 79nonies.]** Vanaf 1 januari 2009 wordt het bedrag van het sociaal akkoord van de openbare sector, bepaald in het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, namelijk 1.795.598 euro (index 01/01/2009), verdeeld onder de openbare ziekenhuizen overeenkomstig de modaliteiten voorzien in een lokaal akkoord genomen in uitvoering van het Protocol nr. 2009/06 betreffende de onderhandelingen gevoerd op maandag 21 december 2009 binnen het comité voor de provinciale en lokale overheidsdiensten (comité C).

Het budget wordt verdeeld naar rata van het totaal van onderdeel B2 van de openbare ziekenhuizen op 30 juni 2008.

Om voormalde budgetten te krijgen, moeten de beheerders van de openbare ziekenhuizen aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgen dat de toekenning van deze voordelen aan voormald personeel vanaf 1 januari 2010 bevestigt. Dit attest moet uiterlijk tegen 15 oktober 2010 worden verstuurd en moet medeondertekend worden door het lokaal overlegcomité of, bij ontstentenis, door de vakbondsafvaardiging.

Een kopie van het lokaal akkoord moet naar de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden verstuurd.]

**[(22)]** Vanaf 1 januari 2011 wordt het budget verdeeld naar rata van het aantal VTE's van de openbare ziekenhuizen zoals die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn, die niet vallen onder de bepalingen van het koninklijk besluit van 22 juni 2010 bedoeld in artikel 48bis van hetzelfde besluit, en die werken in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 899.]

3° au 1<sup>er</sup> janvier 2011, le solde de 948 ETP est réparti entre tous les hôpitaux afin de garantir 1 ETP par 30 lits agréés.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010, le maintien du financement octroyé en vertu des points 1° et 2° et le financement prévu en vertu du point 3° est soumis à la conclusion, pour le secteur privé, d'une convention collective de travail en commission paritaire ou, à défaut, d'un accord local, et pour le secteur public d'un accord local pris en exécution du Protocole n° 2009/04 relatif aux négociations menées le lundi 22 juin 2009 au sein du Comité pour les services publics provinciaux et locaux (Comité C), portant sur les domaines suivants :

- la transmission des horaires de travail suffisamment à l'avance ;
- le respect des horaires transmis à l'avance et les sanctions attachées aux modifications d'horaires ;
- le remplacement immédiat en cas d'absence.

Si un accord local est signé, une copie doit être envoyée au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

L'hôpital, qui n'a pas encore fourni de copie d'un accord local, peut, à tout moment fournir ladite copie et bénéficier du financement prévu ci-dessus à compter du calcul suivant de son budget des moyens financiers.]

**[(21) Art. 79nonies.]** Vanaf 1 janvier 2009, le montant de l'accord social du secteur public, défini dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des secteurs publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005, à savoir 1.795.598 euros (index 01/01/2009), est réparti entre les hôpitaux publics selon les modalités prévues dans un accord local pris en exécution du Protocole n° 2009/06 relatif aux négociations menées le lundi 21 décembre 2009 au sein du comité pour les services publics provinciaux et locaux (comité C).

Le budget est réparti au prorata du total de la sous-partie B2 des hôpitaux publics au 30 juin 2008.

Pour bénéficier des budgets précités, les gestionnaires des hôpitaux publics doivent faire parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de ces avantages au personnel concerné à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Cette attestation doit être envoyée pour le 15 octobre 2010 et doit être contresignée par le comité de concertation local ou, à défaut, par la délégation syndicale.

Une copie de l'accord local doit être envoyée au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.]

**[(22)]** A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le budget est réparti au prorata du nombre d'ETP des hôpitaux publics tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul, non concernés par l'application des dispositions de l'arrêté royal du 22 juin 2010 visé à l'article 48bis du même arrêté, et qui travaillent dans un centre de frais compris entre 020 et 899.]

[(22) § 2. Vanaf 1 januari 2011 wordt een budget van 3.200.000 euro verdeeld onder de private ziekenhuizen teneinde de valorisatie van ongemakkelijke prestaties van het personeel dat niet valt onder de bepalingen van het koninklijk besluit van 22 juni 2010 bedoeld in artikel 48bis van hetzelfde besluit, uit te breiden naar rata van het aantal VTE's van de private ziekenhuizen zoals die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn, die niet vallen onder de bepalingen van het koninklijk besluit van 22 juni 2010 bedoeld in artikel 48bis van hetzelfde besluit, en die werken in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 899.]

[(23) **Art. 79decies.** Op 1 januari 2011 wordt een budget toegekend aan de ziekenhuizen om de aanwerving van bijkomend personeel te dekken.

**a)** voor de ziekenhuizen uit de privésector wordt een budget van 5.080.000 euro verdeeld onder de ziekenhuizen, volgens de volgende verdelingsmodaliteiten :

- de instellingen met minimum 100 bedden krijgen een budget van 21.000 euro. Het saldo van dat budget wordt vervolgens verdeeld, onder dezelfde instellingen, evenredig met het aantal erkende bedden boven de 100 eerste bedden. Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dat bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is;
- de aangeworven VTE's zijn ofwel administratieve en logistieke hulp, toegewezen aan de zorgeneenheden, ofwel zorgkundigen voor de nacht, ofwel onderhoudspersoneel in de ziekenhuizen die deze activiteit niet uitbesteden.

**b)** voor de ziekenhuizen uit de openbare sector wordt een budget van 4.030.000 euro verdeeld tussen de ziekenhuizen volgens de informatie van het Fonds Sociale Maribel van de openbare sector, dat de bijkomende jobs definieert, toewijs en controleert.

Het behoud van de financieringen bedoeld in punten *a*) et *b*) is onderworpen aan het versturen, binnen de 30 dagen na publicatie van huidig besluit in het *Belgisch Staatsblad*, naar de FOD Volksgezondheid, DG1, Dienst Boekhouding en Beheer van de Ziekenhuizen, van een document bevestigend dat het overleg in de ondernemingsraad, voor de private sector en in het Basisoverlegcomité, voor de openbare sector over het gebruik van het bijkomende budget met het oog op nettojobcreatie wel degelijk heeft plaatsgevonden.

De budgetten bedoeld in punten *a*) et *b*) zijn niet onderhevig aan indexering voor het jaar 2011 en zijn niet herzienbaar.]

[(29) **Art. 79undecies.** [(30) § 1.] Vanaf 1 januari 2013 wordt er een budget van 1.295.000 euro toegekend aan de ziekenhuizen op voorwaarde van de toekenning van weddenschaal 1.35 zoals beslist in de paritaire commissie 330, aan zorgkundigen die deze functie uitvoeren in het ziekenhuis. Voor de openbare sector moet de weddenschaal van toepassing op de zorgkundigen equivalent zijn aan die die voor de private sector werd vastgesteld.

[(22) § 2. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, un budget de 3.200.000 euros est réparti, entre les hôpitaux privés, en vue d'étendre la valorisation des prestations inconfortables du personnel non concerné par l'application des dispositions de l'arrêté royal du 22 juin 2010 visé à l'article 48bis du même arrêté, au prorata du nombre d'ETP des hôpitaux privés tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul, non concernés par l'application des dispositions de l'arrêté royal du 22 juin 2010 visé à l'article 48bis du même arrêté et qui travaillent dans un centre de frais compris entre 020 et 899.]

[(23) **Art. 79decies.** Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, un budget est octroyé aux hôpitaux afin de couvrir l'embauche de personnel supplémentaire.

**a)** pour les hôpitaux du secteur privé, un budget de 5.080.000 euros est réparti entre les hôpitaux selon les modalités de répartition suivantes :

- les institutions de minimum 100 lits se voient attribuer un budget de 21.000 euros. Le solde de ce budget est ensuite réparti, entre ces mêmes institutions, à la proportionnelle du nombre de lits agréés au-delà des 100 premiers lits. Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul ;
- les ETP embauchés sont, soit des aides administratives et logistiques affectées aux unités de soins, soit des aides-soignants de nuit ou soit du personnel d'entretien dans les hôpitaux qui ne sous-traitent pas cette activité.

**b)** pour les hôpitaux du secteur public, un budget de 4.030.000 euros est réparti entre les hôpitaux selon les informations fournies par le Fonds Maribel social du secteur public qui définit, affecte et contrôle les emplois supplémentaires.

Le maintien des financements visés aux points *a*) et *b*) est subordonné à l'envoi, dans les trente jours après publication du présent arrêté au *Moniteur belge*, au SPF Santé publique, DG1, Service Comptabilité et Gestion des hôpitaux, d'un document confirmant qu'une concertation a bien eu lieu au sein du Conseil d'Entreprise, pour le secteur privé, et au sein du comité de concertation de base, pour le secteur public, portant sur l'utilisation du budget supplémentaire en vue d'une création nette d'emploi.

Les budgets visés aux points *a*) et *b*) ne sont pas soumis à l'indexation pour l'année 2011 et ne sont pas révisables.]

[(29) **Art. 79undecies.** [(30) § 1.] A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, un budget de 1.295.000 euros est octroyé aux hôpitaux sous la condition de l'octroi du barème 1.35, tel que fixé dans la commission paritaire 330, aux aides-soignants exerçant cette fonction dans l'hôpital. Pour le secteur public, le barème applicable aux aides-soignants doit être équivalent à celui défini pour le secteur privé.

Het budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal erkende bedden van elk ziekenhuis, zoals gekend op het ogenblik van de berekening.

De toegekende financiering zal op 1 januari 2014 slechts in het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis behouden blijven indien aan het FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgt dat de toekenning van dit voordeel aan het betrokken personeel vanaf 1 januari 2013 bevestigt. Dit attest moet ten laatste tegen 28 februari 2014 worden verstuurd en moet zijn medeondertekend door de ondernemingsraad voor de private ziekenhuizen, of door het overlegcomité of, bij ontstentenis daarvan, door de vakbondsdelegatie, voor de openbare ziekenhuizen.]

[(30) § 2. Vanaf 1 januari 2014 wordt er een bijkomende budget van 14.121.000 euro toegekend aan de ziekenhuizen op voorwaarde van de toekenning van weddenschaal 1.35 zoals beslits in de paritaire commissie 330, aan zorgkundigen die deze functie uitvoeren in het ziekenhuis. Voor de openbare sector moet de weddenschaal van toepassing op de zorgkundigen equivalent zijn aan die voor de private sector werd vastgesteld.

Het budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal erkende bedden van elk ziekenhuis, zoals gekend op het ogenblik van de berekening.

Voor de openbare ziekenhuizen die het in §1, derde lid vermelde attest niet opgestuurd hebben, zal de financiering toegekend op 1 januari 2014 slechts in het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis behouden blijven indien het aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgt dat de toekenning van dit voordeel aan het betrokken personeel vanaf 1 januari 2014 bevestigt. Dit attest van toekenning van een equivalente weddenschaal, gemiddeld of over het geheel van de loopbaan, moet ten laatste tegen 30 april 2014 worden verstuurd en moet zijn medeondertekend door het overlegcomité of, bij ontstentenis daarvan, door de vakbondsdelegatie.]

[(58) **Art. 79duodecies. § 1er.** a) Vanaf 2021 wordt, met het oog op de financiering van de middelen bedoeld in artikel 4, § 2, tweede lid, 2°, van de wet van 9 december 2019 tot oprichting van een Zorgpersoneelfonds, gewijzigd bij de wet van 9 mei 2021, een jaarbudget als volgt verdeeld onder alle ziekenhuizen:

1° een budget van 11.700.000 euro, niet gekoppeld aan de ‘gezondheidsindex’ zoals bedoeld in artikel 85, om zorgpersoneel aan te werven binnen de ziekenhuizen waarmee de proefprojecten ‘Zorgcentra na seksueel geweld’ een contract hebben gesloten met de minister bevoegd voor Volksgezondheid, ter ondersteuning van en voor de verdere uitbouw van die Zorgcentra na seksueel geweld;

2° het saldo, bepaald in § 2, wordt verdeeld onder alle ziekenhuizen ter financiering van de nettotoename van de tewerkstelling van zorgpersoneel en de verbetering van de arbeidsomstandigheden van het zorgpersoneel. Dit betreft ook de uitgaven bedoeld voor ondersteunend personeel dat het zorgpersoneel ontlast en dat rechtstreeks met hen in contact staat, zodat zij meer tijd kunnen besteden aan het daadwerkelijk verzorgen van de patiënten, waarbij de prioriteit gaat naar de

Ce budget est réparti entre les hôpitaux sur base du nombre de lits agréés de chaque hôpital, tels que connus au moment du calcul.

