

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

F. 2007 — 2760

[C — 2007/23072]

**19 JUIN 2007. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux**

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

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 97, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 14 janvier 2002;

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, modifié par les arrêtés royaux des 22 octobre 2002, 11 novembre 2002, 29 janvier 2003, 4 juin 2003, 8 juillet 2003, 11 juillet 2003, 16 mars 2004, 7 juin 2004, 26 octobre 2004, 22 février 2005, 11 juillet 2005, 15 juillet 2005, 13 mars 2006, 12 mai 2006 et 10 novembre 2006;

Vu les avis du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, Section Financement, donnés les 14 septembre 2006 et 14 décembre 2006;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 25 mai 2007;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 8 juin 2007;

Vu l'avis 42.967/3 du Conseil d'Etat, donné le 23 mai 2007 en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 7, 2<sup>o</sup>, g), de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, le point 1. est remplacé par la disposition suivante :

« 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; ».

**Art. 2.** L'article 8 du même arrêté est complété comme suit :

« 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, 2<sup>o</sup>, i). ».

**Art. 3.** L'article 13 du même arrêté est complété comme suit :

« 7<sup>o</sup> les coûts supplémentaires liés au profil social de l'hôpital. ».

**Art. 4.** L'article 19 du même arrêté est remplacé comme suit :

« 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<sup>o</sup>, b). ».

**Art. 5.** A l'article 29 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> dans le § 2, le point 4<sup>o</sup> est remplacé comme suit :

« 4<sup>o</sup> Dans les limites du budget national disponible de 20.876.995 EUR il est ajouté au montant visé au 3<sup>o</sup> 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 EUR;

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;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

N. 2007 — 2760

[C — 2007/23072]

**19 JUNI 2007. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen**

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

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 97, § 1, vervangen door de wet van 14 januari 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 oktober 2002, 11 november 2002, 29 januari 2003, 4 juni 2003, 8 juli 2003, 11 juli 2003, 16 maart 2004, 7 juni 2004, 26 oktober 2004, 22 februari 2005, 11 juli 2005, 15 juli 2005, 13 maart 2006, 12 mei 2006 en 10 november 2006;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, gegeven op 14 september 2006 en 14 december 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 25 mei 2007;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 8 juni 2007;

Gelet op het advies 42.967/3 van de Raad van State, gegeven op 23 mei 2007 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 7, 2<sup>o</sup>, g), van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wordt het punt 1. vervangen als volgt :

« 1. een onderdeel B7A voor de universitaire ziekenhuizen, aangegeven bij koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot aanwijzing van ziekenhuizen als universitair ziekenhuis; ».

**Art. 2.** Artikel 8 van hetzelfde besluit wordt aangevuld als volgt :

« 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 rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, voor het in artikel 7, 2<sup>o</sup>, i), opgenomen element). ».

**Art. 3.** Artikel 13 van hetzelfde besluit wordt aangevuld als volgt :

« 7<sup>o</sup> de extra kosten die verband houden met het sociale profiel van het ziekenhuis. ».

**Art. 4.** Artikel 19 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 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<sup>o</sup>, b). ».

**Art. 5.** In artikel 29 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1<sup>o</sup> in § 2 wordt punt 4<sup>o</sup> vervangen als volgt :

« 4<sup>o</sup> Binnen de grenzen van het beschikbare nationale budget van 20.876.995 EUR wordt het bedrag bedoeld in 3<sup>o</sup> 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 EUR;

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 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.

La dernière tranche, octroyée au 1<sup>er</sup> janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux. ».

2° dans le § 3, le point 3° est remplacé comme suit :

« 3° Dans les limites du budget national disponible de 19.980.230 EUR 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 EUR;

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.

La dernière tranche, octroyée au 1<sup>er</sup> janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux. »

3° dans le § 4, le point 3°, est remplacé comme suit :

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

$$M = 216,29 \text{ EUR} \times \text{Lih}$$

où :

Lih= 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.

La dernière tranche, octroyée au 1<sup>er</sup> janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux. ».

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.

De laatste toe te kennen schijf op 1 januari 2007 wordt enkel toegekend aan ziekenhuizen dewelke voor de in een tweepatiëntenkamer en gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, voor het geheel van het ziekenhuis, de tarieven van het nationaal akkoord artsenverzekeringsinstellingen toepassen. In geval waar er geen akkoord is, zijn de tarieven die gebruikt worden als basis voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de maximale tarieven dewelke kunnen toegepast worden. Het bewijs moet geleverd worden via een attest dat door de beheerder en de voorzitter van de medische raad is ondertekend.

Indien er een saldo overblijft t.o.v. de aan de ziekenhuizen toegekende financiering, die het in het vorige lid bedoelde attest hebben ingediend, wordt dit saldo onder diezelfde ziekenhuizen verdeeld.

2° in § 3 wordt punt 3° vervangen als volgt :

« 3° Binnen de grenzen van het beschikbare nationale budget van 19.980.230 EUR 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 EUR;

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.

De laatste toe te kennen schijf op 1 januari 2007 wordt enkel toegekend aan ziekenhuizen dewelke voor de in een tweepatiëntenkamer en gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, voor het geheel van het ziekenhuis, de tarieven van het nationaal akkoord artsenverzekeringsinstellingen toepassen. In geval waar er geen akkoord is, zijn de tarieven die gebruikt worden als basis voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de maximale tarieven dewelke kunnen toegepast worden. Het bewijs moet geleverd worden via een attest ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad.

Indien er een saldo overblijft t.o.v. de aan de ziekenhuizen toegekende financiering, die het in het vorige lid bedoelde attest hebben ingediend, wordt dit saldo onder diezelfde ziekenhuizen verdeeld. »

3° in § 4 wordt punt 3° vervangen als volgt :

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

$$M = 216,29 \text{ EUR} \times \text{Lih}$$

waarbij :

Lih= 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.

De laatste toe te kennen schijf op 1 januari 2007 wordt enkel toegekend aan ziekenhuizen dewelke voor de in een tweepatiëntenkamer en gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, voor het geheel van het ziekenhuis, de tarieven van het nationaal akkoord artsenverzekeringsinstellingen toepassen. In geval waar er geen akkoord is, zijn de tarieven die gebruikt worden als basis voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de maximale tarieven dewelke kunnen toegepast worden. Het bewijs moet geleverd worden via een attest ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad.

Indien er een saldo overblijft t.o.v. de aan de ziekenhuizen toegekende financiering, die het in het vorige lid bedoelde attest hebben ingediend, wordt dit saldo onder diezelfde ziekenhuizen verdeeld. ».

4° dans le § 5, le point 3°, est remplacé comme suit :

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

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

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.

La dernière tranche, octroyée au 1<sup>er</sup> janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont renoncé à l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux. ».

**Art. 6.** L'article 30, § 2, du même arrêté est complété par l'alinéa suivant :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1<sup>er</sup>, le taux d'intérêt, pour l'année civile 2007, est fixé à 4,5 %. »

**Art. 7.** A l'article 42, § 1<sup>er</sup>, du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° la 1<sup>re</sup> opération est remplacée comme suit :

« 1<sup>re</sup> 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 précédant l'exercice de fixation du budget B1, 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 2006 en vue de couvrir les charges y afférentes. »;

2° dans la 3<sup>e</sup> opération, 1°, le 1<sup>er</sup> alinéa de la définition de A est remplacé comme suit :

« 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 : »;

3° dans la 3<sup>e</sup> opération, 1°, le 1<sup>er</sup> alinéa de la définition de B est remplacé comme suit :

« 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. »;

4° dans la 3<sup>e</sup> opération, 2°, le premier alinéa est remplacé comme suit :

« 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. »;

5° dans la 3<sup>e</sup> opération, le point 4° est remplacé comme suit :

« 4° Frais administratifs : le nombre résultant de la formule suivante :

$$A + (0,05 * J1) + (0,01 * J2) + 43 * P$$

où :

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

4° in § 5 wordt punt 3° vervangen als volgt :

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

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

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.

De laatste toe te kennen schijf op 1 januari 2007 wordt enkel toegekend aan ziekenhuizen dewelke voor de in een tweepatiëntenkamer en gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, voor het geheel van het ziekenhuis, de tarieven van het nationaal akkoord artsenverzekeringsinstellingen toepassen. In geval waar er geen akkoord is, zijn de tarieven die gebruikt worden als basis voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de maximale tarieven dewelke kunnen toegepast worden. Het bewijs moet geleverd worden via een attest ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad.