Le financement octroyé ne sera maintenu dans le budget des moyens financiers de l'hôpital du 1<sup>er</sup> janvier 2014 que s'il a fait parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de cet avantage au personnel concerné à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Cette attestation doit être envoyée pour le 28 février 2014 au plus tard et doit être contresignée par le conseil d'entreprise pour les hôpitaux privés, ou par le comité de concertation ou, à défaut, par la délégation syndicale, pour les hôpitaux publics.]

[(30) § 2. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, un budget supplémentaire de 14.121.000 euros est octroyé aux hôpitaux sous la condition de l'octroi du barème 1.35, tel que fixé dans la commission paritaire 330, aux aides-soignants exerçant cette fonction dans l'hôpital. Pour le secteur public, le barème applicable aux aides-soignants doit être équivalent à celui défini pour le secteur privé.

Ce budget est réparti entre les hôpitaux sur base du nombre de lits agréés de chaque hôpital, tels que connus au moment du calcul.

Pour les hôpitaux du secteur public qui n'ont pas envoyé l'attestation mentionnée au §1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> alinéa, le financement octroyé au 1<sup>er</sup> janvier 2014 ne sera maintenu dans le budget des moyens financiers de l'hôpital que s'il a fait parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, de cet avantage au personnel concerné. Cette attestation d'octroi d'un barème équivalent, en moyenne ou sur l'ensemble de la carrière, doit être envoyée pour le 30 avril 2014 au plus tard et doit être contresignée par le comité de concertation ou, à défaut, par la délégation syndicale.]

[(58) **Art. 79duodecies. § 1er.** a) A partir de 2021, en vue de financer les moyens prévus à l'article 4, § 2, alinéa 2, 2°, de la loi du 9 décembre 2019 portant création d'un Fonds blouses blanches, modifié par la loi du 9 mai 2021, un budget annuel est réparti entre tous les hôpitaux de la manière suivante :

1° un budget de 11.700.000 euros, non lié à l'indice santé visé dans l'article 85, permettant l'engagement de personnel soignant au sein des hôpitaux avec lesquels les projets pilotes “Centres de prise en charge des violences sexuelles” ont conclu un contrat avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions, et ce en vue du soutien et de la poursuite du développement de ces centres de prise en charge des violences sexuelles ;

2° le solde, défini au § 2, est réparti entre tous les hôpitaux en vue de financer l'augmentation nette de l'emploi de personnel soignant et l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant. Cela concerne également les dépenses de personnel de soutien qui décharge le personnel soignant et qui est en contact direct avec lui pour lui permettre d'augmenter son temps effectif pour les soins prodigués aux patients avec la priorité pour les soins prodigués au chevet

verzorging aan het bed van de patiënt. Prioriteit wordt gegeven aan de financiering van de verhoging van de personeelsnorm, en bij voorkeur voor het verpleegkundig personeel, met gemiddeld één bijkomende VTE, per zorgeneheid of per ziekenhuisfunctie, teneinde de verpleegkundige aanwezigheid aan het bed van de patiënt te verhogen.

Het soort personeel waarop de maatregelen vermeld onder 2° betrekking hebben, zijn ziekenhuisverpleegkundigen, zorgkundigen en de ondersteunende functies die in de zorgteams zijn geïntegreerd, namelijk het personeel dat is opgenomen in de personeelsnormen voor ziekenhuisdiensten, -functies en -zorgprogramma's, en het ondersteunend personeel dat het verpleegkundig personeel helpt bij zijn administratieve en logistieke taken.

b) Vanaf het jaar 2021, over de bestemming van de bepalingen onder a), 2°, bedoelde middelen moet binnen elke instelling voorafgaand lokaal sociaal overleg worden gevoerd, teneinde tot een akkoord te komen binnen het basisoverlegcomité dan wel binnen de ondernemingsraad. Bij ontstentenis van een ondernemingsraad gebeurt dat overleg binnen het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk. Bij ontstentenis van een Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk wordt dat overleg gevoerd met de vakbondsafgevaardigden. Dit overleg behelst de bestemming van de middelen op grond van de prioritaire noden en van de profielen die idealiter moeten worden aangetrokken om de werklast van het zorgpersoneel aan het bed van de patiënt te verlichten. Dit voorafgaand overleg moet plaatsvinden vóór 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het daadwerkelijke gebruik van de middelen.

De beheerder van de instelling bezorgt aan de FOD Volksgezondheid een verslag van het lokaal overlegorgaan over de bestemming die aan de middelen voor het volgende jaar zal worden gegeven. De inhoud van dit verslag wordt bezorgd aan de FOD Volksgezondheid door codering van de informatie die opgenomen is in Verslag A, waarvan het Excel-model ter beschikking staat van de ziekenhuizen op de website van de FOD Volksgezondheid. Het lokaal sociaal overlegorgaan verklaart dat de aan de FOD bezorgde informatie de informatie is waarover voorafgaand sociaal overleg werd gevoerd, door de afgedrukte versie van Verslag A te ondertekenen. De gegevens in Excel-formaat en de afgedrukte tabel die door de vertegenwoordiger(s) van het lokaal overlegorgaan is ondertekend, worden uiterlijk op 31 maart van het jaar waarop de bestemming van de middelen betrekking heeft, via e-mail naar het volgende adres gestuurd: fin.pers@health.fgov.be.

c) Vanaf het jaar 2021 moet de beheerder van de instelling aan het einde van elk jaar, in het kader van de jaarlijkse informatie aan de ondernemingsraad of aan het lokaal sociaal overlegorgaan bedoeld in het koninklijk besluit van 15 juni 1998 tot uitvoering van artikel 86bis van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1987, aan het lokaal sociaal overlegorgaan mededelen binnen drie maanden na de afsluiting van de rekeningen van elk boekjaar, een verslag waarin op duidelijke en bevattelijke wijze de effectieve bestemming van de middelen voor het betrokken boekjaar, de opvolging van de gecreëerde banen en de evolutie van de totale tewerkstelling worden vermeld.

des patients. La priorité est apportée au financement de l'augmentation de la norme du personnel, et de préférence du personnel infirmier, à hauteur d'un ETP en moyenne supplémentaire, par unité de soins ou par fonction hospitalière, afin d'augmenter la présence infirmière au chevet du patient.

Le type de personnel visé par les mesures reprises sous 2° est l'infirmier hospitalier, l'aide-soignant, les fonctions de soutien intégrées aux équipes de soins, à savoir le personnel repris dans les normes de personnel des services, fonctions et programmes de soins hospitaliers, ainsi que le personnel de soutien qui aide le personnel infirmier pour ses tâches administratives et logistiques.

b) A partir de l'année 2021, l'affectation des moyens visés au a), 2°, doit faire l'objet, au sein de chaque institution d'une concertation sociale locale préalable en vue d'un accord au sein du comité de concertation de base ou au sein du Conseil d'entreprise. À défaut de conseil d'entreprise, cette concertation a lieu au sein du Comité pour la prévention et la protection au travail. À défaut de Comité pour la prévention et la protection au travail, cette concertation a lieu avec la délégation syndicale. Cette concertation porte sur l'affectation des moyens en fonction des priorités des besoins et des fonctions les plus utiles à recruter pour alléger la charge de travail du personnel soignant prodiguant ses soins au chevet des patients. Cette concertation préalable doit se tenir avant le 31 décembre de l'année précédant l'utilisation effective des moyens.

Le gestionnaire de l'institution doit communiquer au SPF Santé publique un rapport émanant de l'organe local de concertation sur la manière dont les moyens prévus pour l'année qui suit vont être affectés. Le contenu de ce rapport est transmis au SPF Santé publique au moyen de l'encodage des informations reprises dans le Rapport A dont le modèle Excel est mis à disposition des hôpitaux sur le site du SPF Santé publique. L'organe local de concertation sociale atteste que les informations transmises au SPF sont celles qui ont fait l'objet de la concertation sociale préalable en signant la version imprimée du rapport A. Les données sous format Excel et le tableau imprimé signé par le/les représentant(s) de l'organe local de concertation sont envoyées par mail au plus tard le 31 mars de l'année concernée par l'affectation des moyens à l'adresse suivante : fin.pers@health.fgov.be.

c) A partir de l'année 2021, le gestionnaire de l'institution doit transmettre à l'organe local de concertation sociale, à l'issue de chaque année, dans le cadre de l'information annuelle au Conseil d'entreprise ou à l'organe local de concertation sociale visée dans l'arrêté royal du 15 juin 1998 exécutant l'article 86bis de la loi sur les hôpitaux coordonné le 7 août 1987, dans les trois mois suivant la clôture des comptes de chaque exercice comptable, un rapport qui établit, de manière claire et lisible, l'affectation effective des moyens de l'année concernée, le suivi des emplois créés et l'évolution du volume global de l'emploi.

De inhoud van dit verslag wordt aan de FOD Volksgezondheid overgemaakt ten laatste op 31 december van het jaar dat volgt op het betreffende jaar door de gevraagde informatie in te vullen in het "Verslag B", waarvan het model voor de ziekenhuizen beschikbaar is op de website van de FOD Volksgezondheid. Het lokaal sociaal overlegorgaan verklaart dat de informatie die aan de FOD werd bezorgd de informatie is die aan het overlegorgaan is bezorgd, door de afgedrukte versie te ondertekenen.

d) Binnen het kader van het lokaal sociaal overleg wordt jaarlijks een evaluatie gemaakt van het aantal zorg- en zorgondersteunend personeel per eenheid en de gevolgen voor de bestaffing rond het bed van de patiënt.

Deze evaluatie moet plaatsvinden uiterlijk op hetzelfde moment als het voorafgaand lokaal sociaal overleg over de bestemming van de middelen voor het jaar 2023 en de daaropvolgende jaren.

**§ 2.** Van 1 januari tot 31 december 2021 bedraagt het in § 1, 2<sup>o</sup> vermelde saldo 287.085.608,42 euro (waarde op 1 januari 2021).

Het budget wordt verdeeld naar rata van het totaal van onderdeel B2 van het budget van financiële middelen van elk ziekenhuis, zoals betekend op 1 januari 2021, in verhouding tot het totaal van onderdeel B2 van het budget van financiële middelen van alle ziekenhuizen, zoals betekend op 1 januari 2021.

De bepalingen uit § 1, a), b), c) en d) zijn van toepassing.

Voor het jaar 2021 worden de ongebruikte bedragen bewaard door de zorginstellingen om, in het kader van een voorafgaand lokaal overleg, eenmalige maatregelen te nemen om de zorg aan het bed van de patiënt te versterken. Deze bedragen moeten worden besteed vóór 31 december 2023.]

### [ (3) Afdeling IIbis. Gemeenschappelijke bepalingen voor deel B, met uitzondering van B6, van het budget

[(14) **Art. 80.**] [(7) § 1. Teneinde de baremieke verhogingen te dekken, voortvloeiend uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit , worden de budgetten zoals bepaald in uitvoering van de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 79 en 80, 1°, verhoogd met 0,39 % ].

[(7) § 2. Teneinde de baremieke verhogingen te dekken, voortvloeiend uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit, worden de budgetten zoals bepaald in uitvoering van de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 76bis, 76ter, 76quater, 77, 79 en 80, 1°, verhoogd met 0,75 %.]

[(25) § 3. Teneinde de baremieke verhogingen te dekken, voortvloeiend uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit , worden de budgetten zoals bepaald in uitvoering van de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 75, 76, 76bis, 76ter, 76quater, 76quinquies, 77, 79 en 80 verhoogd vanaf 1 juli 2005 met 0,36 %.]

Le contenu de ce rapport est transmis au SPF Santé publique au plus tard pour le 31 décembre de l'année qui suit l'année concernée au moyen de l'encodage des informations demandées dans le 'Rapport B', dont le modèle est mis à disposition des hôpitaux sur le site du SPF Santé publique. L'organe local de concertation sociale atteste que les informations transmises au SPF sont celles qui lui ont été transmises, en signant la version imprimée.

d) Dans le cadre de la concertation sociale locale, il est mis en place une évaluation annuelle du nombre de soignants et de personnel de soutien par unité et les conséquences sur l'encadrement au chevet du patient.

Cette évaluation doit avoir lieu au plus tard en même temps que la concertation sociale locale préalable sur l'affectation des moyens de l'année 2023 et des années suivantes.

**§ 2.** Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2021, le solde prévu au § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, est de 287.085.608,42 euros (valeur 1<sup>er</sup> janvier 2021).