Indien er een saldo overblijft t.o.v. de aan de ziekenhuizen toegekende financiering, die het in het vorige lid bedoelde attest hebben ingediend, wordt dit saldo onder diezelfde ziekenhuizen verdeeld. ».

**Art. 6.** Artikel 30, § 2, van hetzelfde besluit wordt met het volgende lid aangevuld :

« In afwijking van de bepalingen van het eerste lid, wordt de intrestvoet voor het kalenderjaar 2007 vastgesteld op 4,5 %. »

**Art. 7.** In artikel 42, § 1, van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de 1<sup>ste</sup> bewerking wordt vervangen als volgt :

« 1<sup>ste</sup> 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, 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 2006 is toegekend teneinde de bijbehorende lasten te dekken. »;

2° in de 3<sup>de</sup> bewerking, 1°, wordt het eerste lid van de definitie van A vervangen als volgt :

« 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 : »;

3° in de 3<sup>de</sup> bewerking, 1°, wordt het eerste lid van de definitie van B vervangen als volgt :

« 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. »;

4° in de 3<sup>de</sup> bewerking, 2°, wordt het eerste lid vervangen als volgt :

« 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 neonatalogie, 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. »;

5° in de 3<sup>de</sup> bewerking wordt punt 4° vervangen als volgt :

« 4° Administratieve kosten : het aantal resulterend uit de volgende formule :

$$A + (0,05 * J1) + (0,01 * J2) + 43 * P$$

waarbij :

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

J1 = nombre de journées en hospitalisation classique réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 % pour l'hospitalisation classique;

J2 = 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;
- 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 précédant 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. ».

6° dans la 3<sup>e</sup> opération, 5°, le premier alinéa est remplacé comme suit :

« 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, NIC, G et lits D et E à caractère intensif sont pondérées par un coefficient égal à 1,25. »;

7° dans la 3<sup>e</sup> opération, 6°, le premier alinéa est remplacé comme suit :

« 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. »;

8° la 10<sup>e</sup> opération est remplacée comme suit :

« 10<sup>e</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. ».

J1 = aantal ligdagen in klassieke hospitalisatie gedurende het laatst bekende dienstjaar, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 % voor de klassieke hospitalisatie;

J2 = 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 verpleegeenheden, 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;
- voor de eerste werkovereenkomsten, 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. ».

6° in de 3<sup>de</sup> bewerking, 5°, wordt het eerste lid vervangen als volgt :

« 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-, NIC- en G-diensten en de D- en E-bedden van intensieve aard, gewogen worden met een coëfficiënt gelijk aan 1,25. »;

7° in de 3<sup>de</sup> bewerking, 6°, wordt het eerste lid vervangen als volgt :

« 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. »;

8° de 10<sup>de</sup> bewerking wordt vervangen als volgt :

« 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. ».

**Art. 8.** A l'article 44, § 3, du même arrêté, le 3° est remplacé par les alinéas suivants :

« 3° A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, un montant de 2.445.000 EUR 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 :

$$2.445.000 * [(\sum_1^n A / \sum_1^n N * 1,1 * N) - A] / \sum_1^n [(\sum_1^n A / \sum_1^n N * 1,1 * N) - A]$$

où:

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

N = nombre de référence de l'hôpital. ».

**Art. 9.** Dans l'article 45 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1<sup>er</sup>, 2e alinéa, 1<sup>er</sup> tiret, est remplacé comme suit:

« - pour les hôpitaux visés à l'article 33, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>re</sup> 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°, 3<sup>e</sup> alinéa. »;

2° le § 3, 4°, est remplacé comme suit :

« 4° Au 1<sup>er</sup> juillet 2007, un montant supplémentaire de 9.661.667 EUR 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.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, le profil social de l'hôpital est défini selon les variables et les modalités définies dans l'annexe 17.

Un indice de correction sociale découlant de la prise en compte de ce profil est calculé, par hôpital, selon la formule reprise dans l'annexe 3 au présent arrêté, point 3bis, correspondant à la détermination d'un nombre de journées justifiées sociales Nh.

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, dont l'indice de correction sociale, exprimé en nombre de journées justifiées, est positif.

Le budget disponible de 19.323.334 EUR est réparti au prorata de la part respective des hôpitaux dont l'indice de correction sociale est positif.

5° Au 1<sup>er</sup> juillet 2008, les montants visés aux points 3° et 4° sont ajoutés au budget global visé au 1<sup>er</sup> alinéa du point 1°. ».

**Art. 10.** Dans l'article 46, § 1<sup>er</sup>, du même arrêté, le point 1° du 2e alinéa est remplacé comme suit :

« 1° par lits justifiés : le nombre de lits déterminé en application de l'annexe 3 au présent arrêté, dont le calcul tient compte, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, de l'indice de correction sociale dont les modalités de calcul sont définies dans l'annexe 3, point 3bis; ».

**Art. 11.** Dans l'article 47, § 2, du même arrêté, la dernière phrase est remplacée par les dispositions suivantes :

« 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.

La dernière tranche, octroyée au 1<sup>er</sup> janvier 2007, est accordée aux seuls hôpitaux qui appliquent aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

**Art. 8.** In artikel 44, § 3, van hetzelfde besluit wordt 3° vervangen door de volgende leden :

« 3° Vanaf 1 juli 2007 wordt een bedrag van 2.445.000 EUR 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 :

$$2.445.000 * [(\sum_1^n A / \sum_1^n N * 1,1 * N) - A] / \sum_1^n [(\sum_1^n A / \sum_1^n N * 1,1 * N) - A]$$

waarbij :

A = bedrag van onderdeel B1 op 30 juni 2007;

N = referentieaantal van het ziekenhuis. ».

**Art. 9.** In artikel 45 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1, tweede lid, het eerste streepje wordt vervangen als volgt :

« - 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. »;

2° § 3, 4°, wordt vervangen als volgt :

« 4° Op 1 juli 2007 wordt een extra bedrag van 9.661.667 EUR 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.

Vanaf 1 juli 2007 wordt het sociale profiel van het ziekenhuis bepaald overeenkomstig de variabelen en de modaliteiten in bijlage 17.

Op basis van dit profiel wordt per ziekenhuis een sociale correctie-index berekend overeenkomstig de formule opgenomen in bijlage 3 bij dit besluit, waarbij in punt 3bis een aantal verantwoorde sociale Nh-dagen wordt vastgesteld.

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, met een positieve sociale correctie-index, uitgedrukt in een aantal verantwoorde ligdagen.

Het beschikbaar budget van 19.323.334 EUR wordt verdeeld naar rata van het respectievelijk deel van de ziekenhuizen waarvan de sociale correctie-index positief is.

5° Op 1 juli 2008 worden de bedragen zoals bedoeld in de punten 3° en 4° toegevoegd aan het globaal budget zoals bedoeld in de eerste lid van punt 1°. ».

**Art. 10.** In artikel 46, § 1, van hetzelfde besluit, wordt punt 1° van het 2e lid vervangen als volgt :

« 1° verantwoorde bedden : het aantal bedden vastgesteld in toepassing van bijlage 3 bij dit besluit, waarbij de berekening vanaf 1 juli 2008 rekening houdt met de sociale correctie-index waarvan de berekeningsregels in bijlage 3, punt 3bis worden bepaald ».

**Art. 11.** In artikel 47, § 2, van hetzelfde besluit wordt de laatste zin vervangen als volgt :

« 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.

De laatste toe te kennen schijf op 1 januari 2007 wordt enkel toegekend aan ziekenhuizen dewelke voor de in een dubbele en gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, voor het geheel van het ziekenhuis, de tarieven van het nationaal akkoord artsenverzekeringsinstellingen toepassen. In geval waar er geen akkoord is, zijn de tarieven die gebruikt worden als basis voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de maximale tarieven dewelke kunnen toegepast worden. Het bewijs moet geleverd worden via een attest ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad.

S'il reste un solde par rapport au financement octroyé aux hôpitaux qui ont rentré l'attestation visée à l'alinéa précédent, ce solde sera réparti entre ces mêmes hôpitaux. ».

**Art. 12.** Dans l'article 55 du même arrêté, il est inséré un § 2bis, libellé comme suit :

« § 2bis : A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, un montant supplémentaire de 45,44 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) est alloué par lit agréé en vue de revaloriser le financement des enregistrements.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte des lits agréés et existants au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget. ».