Le budget est réparti au prorata du total de la sous-partie B2 du budget des moyens financiers de chaque hôpital, tel que notifié au 1<sup>er</sup> janvier 2021, par rapport au total de la sous-partie B2 du budget des moyens financiers de tous les hôpitaux, tel que notifié au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Les dispositions du § 1<sup>er</sup>, a), b), c) et d) sont applicables.

Pour l'année 2021, les montants non-utilisés sont conservés par les établissements de soins afin de mettre en place, dans le cadre d'une concertation locale préalable, des mesures ponctuelles visant à renforcer les soins prodigués au chevet des patients. Ces montants doivent être dépensés avant le 31 décembre 2023.]

### [ (3) Section IIbis. Dispositions communes à la partie B, hors B6, du budget

[(14) **Art. 80.**] [(7) § 1<sup>er</sup>. En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 79 et 80, 1°, sont augmentés de 0,39 % ].

[(7) § 2. En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 76bis, 76ter, 76quater, 77, 79 et 80, 1°, sont augmentés de 0,75 %.]

[(25) § 3. En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 75, 76, 76bis, 76ter, 76quater, 76quinquies, 77, 79 et 80 sont augmentés à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2005 de 0,36 %.]

[(16) § 4. Teneinde de baremiekse verhogingen te dekken, voortvloeiend uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit, worden de budgetten zoals bepaald in uitvoering van de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies en 79sexies verhoogd vanaf 1 juli 2007 met 0,39 %. ]

[(27) § 5. Om de schaalverhogingen te dekken die voortvloeien uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit, worden de budgetten bepaald overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies en 79septies vanaf 1 januari 2008 met 0,78 % verhoogd.

§ 6. Om de schaalverhogingen te dekken die voortvloeien uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit worden vanaf 1 januari 2009 de budgetten, bepaald overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 47bis, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 §§ 1 tot 3, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies en 79septies vanaf 1 januari 2008 met 0,78 % verhoogd.

§ 7. Om de schaalverhogingen te dekken die voortvloeien uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit worden vanaf 1 januari 2010 de budgetten, bepaald overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 47bis, 48, 48bis, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 §§ 1 tot 3, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies, 79septies, 88, 89, 90, 91, 91quater en 95 met 0,78 % voor de algemene ziekenhuizen en met 0,84 % voor de psychiatrische ziekenhuizen verhoogd.]

[(58) **Art. 80/1.** Als gevolg van de COVID-19-pandemie worden alle berekeningen opgenomen in dit besluit waarbij in toepassing van de bepaling gegevens met betrekking tot de jaren 2020 en 2021 moeten worden gebruikt, in afwijking daarvan uitgevoerd op basis van de overeenkomstige gegevens met betrekking tot het jaar 2019, met uitzondering van de berekeningen voor de herzieningen bepaald in de artikelen 74undecies en 92, 2., 10. en 14. ]

### Afdeling III. – Deel C van het budget

[(30) **Onderafdeling I. – Onderdeel C1 van het budget**  
opgeheven]

#### Onderafdeling 2. – Onderdeel C2 van het budget

**Art. 82.** De inhaalbedragen worden vastgesteld overeenkomstig de bepalingen voorzien in Hoofdstuk 10.

#### Onderafdeling 3. – Onderdeel C3 van het budget

[(16) § 4. En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies et 79sexies sont augmentés à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007 de 0,39 %. ]

[(27) § 5. En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies et 79sexies sont augmentés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 de 0,78 %. ]

§ 6. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, en vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 47bis, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 §§ 1<sup>er</sup> à 3, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies, 79septies, 88, 89, 90, 91, 91quater et 95 sont augmentés de 0,78 %.

§ 7. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, en vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 47bis, 48, 48bis, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 §§ 1<sup>er</sup> à 3, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies, 79septies, 88, 89, 90, 91, 91quater et 95 sont augmentés de 0,78 % pour les hôpitaux généraux et de 0,84 % pour les hôpitaux psychiatriques.]

[(58) **Art. 80/1.** En raison de la pandémie de coronavirus COVID-19, tous les calculs prévus dans le présent arrêté, pour lesquels des données relatives aux années 2020 et 2021 doivent être utilisées en application de la disposition, sont, par dérogation, effectués sur base des données concernées relatives à l'année 2019, à l'exception des calculs relatifs aux révisions prévues dans les articles 74undecies et 92, 2., 10. et 14. ]

### Section III. - Partie C du budget

[(30) **Sous-section 1. - Sous-partie C1 du budget abrogée**]

#### Sous-section 2. - Sous-partie C2 du budget

**Art. 82.** Les montants de rattrapage seront fixés conformément aux dispositions du Chapitre 10.

#### Sous-section 3. - Sous-partie C3 du budget

**Art. 83.** [(15) [(21) § 1. Op 1 januari 2010 wordt onderdeel C3 van het budget van financiële middelen vastgesteld door onder alle ziekenhuizen het bedrag van onderdeel C3 op 31 december 2009 te verdelen, waaraan het bedrag van 18.750.000 euro wordt toegevoegd om het verlies aan inkomsten te compenseren die het gevolg zijn van het verbod, vanaf 1 januari 2010, om kamersupplementen te factureren aan patiënten die op een tweepersoonskamer verblijven, naar rata van het totaal van de voor het jaar 2005 gefactureerde supplementen voor eenpersoonskamers.

§2. Voor de ziekenhuizen waarvoor voor een bepaald dienstjaar de waarde van onderdeel C3 hoger ligt dan de tijdens dit boekjaar gefactureerde bedragen van de supplementen voor éénpersoonskamers, kan een herziening van onderdeel C3 worden uitgevoerd.

Die herziening moet het voorwerp uitmaken van een expliciet verzoek van de betrokken ziekenhuisbeheerder.

Na die herziening mag onderdeel C3 een bedrag van 80 % van de inkomsten, afkomstig uit supplementen voor éénpersoonskamers en die tijdens het boekjaar waarvoor dit verzoek is ingediend werden geboekt, niet overschrijden.

Het verzoek om herziening met betrekking tot een bepaald dienstjaar leidt de facto tot de herziening van onderdeel C3 voor de vier daaropvolgende dienstjaren.]]

[(18) [(16) § 4. ingetrokken vanaf 1 juli 2007]

[(18) (21) §4. ingetrokken]]

#### **[(46) Onderafdeling 4. – Onderdeel C4 van het budget opgeheven ]**

### **Afdeling IV. – Indexering van de delen van het budget**

**Art. 85.** [(27) § 1. a) Het deel B [(36) opgeheven] wordt gekoppeld aan de “gezondheidsindex” zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1983 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van ’s lands concurrentievermogen.

Niettemin moet de indexering van de financieringen, toegekend overeenkomstig de bepalingen van een contract afgesloten met de minister bevoegd voor volksgezondheid of zijn afgevaardigd ambtenaar, expliciet voorzien zijn in de bewoordingen van het contract.

b) Het deel B dat bij het begin van elk dienstjaar wordt vastgesteld, wordt opgesteld in functie van het geldende indexcijfer van de consumptieprijsen en van de indexhypothesen, die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de Staatsbegroting, bekend op het ogenblik van de betekening.

Na beëindiging van het dienstjaar wordt er een positieve of negatieve aanpassing uitgevoerd in functie van de werkelijke indexgegevens.]

§ 2. De delen A en C van het budget worden niet geïndexeerd.

### **HOOFDSTUK VII – Vaststelling van het vaste en variabele gedeelte van het budget**

**Art. 83.** [(15) [(21) § 1er. Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, la sous-partie C3 du budget des moyens financiers est fixée en répartissant, entre tous les hôpitaux, le montant de la sous-partie C3 au 31 décembre 2009, auquel est ajouté un montant de 18.750.000 euros en vue de compenser la perte de recettes résultant de l’interdiction, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, de facturer des suppléments de chambre aux patients séjournant dans des chambres à deux lits, au prorata du total des suppléments de chambres à un lit facturés pour l’année 2005.

§2. Pour les hôpitaux dont la valeur de la sous-partie C3, pour un exercice déterminé, est supérieure aux montants des suppléments de chambres à un lit facturés durant cet exercice comptable, une révision de la sous-partie C3 peut être effectuée.

Cette révision doit faire l’objet d’une demande explicite du gestionnaire de l’hôpital concerné.

Au terme de cette révision, la sous-partie C3 ne peut dépasser un montant de 80 % des recettes en suppléments de chambres à un lit comptabilisées durant l’exercice comptable pour lequel cette demande est introduite.

La demande de révision pour un exercice déterminé induit, de facto, la révision de la sous-partie C3 pour les quatre exercices suivants.]]

[(18) [(16) § 4. abrogé à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007]

[(18) [(21) § 4. retiré]]

#### **[(46) Sous-section 4. - Sous-partie C4 du budget abrogée ]**

### **Section IV. – Indexation des parties du budget**

**Art. 85.** [(27) § 1er. a) La partie B [(36) abrogés] est liée à l’indice santé tel que défini à l’article 2 de l’arrêté royal du 24 décembre 1983, portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Cependant, en ce qui concerne l’indexation des financements octroyés conformément aux dispositions d’un contrat conclu avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions, ou son fonctionnaire délégué, elle doit être explicitement prévue dans les termes du contrat.

b) La partie B, communiquée au début de chaque exercice, est établie en fonction de l’indice santé en vigueur et en fonction des hypothèses d’indexation retenues pour le calcul du budget de l’Etat, connues au moment de la communication.

L’exercice terminé, un ajustement positif ou négatif selon le cas, est opéré en fonction des dates réelles d’indexation.]

§ 2. Les parties A et C du budget ne seront pas indexées.

### **CHAPITRE VII. – Fixation des parties fixe et variable du budget**

**Art. 86. § 1.** Het vaste gedeelte van het budget van de financiële middelen wordt gevormd :

- door het budget van de onderdelen A1, A2, A3, B3, B4, B5, B6, B7, B8, [(30) opgeheven], C2 [(46) en C3.] Dat laatste onderdeel betreft enkel de palliatieve ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen;
- 80 % van de budgetten van de onderdelen B1 en B2.

**§ 2.** Het variabel gedeelte van het budget van de financiële middelen wordt gevormd door 20 % van de budgetten van de onderdelen B1 en B2.

**§ 3.** Het vaste en variabele gedeelte bepaald overeenkomstig §§1, en 2, wordt in twee gedeelten opgesplitst, waarbij het ene berekend wordt op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de in artikel 99, §2, bedoelde patiënten en het andere op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de in artikel 100 bedoelde patiënten.

Zodra het dienstjaar is beëindigd wordt de bovengenoemde opsplitsing op basis van de specifieke gegevens van dit dienstjaar herzien.

### HOOFDSTUK VIII – Vaststelling van het referentieaantal bedoeld in artikel 97, §1, e), van de wet op de ziekenhuizen

**Art. 87. § 1.** Voor de acute ziekenhuizen en de Sp-diensten, buiten de Sp-diensten voor palliatieve verzorging, wordt geen referentieaantal vastgesteld.

**§ 2.** Voor palliatieve ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden wordt er een enkel referentieaantal vastgesteld, en dat op volgende wijze :

$$\text{Aantal bedden} \times 365 \times 0,8$$

**§ 3.** Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt er een enkel referentieaantal vastgesteld, en dat op de volgende wijze :

$$[(8) \sum (\text{aantal bedden dag en nacht per dienst op 1 januari} \times 365 \times T) + (\text{aantal dag-bedden of nacht-bedden per dienst op 1 januari} \times 251 \times T)]$$

waarbij:

$$T = A, T, Tf, [(15) T Vp] = 80 \%$$

$$[(8) Ad, An, Td, Tn = 80 \%]$$

$$K = 70 \%$$

$$[(8) Kd = 70 \%]$$

$$[(8) Kn = 70 \%]$$

### HOOFDSTUK IX – Aanpassing van het budget

#### Afdeling I. – Acute ziekenhuizen

**Art. 86. § 1er.** La partie fixe du budget des moyens financiers est constituée:

- du budget des sous-parties A1, A2, A3, B3, B4, B5, B6, B7, B8, [(30) abrogé], C2 [(46) et C3.] Cette dernière sous-partie ne concerne que les hôpitaux et services Sp palliatifs, grands brûlés et psychiatriques ;
- 80 % des budgets des sous-parties B1 et B2.

**§ 2.** La partie variable du budget des moyens financiers est constituée de 20 % des budgets des sous-parties B1 et B2.