**Art. 13.** A l'article 56 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° les §§ 1<sup>er</sup> et 2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« § 1<sup>er</sup>. 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 Sp et G isolés de moins de 150 lits et les hôpitaux et services Sp soins palliatifs, est augmentée, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, pour les deux fonctions de 53.105,00 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 EUR (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 :  $Li \times C / 1.000$ ,
- pour le médecin en hygiène hospitalière :  $Li \times C / 2.400$ ,

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;

C = coefficient par service.

Ce coefficient par service est fixé comme suit :

C	3
D	2,3
C + D (I)	4,6
E	2,3
M	2,3
NIC	4,6
L	4,6
G	1,5
A	0,2
T	0,1
K	0,2

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.

§ 1bis. 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 et hôpitaux G isolés de moins de 150 lits est augmentée, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, pour les deux fonctions de 53.105,00 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 EUR (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 :  $Li \times C / 1.000$ ,
- pour le médecin en hygiène hospitalière :  $Li \times C / 2.400$ ,

Indien er een saldo overblijft t.o.v. de aan de ziekenhuizen toegekende financiering, die het in het vorige lid bedoelde attest hebben ingediend, wordt dit saldo onder diezelfde ziekenhuizen verdeeld.

**Art. 12.** In artikel 55 van hetzelfde besluit, wordt een § 2bis ingevoegd, luidend als volgt :

« § 2bis : Vanaf 1 juli 2007 wordt er per erkend bed een extra bedrag van 45,44 EUR toegekend (index 1 juli 2007) teneinde de financiering van de registraties te herwaarderen.

Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt enkel rekening gehouden met de bestaande en erkende bedden op 1 januari dat het dienstjaar voorafgaat waarin het budget werd vastgesteld. ».

**Art. 13.** In artikel 56 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° §§ 1 en 2 worden vervangen als volgt :

« § 1. Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de geneesheer-ziekenhuishygiënist, 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 ziekenhuizen en Sp-diensten en geïsoleerde G-diensten met minder dan 150 bedden en de ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve zorg, vanaf 1 juli 2007 voor beide functies verhoogd met 53.105,00 EUR (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en met 81.709,74 EUR (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent geneesheer-ziekenhuishygiënist.

Het respectievelijk aantal fulltime equivalenten wordt als volgt berekend :

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist :  $Bi \times C / 1.000$ ,
- voor de geneesheer-ziekenhuishygiënist :  $Bi \times C / 2.400$ ,

met dien verstande dat elk betrokken ziekenhuis moet beschikken over een financiering van op zijn minst 1 FTE verpleegkundigen hygiënist en 0,5 FTE geneesheer hygiënist;

waarbij :

Bi = aantal verantwoorde bedden vastgesteld overeenkomstig bijlage 3 van dit besluit voor de betrokken dienst op 1 juli van het dienstjaar;

C = coëfficiënt per dienst.

Deze coëfficiënt wordt per dienst als volgt vastgesteld :

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. Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de geneesheer-ziekenhuishygiënist, 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 ziekenhuizen en van de Sp-diensten en geïsoleerde G-diensten met minder dan 150 bedden, vanaf 1 juli 2007 voor beide functies verhoogd met 53.105,00 EUR (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en met 81.709,74 EUR (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent geneesheer-ziekenhuishygiënist.

Het respectievelijk aantal fulltime equivalenten wordt als volgt berekend :

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist :  $Bi \times C / 1.000$ ,
- voor de geneesheer-ziekenhuishygiënist :  $Bi \times C / 2.400$ ,

Où :  
 Li = nombre de lits agréés déterminés conformément à l'annexe 3 du présent arrêté pour le service concerné au 1<sup>er</sup> juillet de l'exercice;  
 C = coefficient par service.  
 Ce coefficient par service est fixé comme suit :

Sp	0,2
G	1

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>ter</sup>. 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 53.105,00 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 EUR (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 :  $Li \times C / 1.000$ ,
- pour le médecin en hygiène hospitalière :  $Li \times C / 2.400$ ,

Où :

Li = nombre de lits agréés déterminés conformément à l'annexe 3 du présent arrêté pour le service concerné au 1<sup>er</sup> juillet de l'exercice;  
 C = coefficient par service.  
 Ce coefficient par service est fixé comme suit :

A	0,2
T	0,1
K	0,2

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. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, tous les hôpitaux généraux, hors les hôpitaux et services Sp et G isolés de moins de 150 lits, les hôpitaux et services Sp soins palliatifs et les unités de traitement de grands brûlés, doivent participer aux initiatives 'Surveillance des infections nosocomiales'. La surveillance se fait par site hospitalier, sauf si le protocole en question ne s'applique pas à un ou plusieurs sites spécifiques de l'hôpital.

À cette fin, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire de 9.629,90 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007).

La surveillance porte obligatoirement sur le staphylocoque doré (*Staphylococcus aureus*) résistant à la méthicilline (MRSA) selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique, de la Belgian Infection Control Society et du laboratoire de référence MRSA et sur le *Clostridium difficile* selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique, de la Belgian Infection Control Society et du laboratoire de référence et, au choix, sur un des protocoles suivants :

1. surveillance des pneumonies et des bactériémies dans les unités de soins intensifs selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur et de la Société belge de Médecine intensive et de Médecine d'urgence,
2. surveillance des septicémies au niveau de tout l'hôpital selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur,
3. surveillance des infections des plaies opératoires selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur,
4. surveillance des Enterobacteriaceae multi-résistants selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique et de la Belgian Infection Control Society.

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'.

waarbij :

Bi = aantal erkende bedden vastgesteld overeenkomstig bijlage 3 van dit besluit voor de betrokken dienst op 1 juli van het dienstjaar;  
 C = coëfficiënt per dienst.

Deze coëfficiënt wordt per dienst als volgt vastgesteld :

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.

§ 1<sup>ter</sup>. Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de geneesheer-ziekenhuishygiënist, 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 53.105,00 EUR (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en met 81.709,74 EUR (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent geneesheer-ziekenhuishygiënist.

Het respectievelijk aantal fulltime equivalenten wordt als volgt berekend :

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist :  $Bi \times C / 1.000$ ,
- voor de geneesheer-ziekenhuishygiënist :  $Bi \times C / 2.400$ ,

waarbij :

Bi = aantal erkende bedden vastgesteld overeenkomstig bijlage 3 van dit besluit voor de betrokken dienst op 1 juli van het dienstjaar;  
 C = coëfficiënt per dienst.

Deze coëfficiënt wordt per dienst als volgt vastgesteld :

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. Vanaf 1 juli 2007 moeten alle algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de ziekenhuizen en Sp-diensten en geïsoleerde G-diensten met minder dan 150 bedden, de ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve zorg en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden deelnemen aan de initiatieven 'Toezicht op de nosocomiale infecties'. Het toezicht gebeurt voor elke vestigingsplaats van het ziekenhuis, behalve indien het protocol in kwestie niet van toepassing is op één of meerdere specifieke locaties van het ziekenhuis.

Onderdeel B4 van de betreffende ziekenhuizen wordt daartoe verhoogd met een forfaitair bedrag van 9.629,90 EUR (index 1 juli 2007).

Het toezicht heeft verplicht betrekking op de Methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, van de Belgian Infection Control Society en van het referentielaboratorium voor MRSA en op de *Clostridium difficile* overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, van de Belgian Infection Control Society en van het referentielaboratorium en, naar keuze, op één van de volgende protocollen :

1. toezicht op pneumonieën en bacteremieën in de eenheden intensieve zorg overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur en van de Belgische Maatschappij voor Intensieve en Spoedgevalleneeskunde,
2. toezicht op septicemieën over het hele ziekenhuis overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur,
3. toezicht op infecties van de operatiewonden overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur,
4. toezicht op de multiresistente Enterobacteriaceae overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en van de Belgian Infection Control Society.

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'.

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 de ces données avant la fin du deuxième mois qui suit la période considérée, à l'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur;
- au versement à l'Institut scientifique de Santé Publique d'un montant de 8.008,40 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) sur le compte 001-1660480-13 de l'ISP-Patrimoine, 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.

L'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur communique à chaque hôpital un feedback qui contient l'analyse de données individuelles et de données nationales. Il fournit également tous les six 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 'Organisation des établissements de soins' du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. ».