**§ 3.** Les parties fixe et variable déterminées conformément aux §§1, et 2, sont scindées en deux parties, l'une calculée sur base du nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu pour les patients visés à l'article 99, §2, l'autre calculée sur base du nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu pour les patients visés par l'article 100.

L'exercice considéré terminé, la scission précitée est revue sur base des données propres à cet exercice.

### CHAPITRE VIII. – Fixation du nombre de référence visé à l'article 97, §1, e), de la loi sur les hôpitaux

**Art. 87. § 1er.** Pour les hôpitaux aigus et les services Sp, hors les services Sp soins palliatifs, il n'est pas fixé de nombre de référence.

**§ 2.** Pour les hôpitaux et services Sp palliatifs et les unités de grands brûlés, un seul nombre de référence est fixé qui est constitué de la manière suivante :

$$\text{Nombre de lits} \times 365 \times 0,8$$

**§ 3.** Pour les hôpitaux psychiatriques, un seul nombre de référence est fixé qui est constitué de la manière suivante :

$$[(8) \sum (\text{nombre de lits de jour et de nuit par service au 1er janvier} \times 365 \times T) + (\text{nombre de lits de jour ou lits de nuit par service au 1er janvier} \times 251 \times T)]$$

où :

$$T = A, T, Tf, [(15) T Vp] = 80 \%$$

$$[(8) Aj, An, Tj, Tn = 80 \%]$$

$$K = 70 \%$$

$$[(8) Kj = 70 \%]$$

$$[(8) Kn = 70 \%]$$

### CHAPITRE IX – Adaptation du budget

#### Section I. – Hôpitaux aigus

## Onderafdeling 1 – Afschaffing van ziekenhuisbedden

**Art. 88. § 1.** In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden, begrepen in het aantal verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, §1, 1°, zijn de volgende regels van toepassing:

1. Onderdeel A1 wordt, voor wat de afschrijvingslasten voor de [(25) bij toepassing van artikel 29] vastgestelde medische en niet-medische uitrusting betreft, propotioneel aangepast in functie van de wijziging van de bedcapaciteit;
2. de onderdelen B1, B2 en B5 van het budget worden propotioneel verminderd in functie van de wijziging van de bedcapaciteit.

[(25) opgeheven]

**§ 2.** In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden die niet begrepen zijn in het aantal verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, §1, 1°, wordt er geen enkele vermindering van het budget uitgevoerd, behalve voor wat de onderdelen A1 en B5 waarop de bepalingen van §1, van toepassing zijn, betreft.

[ (4) § 3. Gedurende de aanpassingsperiode bedoeld in artikel 45, § 9, worden de gesloten erkende bedden verdeeld in verantwoorde en niet-verantwoerde bedden prorata het in artikel 45, § 9 bedoelde aanpassingspercentage dat geldt tijdens het dienstjaar waarin de bedden worden gesloten. ]

## Onderafdeling 2 – Opening van ziekenhuisbedden

**Art. 89.** In geval van opening van ziekenhuisbedden zijn volgende regels van toepassing.

In geval het aantal ziekenhuisbedden vermeerderd wordt:

- met een vermindering van het aantal verantwoorde bedden [(4) of met een aantal bedden berekend met toepassing van artikel 88, § 3] in een ander ziekenhuis, wordt het budget van de onderdelen A1, B1, B2 en B5 vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met die waarvoor het budget van het andere ziekenhuis verminderd wordt bij toepassing van artikel 88, §1. [(25) opgeheven]
- bij toepassing van artikel 31 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen worden de onderdelen B1, B2 en B5 vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met het respectieve gedeelte van de onderdelen B1, B2 en B5 van het budget van financiële middelen dat overeenstemt met het aantal uitgebate bedden;

[(25) opgeheven]

## Onderafdeling 3 – Omschakeling van ziekenhuisbedden

**Art. 90. § 1.** Indien één of meer acute diensten van een ziekenhuis naar één of meerdere andere acute diensten omgeschakeld worden, wordt onderdeel B2 van het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis in min of in meer herzien, en dit in functie van de waarde van het aantal punten toegekend aan de gesloten dienst of diensten en aan de nieuwe dienst of diensten bij toepassing van artikel 46, §2.

## Sous-section 1. – Suppression de lits hospitaliers

**Art. 88. § 1er.** En cas de suppression de lits hospitaliers compris dans le nombre de lits justifiés dont question à l'article 46, §1, 1°, les règles suivantes sont d'application :

1. la sous-partie A1 est, en ce qui concerne les charges d'amortissements de l'équipement médical et non médical qui sont fixées [(25) en application de l'article 29,] adaptée proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits ;
2. les sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont réduites proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits.

[(25) abrogé]

**§ 2.** En cas de suppression de lits hospitaliers non compris dans le nombre de lits justifiés dont question à l'article 46, §1, 1°, aucune diminution du budget n'est appliquée sauf en ce qui concerne les sous-parties A1 et B5 pour lesquelles les dispositions du §1er, sont d'application.

[ (4) § 3. Pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9, les lits agréés fermés sont répartis entre lits justifiés et lits non justifiés au prorata du pourcentage d'ajustement, dont question à l'article 45, § 9, en vigueur pendant l'exercice au cours duquel les lits sont fermés. ]

## Sous-section 2. – Ouverture de lits hospitaliers

**Art. 89.** En cas d'ouverture de lits hospitaliers les règles suivantes sont d'application.

Au cas où le nombre de lits hospitaliers est augmenté :

- par une réduction d'un nombre de lits justifiés [(4) ou d'un nombre de lits calculé en application de l'article 88, § 3] dans un autre hôpital le budget des sous-parties A1, B1, B2 et B5 est augmenté d'un montant qui correspond à ceux par lequel le budget de l'autre hôpital est diminué en application de l'article 88, §1. [(25) abrogé]
- par application de l'article 31 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, les sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à la partie respective des sous-parties B1, B2 et B5 du budget des moyens financiers correspondant au nombre de lits mis en exploitation ;

[(25) abrogé]

## Sous-section 3. – Reconversion de lits hospitaliers

**Art. 90. § 1er.** Si un ou plusieurs services aigus d'un hôpital sont convertis en un ou plusieurs autres services aigus, la sous-partie B2 du budget des moyens financiers de l'hôpital est revue en moins ou en plus en fonction de la valeur du nombre de points attribués au(x) service(s) fermé(s) et au(x) nouveau(x) service(s) en application de l'article 46, §2.

**§ 2.** Indien één of meer acute diensten van een ziekenhuis omgeschakeld worden naar één of meer Sp-diensten of diensten van een psychiatrische ziekenhuis, zijn de regels van onderafdeling 1 van toepassing.

## Afdeling II. – Sp-diensten, geïsoleerde G-diensten en Psychiatrische Ziekenhuizen

**Art. 91. § 1.** Ingeval van afschaffing van ziekenhuisbedden of in geval bijkomende bedden in gebruik genomen worden, zijn volgende regels van toepassing:

- 1° het referentieaantal voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt aangepast overeenkomstig de bepalingen van artikel 87, §3;
- 2° ingeval van vermindering van het aantal bedden wordt Onderdeel A1 van het budget, voor wat de [(25) bij toepassing van artikel 29] vastgestelde afschrijvingslasten betreft, proportioneel aangepast in functie van de wijziging van de bedcapaciteit. In geval van een beddenoverdracht wordt het erop betrekking hebbende bedrag overgedragen naar het budget van het ziekenhuis dat de overgedragen bedden verkrijgt ;
- 3° a) in geval het aantal ziekenhuisbedden verminderd wordt, worden de onderdelen B1, B2 en B5 verminderd met een bedrag in evenredigheid met de vermindering van de bedcapaciteit van het ziekenhuis;  
b) ingeval het aantal ziekenhuisbedden wordt vermeerderd:
  - door vermindering van een aantal bedden in een andere Sp-dienst of psychiatrisch ziekenhuis, worden de onderdelen B1, B2 en B5 van het budget vermeerderd met het bedrag waarmee het budget in het ander ziekenhuis wordt vermindert [(25) opgeheven]. Indien de vermindering plaatsvindt in een acuut ziekenhuis is er enkel overdracht van budget indien het bedden betreft zoals bedoeld in artikel 46, §1, 1°;
  - door toepassing van artikel 31 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, worden de onderdelen B1, B2 en B5 van het budget vermeerderd met het bedrag dat gelijk is aan het respectievelijk aandeel van de Onderdelen B1, B2 en B5 overeenstemmend met het aantal bedden dat in gebruik genomen wordt.

**§ 2.** Indien één of meerdere diensten van een psychiatrisch ziekenhuis omgeschakeld worden in één of meerdere andere diensten met andere personeelsnormen wordt Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, zowel naar beneden als naar boven, herzien. In dit laatste geval wordt de herziening slechts toegekend voor zover het bijkomend personeel effectief aangeworven wordt. De personeelsnormen zijn deze zoals bedoeld in artikel 48 van dit besluit.

## [(15) Afdeling III. – Budgettaire neutralisatie

**§ 2.** Si un ou plusieurs services aigus d'un hôpital sont convertis en un ou plusieurs services Sp ou services d'hôpital psychiatrique, les règles reprises à la sous-section 1 sont d'application.

## Section II. – Services Sp, Services G isolés et Hôpitaux psychiatriques

**Art. 91. § 1er.** En cas de suppression de lits hospitaliers ou de mise en exploitation de lits supplémentaires, les règles suivantes sont d'application:

- 1° le nombre de référence pour les hôpitaux psychiatriques est adapté conformément aux dispositions prévues à l'article 87, §3;
- 2° en cas de diminution du nombre de lits, la Sous-partie A1 du budget est, en ce qui concerne les charges d'amortissements qui sont fixées [(25) en application de l'article 29,] adaptée proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits. En cas d'un transfert des lits, le montant y afférent est transmis au budget de l'hôpital qui reçoit les lits transférés ;
- 3° a) au cas où le nombre de lits hospitaliers est diminué, les sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont réduites d'un montant proportionnel à la diminution de capacité en lits de l'hôpital ;  
b) au cas où le nombre de lits hospitaliers est augmenté :
  - par une réduction du nombre de lits dans un autre service Sp ou hôpital psychiatrique, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à celui par lequel le budget de l'autre hôpital est diminué [(25 abrogé]. Si la réduction intervient dans un hôpital aigu, il n'y a transfert de budget que s'il s'agit de lits visés à l'article 46, §1, 1°;
  - par application de l'article 31 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, les sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à la part respective des sous-parties B1, B2 et B5 correspondant au nombre de lits mis en exploitation.

**§ 2.** Si un ou plusieurs services d'un hôpital psychiatrique sont convertis en un ou plusieurs autres services avec d'autres normes de personnel, la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers de l'hôpital est revue à la baisse comme à la hausse. Dans ce dernier cas, la révision n'est accordée que pour autant que le personnel supplémentaire soit réellement engagé. Les normes de personnel sont celles visées à l'article 48 du présent arrêté.

## [(15) Section III. – Neutralisation budgétaire

**Art. 91bis.** De bepalingen van afdeling I en afdeling II hebben geen weerslag op het beschikbare nationale budget voor de vaststelling van de onderdelen A1, B1, B2 en B5 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

**Art. 91ter.** Tot op het ogenblik dat de gegevens met betrekking tot zijn activiteit rekening houden met de aanpassing van de structuur van de bedden volgend op de sluiting, de opening of de reconversie van bedden, blijft het ziekenhuis deel uitmaken van de groep van ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 40, waartoe het behoorde voorafgaand aan de voormelde aanpassing van de structuur van de bedden.

#### Afdeling IV. – Bijzonder bedrag bedoeld in artikel 99 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987

##### Onderafdeling 1. – Algemene bepalingen

**Art 91quater.** In het onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis kan in een bijzonder bedrag worden voorzien om de werking ervan te verbeteren, overeenkomstig de regelen en voorwaarden van deze afdeling.

##### Onderafdeling 2. – Voorwaarden voor de toekenning

**Art. 91quinquies. § 1.** Om recht te hebben op het bijzonder bedrag bedoeld in artikel 91quater, dient de beheerder van het ziekenhuis een structurele vermindering van het budget van financiële middelen van de instelling aan te tonen. Deze vermindering moet het gevolg zijn van een interne herstructurering van de inrichting of het resultaat van een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met één of meerdere ziekenhuizen die leidt tot een specialisatie of een grotere concentratie van ziekenhuisactiviteiten.

§ 2. Onder structurele vermindering wordt begrepen: een terugkerende en reële vermindering van het budget van het ziekenhuis binnen een of meerdere van onderdelen A1, A3, B1, B2, B3 of B5.