2° l'article 56 est complété par les dispositions suivantes :

« § 4. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, afin de stimuler la coordination des activités de qualité et de sécurité ('safety') dans les hôpitaux, un budget de 6.800.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) est réparti entre les hôpitaux qui, sur base volontaire, concluent une convention avec le Directeur général de la 'Direction générale Organisation des établissements de soins' du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

La sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A * B/C$$

où :

A = budget disponible de 6.800.000 EUR;

B = nombre de lits agréés de l'hôpital concerné;

C = nombre total des lits agréés des hôpitaux concernés.

Le cas échéant, X est porté à minimum 10.000 EUR.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte des lits agréés et existants au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

Pour conserver le bénéfice du financement octroyé, les hôpitaux doivent envoyer un rapport au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement pour le 1<sup>er</sup> mars de chaque année, et pour la première fois en 2008, qui décrit les actions mises en place et leurs résultats dans le cadre de la coordination des activités de qualité et de sécurité décrites dans la convention. »

**Art. 14.** Dans l'article 63 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans le § 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, les mots "7.520.765 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006)" sont remplacés par les mots "34.317.103 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007)";

2° le 2<sup>e</sup> alinéa, 2<sup>e</sup> tiret, est remplacé comme suit :

« - l'étude doit porter sur un sujet qui concerne l'ensemble des hôpitaux généraux, ou une catégorie de ceux-ci, et ses résultats doivent pouvoir être généralisés à ces hôpitaux; »;

3° dans le § 2, 1<sup>er</sup> alinéa, les mots "11.200.251 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006)" sont remplacés par les mots "35.069.257 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007)".

4° le 2<sup>e</sup> alinéa est complété comme suit :

« - sur un sujet qui concerne l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, ou une catégorie de ceux-ci, et les résultats doivent pouvoir être généralisés à ces hôpitaux. ».

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 - Louis Pasteur, en dit voor het einde van de tweede maand die volgt op de beschouwde periode;
- het storten aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van een bedrag van 8.008,40 EUR (index 1 juli 2007) op rekeningnummer 001-1660480-13 van het WIV-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 m.b.t. het ziekenhuishygiënebeleid en het antibioticabeleid. De storting dient voor einde maart van ieder jaar vereffend te zijn.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur zal ieder ziekenhuis een feedback geven met de analyse van de individuele gegevens en de nationale gegevens. Het zal eveneens iedere zes 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 Instituut 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 'Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen' van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. ».

2° artikel 56 wordt aangevuld als volgt :

« § 4. Vanaf 1 juli 2007 wordt om de coördinatie van de activiteiten in de ziekenhuizen op het vlak van kwaliteit en veiligheid ('safety') te bevorderen een bedrag van 6.800.000 EUR (index 1 juli 2007) verdeeld onder de ziekenhuizen die op vrijwillige basis een overeenkomst sluiten met de Directeur-generaal van het Directoraat-generaal 'Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen' van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen wordt verhoogd met een forfaitair bedrag (X) dat als volgt wordt berekend :

$$X = A * B/C$$

waarbij :

A = beschikbaar budget van 6.800.000 EUR;

B = aantal erkende bedden van het betrokken ziekenhuis;

C = totaal aantal erkende bedden van de betrokken ziekenhuizen.

Indien nodig wordt X op minimum 10.000 EUR gebracht.

Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt enkel rekening gehouden met de bestaande en erkende bedden op 1 januari dat het dienstjaar voorafgaat waarin het budget werd vastgesteld.

Om het voordeel van de toegekende financiering te behouden, moeten de ziekenhuizen vóór 1 maart van elk jaar en dit voor het eerst in 2008 een verslag bezorgen aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu waarin de ondernomen acties en de resultaten ervan worden beschreven in het kader van de coördinatie van de in de overeenkomst beschreven activiteiten op het vlak van kwaliteit en veiligheid. »

**Art. 14.** In artikel 63 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1, eerste lid, worden de woorden "7.520.765 EUR (index 1 juli 2006)" vervangen door de woorden "34.317.103 EUR (index 1 juli 2007)";

2° het tweede lid, tweede streepje, wordt vervangen als volgt :

« - de studie dient een onderwerp te behandelen dat het geheel van de algemene ziekenhuizen of een categorie van ziekenhuizen aanbelangt, en de resultaten moeten tot die ziekenhuizen kunnen worden veralgemeend; »;

3° in § 2, eerste lid worden de woorden "11.200.251 EUR (index 1 juli 2006)" vervangen door de woorden "35.069.257 EUR (index 1 juli 2007)".