**Art. 91sexies.** De beheerder kan geen aanspraak maken op het bijzonder bedrag als het voorwerp waarvoor hij de aanvraag doet aanleiding gegeven heeft tot de toekenning van een vergoeding bij toepassing van de bepalingen van het koninklijk besluit van 19 mei 1987 houdende vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling voor de niet-uitvoering van projecten van ziekenhuisbouw en voor de sluiting en de niet-ingebruikname van ziekenhuisdiensten evenals de wijze waarop de schadeloosstelling wordt berekend.

**Art. 91septies. § 1.** De beheerder richt bij aangetekend schrijven een aanvraag tot toekenning van een bijzonder bedrag aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

**Art. 91bis.** Les dispositions des sections I et II n'ont pas d'incidence sur le budget national disponible pour la fixation des sous-parties A1, B1, B2 et B5 des hôpitaux généraux et psychiatriques.

**Art. 91ter.** Jusqu'au moment où les données relatives à son activité prennent en compte l'adaptation de la structure de lits consécutive à la fermeture, l'ouverture ou la reconversion de lits, l'hôpital continue à faire partie du groupe des hôpitaux, tel que visé à l'article 40, auquel il appartenait avant l'adaptation de la structure de lits susmentionnée.

#### Section IV. – Montant spécifique visé à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

##### Sous-section 1. – Dispositions générales

**Art. 91quater.** Un montant spécifique peut être prévu dans la sous-partie B4 du budget des moyens financiers de l'hôpital pour en améliorer le fonctionnement conformément aux règles et conditions fixées par la présente section.

##### Sous-section 2. – Conditions d'octroi

**Art. 91quinquies. § 1<sup>er</sup>.** Pour pouvoir bénéficier du montant spécifique visé à l'article 91quater, le gestionnaire de l'hôpital doit faire la preuve d'une diminution structurelle du budget des moyens financiers de l'institution. Cette diminution doit être la conséquence d'une restructuration interne de l'établissement ou le résultat d'un accord de collaboration conclu avec un ou plusieurs hôpitaux dont il résulte une spécialisation ou une concentration accrue des activités hospitalières.

§ 2. Par diminution structurelle, on entend une réduction récurrente et réelle du budget de l'hôpital dans une ou plusieurs des sous-parties A1, A3, B1, B2, B3 ou B5.

**Art. 91sexies.** Le gestionnaire ne peut prétendre au bénéfice du montant spécifique si l'objet pour lequel il introduit la demande a donné lieu à l'octroi d'une indemnité en exécution des dispositions de l'arrêté royal du 19 mai 1987 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution de projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non-mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation.

**Art. 91septies. § 1<sup>er</sup>.** Le gestionnaire adresse une demande d'octroi d'un montant spécifique, par lettre recommandée, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

**§ 2.** Bij zijn aanvraag gericht aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu voegt de beheerder de volgende gegevens:

- 1° de aard en de omvang van de maatregelen die leiden tot de structurele vermindering;
- 2° de precieze opsomming van elk van de maatregelen en hun weerslag op het budget van financiële middelen van het ziekenhuis.

**Art. 91octies. § 1.** De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu behandelt de aanvraag.

Hij gaat de verstrekte gegevens na en onderzoekt of de voorwaarden voor de toekenning van een bijzonder bedrag vervuld zijn.

Hij bevestigt de ontvankelijkheid van de aanvraag binnen de 60 dagen na ontvangst van de aanvraag.

**§ 2.** Indien de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, na het verstrijken van de termijn bedoeld in §1, geen beslissing heeft genomen, wordt de aanvraag geacht aanvaard te zijn.

**Art. 91nonies. § 1.** Indien de voorwaarden voor de toekenning zijn vervuld, wordt een overeenkomst opgemaakt tussen de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en de beheerder(s).

Deze overeenkomst bevat minstens volgende elementen :

- 1° de maatregelen waartoe de beheerder(s) zich verbind(t)(en) conform de aanvraag bedoeld in artikel 91septies en de doeleinden waarvoor het bedrag is bestemd, inzonderheid de schikkingen ten gunste van het personeel vallend onder de interne herstructureringsmaatregelen of genomen in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen de ziekenhuizen;
- 2° de wederzijdse verbintenissen waartoe de door een samenwerkingsakkoord gebonden ziekenhuizen gehouden zijn om het voordeel van het bijzonder bedrag te behouden.

**§ 2.** Op verzoek van één van de beheerders die de in § 1 bedoelde overeenkomst hebben ondertekend, komen de voorwaarden van de overeenkomst, mits het akkoord van alle partijen, voor herziening in aanmerking.

**Art. 91decies. § 1.** Om het bijzonder bedrag te kunnen behouden, moeten de schikkingen ten gunste van het personeel vallend onder de maatregelen van interne herstructurering of genomen in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen de ziekenhuizen worden nageleefd en moeten de voorgenomen maatregelen daadwerkelijk worden ten uitvoer gelegd.

**§ 2.** De beheerder mag het hem toegekende bijzondere bedrag niet aanwenden voor andere doeleinden dan deze omschreven in de overeenkomst.

### Onderafdeling 3. – Wijze waarop het bijzonder bedrag wordt berekend en uitbetaald.

**§ 2.** Le gestionnaire accompagne cette demande au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement des données suivantes :

- 1° la nature et la portée des mesures entraînant la diminution structurelle ;
- 2° l'énumération précise de chacune des mesures et leur incidence sur le budget des moyens financiers de l'hôpital.

**Art. 91octies. § 1<sup>er</sup>.** Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement instruit la demande.

Il vérifie les données fournies et examine si les conditions d'octroi d'un montant spécifique sont réunies.

Il confirme, dans les 60 jours qui suivent la réception de la demande, la recevabilité de la demande.

**§ 2.** Si, à l'expiration du délai visé au § 1<sup>er</sup>, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement n'a pas pris décision, la demande est réputée acceptée.

**Art. 91nonies. § 1<sup>er</sup>.** Si les conditions d'octroi sont réunies, une convention est conclue entre le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions et le(s) gestionnaire(s).

Cette convention comporte au moins les éléments suivants :

- 1° les mesures que s'engage(nt) à prendre le(s) gestionnaire(s) conformément à la demande visée à l'article 91septies et les fins auxquelles le montant est destiné, notamment les dispositions prises en faveur du personnel concerné par les mesures de restructuration interne ou dans le cadre de l'accord de collaboration conclu entre les hôpitaux ;
- 2° les engagements réciproques que les hôpitaux liés par un accord de collaboration sont tenus de respecter pour conserver le bénéfice du montant spécifique.

**§ 2.** A la demande d'un des gestionnaires signataires de la convention visée au § 1<sup>er</sup> et moyennant l'accord de toutes les parties, les termes de la convention sont révisables.

**Art. 91decies. § 1<sup>er</sup>.** Le maintien du montant spécifique est subordonné au respect des dispositions prises en faveur du personnel concerné par les mesures de restructuration interne ou dans le cadre de l'accord de collaboration conclu entre les hôpitaux et compte tenu de l'exécution effective des mesures envisagées.

**§ 2.** Le gestionnaire ne peut pas utiliser le montant spécifique octroyé à des fins autres que celles définies dans la convention.

### Sous-section 3. – Le mode de calcul et de liquidation du montant spécifique.

**Art. 91undecies.** Het bijzonder bedrag dat wordt toegekend aan het ziekenhuis wordt bepaald op de datum van de ondertekening van de overeenkomst.

**Art. 91duedecies.** De basis voor de berekening van het bijzonder bedrag is het budget van financiële middelen van het ziekenhuis zoals gekend op de datum van de ondertekening van de overeenkomst.

**Art. 91terdecies. § 1.** Het bijzonder bedrag wordt toegekend voor een periode van zes jaar en wordt vastgelegd op een percentage van de structurele vermindering, aan de hand van volgende regels :

- 1° indien de structurele vermindering leidt tot een vermindering lager dan 5 % van het jarbudget van de financiële middelen van het ziekenhuis, wordt het percentage vastgelegd op 50 % van deze vermindering ;
- 2° si la diminution structurelle induit une réduction égale ou supérieure à 5 % du budget annuel des moyens financiers de l'hôpital, le pourcentage est fixé à 100 % de cette diminution pour les trois premières années de la période considérée et à 50 % pour les trois dernières années ;
- 3° si la diminution structurelle induit une réduction égale ou supérieure à 5 % du budget annuel des moyens financiers de l'hôpital, le pourcentage est fixé à 100 % de cette diminution pour les trois premières années de la période considérée et à 50 % pour les trois dernières années ;
- 4° si la diminution structurelle induit une réduction égale ou supérieure à 5 % du budget annuel des moyens financiers de l'hôpital, le pourcentage est fixé à 100 % de cette diminution pour les trois premières années de la période considérée et à 50 % pour les trois dernières années ;

**§ 2.** In het kader van een samenwerkingsovereenkomst wordt op dit bedrag een coëfficiënt toegepast die het relatieve aandeel uitdrukt van de lasten die de aanvrager draagt in uitvoering van de schikkingen van de overeenkomst die handelen over het personeel.

**Art. 91quaterdecies.** Het bijzonder bedrag wordt jaarlijks in het budget van financiële middelen van het ziekenhuis vereffend, rekening houdend met de uitvoering van de maatregelen van de overeenkomst.

#### Onderafdeling 4. – Aanpassing van het bijzonder bedrag

**Art. 91quinquiesdecies.** Elke nieuwe bepaling van budgettaire aard die tijdens de looptijd van de overeenkomst van toepassing is op het personeel gefinancierd door het budget van financiële middelen, heeft een aanpassing van het bijzonder bedrag tot gevolg.

#### Onderafdeling 5. – Controle en sancties

**Art. 91undecies.** Le montant spécifique attribué à l'hôpital est déterminé à la date de la signature de la convention.

**Art. 91duedecies.** La base de calcul du montant spécifique est le budget des moyens financiers de l'hôpital tel que connu à la date de signature de la convention.

**Art. 91terdecies. § 1er.** Le montant spécifique est attribué pour une période de six ans et est fixé à un pourcentage de la diminution structurelle selon les règles suivantes :

- 1° si la diminution structurelle induit une réduction inférieure à 5 % du budget annuel des moyens financiers de l'hôpital, le pourcentage est fixé à 50 % de cette diminution. ;
- 2° si la diminution structurelle induit une réduction égale ou supérieure à 5 % du budget annuel des moyens financiers de l'hôpital, le pourcentage est fixé à 100 % de cette diminution pour les trois premières années de la période considérée et à 50 % pour les trois dernières années ;
- 3° si la diminution structurelle porte exclusivement sur une réduction des surfaces prises en considération pour l'établissement de la sous-partie B1 du budget des moyens financiers, le pourcentage est fixé à 100 % de cette diminution ;
- 4° si la diminution structurelle est le résultat d'un accord de collaboration dont l'objet est simultanément de concentrer et de réduire l'offre de lits visés par l'accord, le pourcentage du montant spécifique est fixé à 75 % de cette diminution pour les trois premières années de la période considérée et à 50 % pour les trois dernières années.

**§ 2.** Dans le cadre d'un accord de collaboration, ce montant est affecté d'un coefficient qui traduit la part relative des charges que supporte le demandeur en exécution des dispositions conventionnelles relatives au personnel.

**Art. 91quaterdecies.** Le montant spécifique est liquidé annuellement dans le budget des moyens financiers de l'hôpital compte tenu de l'exécution des mesures reprises dans la convention.

#### Sous-section 4. – Adaptation du montant spécifique

**Art. 91quinquiesdecies.** Toute disposition nouvelle de nature budgétaire qui est d'application pour le personnel financé par le budget des moyens financiers, pendant la durée de la convention, entraîne une adaptation du montant spécifique.

#### Sous-section 5. – Contrôle et sanctions

**Art. 91sexiesdecies.** De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu evalueert de uitvoering van de maatregelen van de overeenkomst en brengt, bij niet-naleving ervan, de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft hiervan schriftelijk op de hoogte.

In dat geval kan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, na de beheerder van het ziekenhuis te hebben gehoord, beslissen tot de gehele of gedeeltelijke terugvordering van het toegekend bijzonder bedrag.

Bij niet-naleving van de bepalingen van de overeenkomst wordt het bijzonder bedrag geheel of gedeeltelijk teruggevorderd. ]

## HOOFDSTUK X. - Voorwaarden en regelen voor de herziening van het budget

### Afdeling I. - Herziening van sommige bestanddelen

**Art. 92.** Worden na beëindiging van het boekjaar van ambtswege herzien, rekening houdend met de regelen voorzien in Hoofdstuk VI:

1. [(21) [(30) onderdeel A1, met uitzondering van de afschrijvingslasten dewelke forfaitair worden bepaald overeenkomstig artikel 29, uitgezonderd deze bepaald in artikel 26bis voor de periode van 1 januari 2011 tot 31 december 2015, en het onderdeel A3]] ;
2. de maatregel betreffende de uitgaven van de [(14) in artikel 79] bedoelde verstrekkingen alsmede de naleving van de verschillende maatregelen betreffende de toename van het personeel in de ziekenhuisdiensten;
3. onderdeel B4 voor wat de activiteiten betreft waarvoor een rapport wordt gevraagd;
4. de splitsing van het vast en variabel gedeelte zoals bedoeld in artikel 86, §3;
5. voor de Sp-diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen, de vergoeding, overeenkomstig Afdeling II, van de activiteiten ten opzichte van het referentieaantal die in meer worden gerealiseerd of die niet gerealiseerd worden;
6. de aanpassing aan de werkelijkheid voor de indexhypothesen van Deel B, gebruikt bij de betekening van het budget zoals bedoeld in artikel 85, §1, b;
7. de correcties aan de budgetten van de onderdelen B1, B2 en B5 zoals bedoeld in de artikelen 88, §§1,2 en 8;
8. [ (6) [(39) geschrapt]]
9. [ (4) de financiering van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde B zoals bedoeld [(14) in artikel 74bis]. ]
10. [(27) [(58) 10. onderdeel B9, wat betreft de artikelen 79bis, 79quater en 79septies; ]]
11. [(15) Onderdeel C3 van de ziekenhuizen die explicet om de herziening van dit onderdeel hebben verzocht. ]
12. [(19)(24) Voor het Kankerplan, de financieringen voorzien in artikel 64, § 1 en § 2, volgens de modaliteiten die erin zijn vastgelegd;]

**Art. 91sexiesdecies.** Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement évalue l'exécution des mesures reprises dans la convention et, en cas de non-respect de celles-ci, en informe, par écrit, le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Dans ce cas, le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions peut, après audition du gestionnaire de l'hôpital, décider de la récupération, partielle ou totale, du montant spécifique octroyé.

En cas de non-respect des dispositions prévues par la convention, le montant spécifique est totalement ou partiellement récupéré. ]

## CHAPITRE X – Conditions et règles de la révision du budget

### Section I. - Révision de certains éléments

**Art. 92.** Sont revues d'office l'exercice terminé en tenant compte des règles prévues au Chapitre VI :

1. [(21) [(30) la sous-partie A1, sauf les charges d'amortissement fixées forfaitairement conformément à l'article 29, hormis celles définies dans l'article 26bis pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2015, et la sous-parties A3]] ;
2. la mesure relative aux dispenses de prestations visées [(14) à l'article 79] ainsi que le respect des différentes mesures relatives à l'augmentation du personnel dans les services hospitaliers ;
3. la sous-partie B4 en ce qui concerne les activités pour lesquelles un rapport est demandé ;
4. la scission des parties fixe et variable telle que visée à l'article 86, §3 ;
5. pour les services Sp palliatifs, les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques, l'indemnisation des activités par rapport au nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées tel que visée à la Section II ;
6. l'ajustement à la réalité pour les hypothèses d'indexation de la Partie B utilisées lors de la communication du budget tel que visé à l'article 85, §1<sup>er</sup>, b ;
7. les corrections aux budgets des sous-parties B1, B2 et B5 telles que visées aux articles 88, §§1, 2 et 8 ;
8. [ (6) [(39) abrogé]]
9. [ (4) le financement des programmes de soins de médecine de reproduction B comme visé [(14) à l'article 74bis]. ]
10. [(27) [(58) la sous-partie B9, en ce qui concerne les articles 79bis, 79quater et 79septies; ]]
11. [(15) La sous-partie C3 des hôpitaux qui ont demandé explicitement la révision de cette sous-partie. ]
12. [(24) Pour le Plan Cancer, les financements visés à l'article 64, §§ 1<sup>er</sup> et 2 selon les modalités qui y sont définies ;]

13. [(24) Vanaf het jaar 2010, en vervolgens om de drie jaar, de financiering van de vervangingskost van langdurig afwezige statutaire personeelsleden, volgens de voorwaarden bepaald in artikel 73ter;]]

[(47) 14. de financiering van een jaarlijkse premie toegekend aan bepaalde verpleegkundigen volgens de voorwaarden zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties; ]

15. [(22) de kwalificatie en de effectieve toewijzing in een zorgprogramma voor oncologische basiszorg of een zorgprogramma voor oncologie van de diëtisten die gefinancierd worden krachtens artikel 64, §7.]

## Afdeling II. - Herziening van de budgetten B1 en B2 ingevolge de niet-realisaie of overschrijding van het referentieaantal

**Art. 93. § 1.** Op de Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden zijn de volgende regels van toepassing :

1° voor de verpleegdagen die ten opzichte van het referentieaantal niet gerealiseerd worden, wordt er een bedrag toegekend dat overeenstemt met de waarde per referentieaantal van het variabele gedeelte van de budgetten B1 en B2, vermenigvuldigd met het aantal niet-gerealiseerde verpleegdagen;

2° er wordt geen enkel bedrag toegekend voor de verpleegdagen die boven het referentieaantal gerealiseerd worden, en dat met inbegrip van de verpleegdagen die boven een bezetting van meer dan 100% gerealiseerd worden.

**§ 2.** Voor de psychiatrische ziekenhuizen is de volgende regel van toepassing :

- er wordt geen enkel bedrag toegekend voor de verpleegdagen die niet of ten opzichte van het referentieaantal in plus gerealiseerd worden, en dat met inbegrip van de dagen die boven een bezetting van meer dan 100 % gerealiseerd worden.

## HOOFDSTUK XI. - Nieuwbouw of belangrijke structurele wijzigingen

### Afdeling I. - Algemene bepalingen

**Art. 94.** Dit hoofdstuk bepaalt voor alle ziekenhuizen de regelen met betrekking tot de vaststelling van het budget voor de hiernavolgende gevallen:

1. nieuwbouw;
2. fusie van twee of meerdere ziekenhuizen

### Afdeling II. - Nieuwbouw

13. [(24) A partir de l'année 2010, et ensuite tous les trois ans, le financement du coût du remplacement du personnel statutaire en absence de maladie de longue durée, selon les conditions définies dans l'article 73ter ;]]

[(47) 14. le financement d'une prime annuelle octroyée à certains infirmiers selon les conditions définies dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ; ]

15. [(22) la qualification et l'affectation effective dans un programme de soins de base en oncologie ou un programme de soins d'oncologie des diététiciens financés en vertu de l'article 64, §7.]

## Section II. - Révision des budgets B1 et B2 en raison de la non-réalisation ou du dépassement du nombre de référence

**Art. 93. § 1er.** Pour les services Sp palliatifs et les unités de grands brûlés, les règles suivantes sont d'application :

1° pour les journées d'hospitalisation non réalisées par rapport au nombre de référence, il est accordé un montant correspondant à la valeur par nombre de référence de la partie variable des budgets B1 et B2 multiplié par le nombre de journées non réalisées ;

2° aucun montant n'est accordé pour les journées d'hospitalisation réalisées au-delà du nombre de référence, y compris les journées réalisées au-delà de 100 % d'occupation.

**§ 2.** Pour les hôpitaux psychiatriques, la règle suivante est d'application :

- aucun montant n'est accordé pour les journées d'hospitalisation non réalisées ou réalisées en plus par rapport au nombre de référence, y compris pour les journées réalisées au-delà de 100 % d'occupation.

## CHAPITRE XI – Construction nouvelle ou importantes modifications structurelles

### Section I. - Dispositions générales

**Art. 94.** Ce chapitre détermine pour tous les hôpitaux, les règles concernant la fixation du budget pour les cas suivants

1. construction nouvelle;
2. fusion de deux ou plusieurs hôpitaux.

### Section II. – Construction nouvelle

**Art. 95.** [(15) § 1. In geval van uitbating zonder opening van bijkomende bedden, van een nieuw gebouw of een nieuwe vleugel van een ziekenhuis, welke betrekking heeft op minstens de helft van de bedden, en voorzover er in de in artikel 8 bedoelde diensten een vermeerdering van de oppervlakte van minstens 10 % toegepast wordt, wordt onderdeel B1 vermeerderd met een bedrag berekend door de toename van de oppervlakte te vermenigvuldigen met het totaal van de gemiddelde kosten per werkeenhed van de ziekenhuizen van de groep betreffende de algemene kosten, het onderhoud en de verwarming met dien verstande dat de psychiatrische ziekenhuizen één enkele groep vormen. Onderdeel B2 wordt niet gewijzigd.

§ 2. Voor ziekenhuizen die investeringen doen die leiden tot rationalisering van het zorgaanbod en die door de federale en de voor de erkenning bevoegde overheid, volgens de regels ingesteld krachtens artikelen 46 en 46bis van de wet van de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, als prioritair worden beschouwd, en voor zover uit deze investeringen voor de in artikel 8 bedoelde diensten een toename van hun oppervlakte resulteert, wordt het onderdeel B1 verhoogd met een bedrag berekend door de oppervlaktetename te vermenigvuldigen met de per werkeenhed van de ziekenhuizen van de groep berekende totale gemiddelde kost met betrekking tot algemene kosten, onderhoud- en verwarmingskosten, met dien verstande dat de psychiatrische ziekenhuizen één enkele groep vormen.]

**Art. 96.** De delen A en C en de onderdelen B3, B4, B5 en B6 van het budget worden vastgesteld overeenkomstig de regels van Hoofdstuk VI.

### Afdeling III. - Fusie van ziekenhuizen

**Art. 97. § 1.** Ingeval van fusie tussen twee of meer ziekenhuizen gelden de volgende regelen :

1. Onderdelen B1 en B2 van het budget van de nieuwe entiteit worden vastgesteld door optelling van de respectievelijke Onderdelen B1 en B2 van de betrokken ziekenhuizen;
2. in voorkomend geval worden de referentieantallen van de nieuwe eenheid verkregen overeenkomstig de regels van artikel 87.

[(8) § 2. a) De ziekenhuizen die fuseerden op of later dan 1 januari 2004 krijgen een bedrag toegekend dat berekend wordt zoals aangegeven in punt b), voor zover ze aan één van de volgende voorwaarden voldoen :

1° het tijdens het eerste volledige jaar na de fusie toegekende totale aantal punten ligt voor onderdeel B2 lager dan het totaal aantal punten toegekend op 1 juli van het dienstjaar tijdens hetwelk de fusie plaatsvond aan de ziekenhuizen die het voorwerp van de fusie waren;

Het puntenverschil vastgesteld bij toepassing van het vorige lid, is te wijten aan de onderstaande diensten :

- C-, D- en E-bedden wat betreft het aantal bijkomende punten per verantwoord bed, chirurgisch dagziekenhuis niet meegerekend;

**Art. 95.** [(15) § 1er. En cas de mise en exploitation, sans ouverture de lits supplémentaires, d'un nouveau bâtiment ou d'une nouvelle aile d'un hôpital ayant trait à au moins la moitié des lits et pour autant qu'il y ait, pour les services visés à l'article 8, une augmentation de la superficie d'au moins 10 % de ces services, la sous-partie B1 est augmentée d'un montant calculé en multipliant l'augmentation de surface par le total des coûts moyens par unité d'œuvre des hôpitaux du groupe relatifs aux frais généraux, à l'entretien et au chauffage étant entendu que les hôpitaux psychiatriques constituent un seul groupe. La sous-partie B2 n'est pas modifiée.

§ 2. Pour les hôpitaux qui réalisent des investissements conduisant à des rationalisations de l'offre de soins et considérés, en vertu des articles 46 et 46bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, comme prioritaires par l'autorité fédérale et par l'autorité ayant le pouvoir d'agrément, et pour autant qu'il résulte de ces investissements pour les services visés à l'article 8 une augmentation de la superficie de ces services, la sous-partie B1 est augmentée d'un montant calculé en multipliant l'augmentation de surface par le total des coûts moyens par unité d'œuvre des hôpitaux du groupe relatifs aux frais généraux, à l'entretien et au chauffage considérant que les hôpitaux psychiatriques constituent un seul groupe.]

**Art. 96.** Les parties A et C et les sous-parties B3, B4, B5 et B6 du budget sont fixées conformément aux règles prévues au Chapitre VI.

### Section III. - Fusion d'hôpitaux

**Art. 97. § 1er .** En cas de fusion de deux ou de plusieurs hôpitaux, les règles suivantes seront d'application :

1. les sous-parties B1 et B2 du budget de la nouvelle entité seront fixées par l'addition des Sous-parties B1 et B2 des hôpitaux concernées;
2. le cas échéant, les nombres de référence de la nouvelle entité, sont obtenus conformément au règles prévues dans l'article 87.

[(8) § 2. a) Il est accordé aux hôpitaux fusionnés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 un montant calculé comme repris au point b), pour autant qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

1° le nombre de points total accordé pour le premier exercice complet après la fusion pour la sous-partie B2 est inférieur au total des nombres de points attribués, au 1er juillet de l'exercice au cours duquel la fusion est intervenue, aux hôpitaux ayant fait l'objet de la fusion ;

Le différentiel de points constaté en application de l'alinéa précédent est dû aux services ci-après :

- lits C, D et E en ce qui concerne le nombre de points supplémentaires exprimés par lit justifié, hors hôpital de jour chirurgical ;

- medische producten van de verpleegeenheden: wat betreft het aantal punten per verantwoord bed, chirurgisch dagziekenhuis niet meegerekend;
- operatiekwartier : wat betreft de waarborg van financiering van twee operatiezalen per vestigingsplaats waar de erkende chirurgische bedden zich bevinden ;
- spoedgevallen : wegens het verschil tussen de punten toegekend vóór en na de fusie;
- pediatrie : wat betreft de waarborg van de toekenning van 17,5 punten voor 15 erkende bedden.

Het puntenverschil dat voor de berekening van het bedrag in aanmerking wordt genomen, is gelijk aan:

- datgene berekend bij toepassing van 1°, 1e lid, indien dat aantal lager ligt dan dat berekend voor de in 1°, 2e lid, bedoelde diensten;
- datgene berekend voor de in 1°, 2e lid, bedoelde diensten, indien dat aantal lager ligt dan dat berekend bij toepassing van 1°, 1e lid.

**2º** Het onderdeel B8 van het budget van financiële middelen dat aan het fusieziekenhuis is toegekend tijdens het eerste dienstjaar na de fusie ligt lager dan de som van de onderdelen B8 van het budget van financiële middelen die zijn toegekend aan elk van de ziekenhuizen die het voorwerp van een fusie waren op 1 juli van het dienstjaar tijdens hetwelk de fusie plaatsvond.

**b)** het bedrag bedoeld onder a), wordt berekend als volgt :

$$[(PAF - PHF) \times V] + \Delta B8$$

waarbij :

PAF = het totaal van de punten toegekend aan de ziekenhuizen vóór fusie voor de betrokken diensten tijdens het jaar vóór de fusie;

PHF = de punten toegekend aan het gefuseerde ziekenhuis voor de betrokken diensten tijdens het jaar na de fusie ;

V = de aan de PHF toegekende waarde per punt ;

$\Delta B8$  = het positief verschil tussen de som van de onderdelen B8 van het budget van financiële middelen die aan elk van de ziekenhuizen van de fusie waren toegekend op 1 juli van het dienstjaar tijdens hetwelk de fusie plaatsvond en het onderdeel B8 van het budget van financiële middelen dat is toegekend aan het fusieziekenhuis tijdens het eerste dienstjaar na de fusie.

**c)** het in punt a) bedoelde bedrag zal aan de rechthebbende ziekenhuizen worden toegekend, naar rata van 100 % het eerste jaar, 65 % het tweede jaar, 30 % het derde jaar en 0 % het vierde jaar.

Het bedrag zal via onderdeel C2 van het budget van financiële middelen worden toegekend. ]

#### [(15) Afdeling 4. – Specialisatie van ziekenhuizen

- produits médicaux des unités de soins : en ce qui concerne le nombre de points par lit justifié, hors hôpital de jour chirurgical ;
- quartier opératoire : en ce qui concerne la garantie de financement de 2 salles d'opération par site où sont situés les lits agréés de chirurgie ;
- urgences : à raison de la différence entre les points attribués avant et après fusion ;
- pédiatrie : en ce qui concerne la garantie de l'octroi de 17,5 points pour 15 lits agréés.

Le différentiel de points retenu pour le calcul du montant est égal à :

- celui calculé en application du 1°, 1er alinéa, si ce nombre est inférieur à celui calculé pour les services visés au 1°, 2e alinéa ;
- celui calculé pour les services visés au 1°, 2e alinéa, si ce nombre est inférieur à celui calculé en application du 1°, 1er alinéa.

**2º** La sous-partie B8 du budget des moyens financiers allouée à l'entité hospitalière fusionnée le premier exercice après la fusion est inférieure à la somme des sous-parties B8 du budget des moyens financiers allouées à chacun des hôpitaux ayant fait l'objet de la fusion le 1er juillet de l'exercice au cours duquel la fusion est intervenue.

**b)** le montant visé au a), est calculé comme suit :

$$[(PAF - PHF) \times V] + \Delta B8$$

où :

PAF = le total des points attribués aux hôpitaux avant fusion pour les services concernés, l'année avant la fusion ;

PHF = les points attribués à l'hôpital fusionné pour les services concernés, l'année après la fusion ;

$\Delta B8$  = la différence positive entre la somme des sous-parties B8 du budget des moyens financiers allouées à chacun des hôpitaux ayant fait l'objet de la fusion le 1er juillet de l'exercice au cours duquel la fusion est intervenue et la sous-partie B8 du budget des moyens financiers allouée à l'entité hospitalière fusionnée le premier exercice après la fusion.

**c)** le montant dont question au point a) sera accordé aux hôpitaux bénéficiaires à raison de 100 % la première année, 65 % la deuxième année, 30 % la troisième année et 0 % la quatrième année.

Le montant sera alloué via la sous-partie C2 du budget des moyens financiers. ]

#### [(15) Section 4. – Spécialisation des hôpitaux

**Art. 97bis.** In het geval van een overdracht van activiteit tussen twee of meerdere algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden die betrekking heeft op een dienst, een functie of een zorgprogramma, in het kader van een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst, wordt aan de ziekenhuizen een bedrag toegekend, voor zover voor het eerste volledige dienstjaar volgend op de overdracht van activiteit in uitvoering van het samenwerkingsovereenkomst, het onderdeel B2 dat overeenstemt met deze activiteit kleiner is dan het oorspronkelijk overgedragen onderdeel.

Het bedrag wordt berekend als volgt:

$$M = A - B$$

waarbij:

A = het onderdeel B2 van het budget overgedragen op de datum van de ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst;  
B = het onderdeel B2 dat betrekking heeft op de overgedragen activiteit van het eerste dienstjaar waarvoor de gegevens die in aanmerking werden genomen voor de vaststelling van het budget van het onderdeel B2 van na de overdracht zijn.

Het bedrag zal aan de rechthebbende ziekenhuizen worden toegekend, naar rata van 100 % het eerste jaar, 65 % het tweede jaar, 30 % het derde jaar en 0 % het vierde jaar. Het bedrag zal via onderdeel C2 van het budget van financiële middelen worden toegekend. ]

## HOOFDSTUK XII. - Gezinsplaatsing

**Art. 98. § 1.** Voor de erkende functie van gezinsplaatsing wordt jaarlijks een budget van financiële middelen, een afzonderlijk referentieaantal van verpleegdagen en een prijs per referentieaantal toegekend.

**§ 2.** Het in §1, bedoeld budget van financiële middelen is gelijk aan een prijs van 37,61 euro per dag vermenigvuldigd met een referentieaantal dat op jaarbasis gelijk is aan het aantal dagen gedurende dewelke de patiënten effectief in een gezin hebben verbleven evenwel beperkt tot een maximum aantal dagen gelijk aan een 100 % bezetting van de erkende plaatsen.

**§ 3.** Provisioneel wordt voor het referentieaantal, op jaarbasis, uitgegaan van een aantal dagen gelijk aan 95 % bezetting van het aantal erkende plaatsen.

**§ 4.** Het budget van financiële middelen voor de functie van gezinsplaatsing kan in min of in meer worden herzien om rekening te houden met een teveel of een tekort van ontvangsten ingevolge de toepassing van §3, of ingevolge de toepassing van regelen die voor één of voor meerdere dienstjaren gelden.

**Art. 97bis.** En cas de transfert d'activités entre deux ou plusieurs hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés portant sur un service, une fonction ou un programme de soins, dans le cadre d'un accord de collaboration juridiquement formalisé, il est accordé aux hôpitaux un montant pour autant que, pour le premier exercice complet après le transfert d'activités en exécution de l'accord de collaboration, la sous-partie B2 correspondant à cette activité soit inférieure à celle initialement transférée.

Le montant est calculé comme suit :

$$M = A - B$$

où :

A = la sous-partie B2 du budget transféré à la date de la signature de l'accord de collaboration ;

B = la sous-partie B2 qui a trait aux activités transférées du premier exercice pour lequel les données prises en compte pour la fixation de la sous-partie B2 sont postérieures au transfert.

Le montant sera accordé aux hôpitaux bénéficiaires à raison de 100 % la première année, 65 % la deuxième année, 30 % la troisième année et 0 % la quatrième année. Le montant sera alloué via la sous-partie C2 du budget des moyens financiers. ]

## CHAPITRE XII. - Placement familial

**Art. 98. § 1er.** Il est octroyé chaque année pour la fonction agréée de placement familial un budget des moyens financiers, un nombre de référence de journées d'hospitalisation et un prix par nombre de référence distinct.

**§ 2.** Le budget des moyens financiers visé au §1<sup>er</sup>, est égal au prix de 37,61 euros par jour multiplié d'un nombre de référence qui est, sur base annuelle, égal au nombre de journées durant lesquelles les patients ont effectivement séjourné dans une famille toutefois limité à un nombre maximum de jours égal à une occupation de 100 % des places agréées.

**§ 3.** Pour le nombre de référence il est tenu compte, en provision sur base annuelle, d'un nombre de journées égal à une occupation de 95 % du nombre de places agréées.

**§ 4.** Le budget des moyens financiers pour la fonction de placement familial peut être revu en moins ou en plus pour tenir compte des recettes en trop ou en moins, dues à l'application du §3, ou par l'application des règles spécifiques pour un ou plusieurs exercices.

**§ 5.** Per dag verblijf in een pleeggezin wordt aan de inrichtende macht van het ziekenhuis dat voor de functie van psychiatrische gezinsverpleging werd erkend provisioneel een forfaitair bedrag van 16,55 euro ter beschikking gesteld om de kosten in het pleeggezin, andere dan deze verbonden aan de verzorging van de patiënt, te dekken. Hiervan wordt een forfaitair basisbedrag van 15,05 euro aan het pleeggezin toegekend, vermeerderd met bedragen toegewezen op grond van criteria van kwaliteit van de huisvesting, en van zorgbehoefte van de patiënt. Deze criteria worden door de inrichtende macht bepaald in het inwendig reglement dat dient goedgekeurd te worden door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft. Het globaal bedrag dat aan de pleeggezinnen wordt uitgekeerd mag voor alle patiënten samen nooit meer bedragen dan gemiddeld 16,55 euro per dag. Indien dit bedrag toch zou worden overschreden zullen de bedragen waarmee het basisbedrag wordt vermeerderd worden aangepast. Teneinde het definitief bedrag per dag verblijf in een pleeggezin te kunnen vaststellen, worden door de inrichtende macht alle noodzakelijke gegevens medegeleid aan het Bestuur der Verzorgingsinstellingen, Dienst Boekhouding en Beheer der ziekenhuizen, van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

**§ 6.** De in §§2 en 5 bedoelde bedragen worden geïndexeerd overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel tot koppeling aan het indexcijfer van de consumptieprijsen, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 13 december 1989 en door de artikels 24 en 25 van de programmatuur van 2 januari 2001.

**§ 7.** Voor de inrichtingen bedoeld in artikel 6 van de wet van 18 juni 1850 op de behandeling van de krankzinnigen, gewijzigd bij de wetten van 28 december 1873, 7 april 1964 en 26 juni 1990, wordt het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen verminderd met het budget van financiële middelen en het referentieaantal dat voor de overeenstemmende periode wordt toegekend voor de functie van gezinsplaatsing.

Bij de eerste toepassing van de §§1, 2, en 3, van dit artikel gebeurt deze aanpassing verhoudingsgewijs voor de resterende periode van het dienstjaar.

## HOOFDSTUK XIII – Vereffening van het budget

### Afdeling I. – Patiënten die vallen onder één van de verzekeringinstellingen bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

**Art. 99. § 1.** Onder verzekeringinstelling bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt verstaan met:

- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten,
- het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten,
- het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten,
- de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen,
- de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen,

**§ 5.** Par journée de séjour dans une famille d'accueil, il est octroyé, en provision, au pouvoir organisateur de l'hôpital qui est agréé pour la fonction de soins psychiatriques en milieu familial, un montant forfaitaire de 16,55 euros pour couvrir les autres coûts que ceux liés aux soins du patient. De ce montant, un montant de base forfaitaire de 15,05 euros est octroyé à la famille d'accueil, majoré des montants attribués sur base des critères de qualité du logement et des nécessités de soins du patient. Ces critères sont fixés par le pouvoir organisateur dans le règlement intérieur qui doit être approuvé par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses compétences. Le montant global qui est payé à toutes les familles d'accueil pour tous les patients ne peut jamais être plus de 16,55 euros en moyenne par jour. Si ce montant est quand même dépassé, les montants avec lesquels le montant de base est augmenté seront adaptés. Afin de fixer définitivement le montant par journée de séjour dans une famille d'accueil, le pouvoir organisateur doit transmettre toutes les données nécessaires à l'Administration des soins de santé, service Comptabilité et Gestion des Hôpitaux, du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

**§ 6.** Les montants visés aux §§2 et 5 seront indexés conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation, modifiée par l'arrêté royal du 13 décembre 1989 et par les articles 24 et 25 de la loi-programme du 2 janvier 2001.

**§ 7.** Pour les établissements visés dans l'article 6 de la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, modifiée par les lois des 28 décembre 1873, 7 avril 1964 et 26 juin 1990, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation sont, diminués avec le budget des moyens financiers et le nombre de référence qui sont octroyés pour la période correspondante pour la fonction de placement familial.

A la première application des §§1er, 2, et 3, du présent article cette adaptation se fait proportionnellement pour la période restante de l'exercice.

## CHAPITRE XIII. – Liquidation du budget

### Section I. – Patients relevant d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

**Art. 99. § 1er.** Par organisme assureur visé dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il y a lieu d'entendre :

- l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes,
- l'Union Nationale des Mutualités Socialistes,
- l'Union Nationale des Mutualités Libérales,
- l'Union Nationale des Mutualités Libres,
- l'Union Nationale des Mutualités Neutres,

- de Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering,
- de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

**§ 2. a)** Voor de patiënten die vallen onder een van de verzekeringsinstellingen bedoeld in §1, wordt het vaste gedeelte van het in artikel 86, §1, bedoelde budget door de in §1 bedoelde landsbonden van de verzekeringsinstellingen in twaalfden vereffend, en dat in evenredigheid met hun respectievelijk aandeel voor het betrokken ziekenhuis in de loop van het laatst bekende dienstjaar, binnen de termijn vastgesteld door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

**b)** Voor het variabele gedeelte van het budget, zoals bedoeld in artikel 86, §2, wordt er als volgt een prijs per parameter vastgesteld:

\* voor de acute ziekenhuizen [(25) opgeheven] :

- 50 % van het variabele gedeelte wordt vereffend per opname. Het aantal in aanmerking genomen opnamen is datgene dat overeenstemt met de opnamen "grote poort", gerealiseerd gedurende het dienstjaar op welke basis de verantwoorde activiteiten werden berekend;
- 50 % van het variabele gedeelte wordt per verpleegdag vereffend. Er wordt rekening gehouden met het aantal verpleegdagen gerealiseerd gedurende het dienstjaar op welke basis de verantwoorde activiteiten werden berekend.

Er zal geen bedrag vereffend worden voor de verblijven in de niet-intensieve neonatale verzorgingsfunctie.

[(25) \* voor de geïsoleerde G- en Sp-diensten, buiten Sp-diensten voor palliatieve zorg : 100 % van het variabele gedeelte wordt per verpleegdag vereffend. Het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar wordt in aanmerking genomen.]

\* voor de Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden : 100 % van het variabele gedeelte wordt vereffend per parameter samengesteld door het referentieaantal zoals bedoeld in artikel 87, §2;

\* voor de psychiatrische ziekenhuizen : 100 % van het variabele gedeelte wordt vereffend door een parameter samengesteld per referentieaantal zoals bedoeld in artikel 87, §3.

## Afdeling II. – Patiënten die niet onder een in Afdeling I bedoelde verzekeringsinstelling vallen

**Art. 100.** Voor de patiënten die niet onder een in Afdeling I bedoelde verzekeringsinstelling vallen, wordt als volgt een prijs per parameter vastgesteld :

het vaste gedeelte van het budget en het variabele gedeelte van het budget, zoals bedoeld in artikel 86, worden opgeteld en gedeeld door het referentieaantal bedoeld in artikel 87, §2, of artikel 87, §3, naargelang het gaat om een palliatieve Sp-dienst of om eenheden voor de behandeling van zware brandwonden of een psychiatrisch ziekenhuis.

Voor de acute ziekenhuizen en de geïsoleerde G- en Sp-diensten wordt de deeler gevormd door de tijdens het laatste bekende dienstjaar gerealiseerde verpleegdagen.

- la Caisse Auxiliaire Maladie-Invalidité,
- la Société Nationale des Chemins de fer belges.

**§ 2. a)** Pour les patients relevant d'un des organismes assureurs repris au §1, la partie fixe du budget visée à l'article 86, §1<sup>er</sup>, est liquidée en douzièmes par les unions nationales des organismes assureurs visés au §1, en proportion de leur part respective pour l'hôpital concerné au cours du dernier exercice connu et ce, dans le délai fixé par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.

**b)** Pour la partie variable du budget, telle que visée à l'article 86, §2, un prix par paramètre est fixé de la manière suivante :

\* pour les hôpitaux aigus [(25) abrogé] :

- 50 % de la partie variable sont liquidés par admission. Le nombre d'admissions retenu est celui correspondant aux admissions « grande porte » réalisés pendant l'exercice sur base duquel les activités justifiées ont été calculées ;
- 50 % de la partie variable sont liquidés par journée d'hospitalisation. Il est retenu le nombre de journées d'hospitalisation réalisées pendant l'exercice sur base duquel les activités justifiées ont été calculées.

Aucun montant ne sera liquidé pour les séjours dans la fonction de soins néonatals non intensifs.

[(25) \* pour les services G isolés et Sp, hors Sp-soins palliatifs : 100 % de la partie variable sont liquidés par journée d'hospitalisation. Il est retenu le nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu.]

\* pour les services Sp soins palliatifs et les unités de grands brûlés : 100 % de la partie variable sont liquidés par un paramètre constitué du nombre de référence visé à l'article 87, §2 ;

\* pour les hôpitaux psychiatriques : 100 % de la partie variable sont liquidés par un paramètre constitué du nombre de référence visé à l'article 87, §3.

## Section II. – Patients ne relevant pas d'un organisme assureur visé à la Section I

**Art. 100.** Pour les patients ne relevant pas d'un organisme assureur visé à la Section I, il est fixé un prix par paramètre de la manière suivante :

la partie fixe du budget et la partie variable du budget, telles que visées à l'article 86, sont additionnées et divisées par le nombre de référence visé à l'article 87, §2, ou à l'article 87, §3, selon qu'il s'agisse d'un service Sp palliatifs ou unités de grands brûlés, ou d'un hôpital psychiatrique.

Pour les hôpitaux aigus, le services Sp et G isolés, le diviseur est constitué par les journées d'hospitalisation réalisées pendant le dernier exercice connu.

Er zal geen bedrag vereffend worden voor de verblijven in de niet-intensieve neonatale verzorgingsfunctie.

#### HOOFDSTUK XIV. - Slotbepalingen

**Art. 101.** De Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft of de door hem gedelegeerde ambtenaar van het Bestuur der Verzorgingsinstellingen, kan aan de beheerder van het ziekenhuis alle gegevens opvragen die nuttig zijn voor de vaststelling van het budget en het referentieaantal.

Indien het ziekenhuis binnen de toegemeten termijn de gevraagde gegevens niet indient, wordt hem een aangetekende brief gezonden waarin het een nieuwe termijn van 15 dagen wordt toegekend. Indien na het verstrijken van deze nieuwe termijn het ziekenhuis nog niets heeft meegedeeld, wordt het Onderdeel of worden de Onderdelen van het budget van financiële middelen dat betrekking heeft of die betrekking hebben op de ontbrekende elementen bij de berekening van het budget van financiële middelen gelijkgesteld aan nul. Het in die zin te nemen voorstel van beslissing wordt, overeenkomstig artikel 98 van de wet op de ziekenhuizen, medegedeeld aan de beheerder van het ziekenhuis.

[(25) **Art. 101bis.** Teneinde de facturatie niet te vertragen, kunnen de wijzigingen in de Lijst A ‘In aanmerking genomen RIZIV-codes bij de identificatie van de gerealiseerde daghospitalisatie’ zoals opgenomen in punt 6 van bijlage 3 onverwijd door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft ter kennis van de ziekenhuizen worden gebracht, voor zover die wijzigingen door de verschillende betrokken instellingen van het RIZIV zijn goedgekeurd.

Eenmaal per jaar worden die wijzigingen in bijlage 3 ingevoegd.]

[(21) [(22) **Art. 101ter.** Voor de financieringen die niet opgenomen zijn in de in artikel 92 opgesomde elementen die voor herziening in aanmerking komen, waarvan de berekening uitgevoerd is op basis van de laatste, niet gecontroleerde en niet gevalideerde gegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn, kunnen de bedoelde financieringen vanaf de vaststelling van het budget van financiële middelen op 1 juli n+1 aangepast worden op basis van de laatste gegevens die door voormelde FOD gecontroleerd en gevalideerd zijn.]]

**Art. 102.** Het Ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten en het ministerieel besluit van 5 maart 2002 houdende vaststelling, voor het dienstjaar 2002, van de voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, worden opgeheven.

Aucun montant ne sera liquidé pour les séjours dans la fonction de soins néonatals non intensifs

#### CHAPITRE XIV. – Dispositions finales

**Art. 101.** Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions ou le fonctionnaire de l’Administration des Soins de santé délégué par lui, peut requérir du gestionnaire de l’hôpital toutes les données utiles à la fixation du budget et des nombres de référence.

Si l’hôpital ne transmet pas les données demandées dans le délai imparti, il lui est adressé une lettre recommandée lui allouant un nouveau délai de 15 jours. Si, à l’expiration de ce nouveau délai, l’hôpital n’a rien communiqué, la ou les Sous-parties du budget des moyens financiers visées par les éléments manquants est/sont mise(s) à zéro dans le calcul du budget des moyens financiers. La proposition de décision à prendre en ce sens est communiquée, conformément à l’article 98 de la loi sur les hôpitaux, au gestionnaire de l’hôpital.

[(25) **Art. 101bis.** Dans le but de ne pas retarder la facturation, les modifications à la liste A ‘codes INAMI retenus pour l’identification de l’hospitalisation de jour réalisé’ reprise au point 6 de l’annexe 3 peuvent être portées, sans tarder, à la connaissance des hôpitaux par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, pour autant que ces modifications aient été approuvées par les différentes instances concernées de l’INAMI.

Une fois par an, ces modifications sont insérées dans l’annexe 3.]

[(21) [(22) **Art. 101ter.** Pour les financements, non repris dans les éléments révisables énumérés à l’article 92, dont le calcul a été réalisé sur la base des dernières données connues, non contrôlées et non validées, par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul, les financements visés peuvent être adaptés, à partir de la fixation du budget des moyens financiers au 1<sup>er</sup> juillet n+1, sur base des dernières données contrôlées et validées par le SPF précité.]]

**Art. 102.** L’arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d’hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées et l’arrêté ministériel du 5 mars 2002 fixant pour l’exercice 2002 les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d’hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d’hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers sont abrogés ;

**Art. 103. § 1.** De artikelen 81 tot 83, 87 tot 96 en 98 tot 104 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, treden in werking op 1 juli 2002.

**§ 2.** Artikel 97 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg treedt in werking op 1 januari 2003.

**Art. 104.** Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2002.

**Art. 103. § 1.** Les articles 81 à 83, 87 à 96 et 98 à 104 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2002.

**§ 2.** L'article 97 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

**Art. 104.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2002.