4° het tweede lid wordt aangevuld als volgt :

« - een onderwerp dat het geheel van de psychiatrische ziekenhuizen of een categorie ervan aanbelangt, en de resultaten moeten tot die ziekenhuizen kunnen worden veralgemeend; ».



**Art. 15.** Dans l'article 65 du même arrêté, les points *a)* et *b)* sont remplacés par les points suivants :

« 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 :

1° d'un montant fixe, calculé comme suit :

*a)* hôpitaux généraux, hors hôpitaux et services Sp et G isolés 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 EUR (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 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) multiplié par le nombre de lits de l'hôpital et divisé par 500.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte des lits agréés et existants au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

*b)* Services et hôpitaux G isolés et Sp isolés 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 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007);
- pour les services comptant 40 lits et plus d'un montant forfaitaire de 28.256,33 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007).

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte des lits agréés et existants au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

2° d'un montant variable, calculé comme suit :

un montant variable de 1.783.018,89 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) est réparti entre tous les hôpitaux, visés au point 1°, 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.

Les séjours pris en considération sont :

- les séjours avec un code ICD9-CM de diagnostic secondaire - V667 'Encounter for palliative care',
- et les séjours avec un niveau de sévérité 3 ou 4 dans la classification APR-DRG 'All patients diagnosis related groups, Definitions manual, version 15.0'. ».

**Art. 16.** L'article 70 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Art. 70. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, dans les limites du budget disponible de 636.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007), la sous-partie B4 des hôpitaux volontaires ayant conclu un protocole de collaboration avec les autres acteurs de santé de la zone d'attractivité de l'hôpital est augmentée d'un montant de 12.000 EUR.

Ce protocole doit porter sur le développement de procédures et d'outils télématiques en appui à une politique efficace assurant la continuité des soins, via notamment le dossier santé résumé, et la prise en charge optimale du patient lors d'admissions et de sorties des hôpitaux.

Ce protocole est établi selon les modalités et les objectifs spécifiques fixés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions et doit être transmis au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement - Direction générale 'Organisation des établissements de soins'.

Un groupe de concertation composé, sur proposition de la Direction générale 'Organisation des établissements de soins', de représentants des médecins généralistes et des médecins-chefs d'hôpitaux généraux, hors services Sp et G isolés, est chargé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions de collaborer avec la Direction générale susmentionnée pour le suivi et l'accompagnement des projets retenus.

Les hôpitaux doivent envoyer un rapport qui décrit les actions mises en place et leurs résultats au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement pour le 1<sup>er</sup> mars de chaque année et ce, pour la première fois, en 2008. Pour conserver le

**Art. 15.** In artikel 65 van hetzelfde besluit worden de punten *a)* et *b)* vervangen door de volgende punten :

« 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 :

1° met een vast bedrag dat als volgt wordt berekend :

*a)* algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de ziekenhuizen en Sp-diensten en geïsoleerde G-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 EUR (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 gegradueerde verpleegkundige en 0,5 FTE psycholoog;
- voor de ziekenhuizen met 500 bedden of meer, met een bedrag van 100.663,10 EUR (index 1 juli 2007), vermenigvuldigd met het aantal bedden van het ziekenhuis en gedeeld door 500.

Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt enkel rekening gehouden met de bestaande en erkende bedden op 1 januari dat het dienstjaar voorafgaat waarin het budget werd vastgesteld.

*b)* Geïsoleerde Sp- en G-diensten en geïsoleerde Sp- en G-ziekenhuizen 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 EUR (index 1 juli 2007);
- voor de diensten met 40 of meer bedden met een forfaitair bedrag van 28.256,33 EUR (index 1 juli 2007).

Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt enkel rekening gehouden met de bestaande en erkende bedden op 1 januari dat het dienstjaar voorafgaat waarin het budget werd vastgesteld.

2° met een variabel bedrag dat als volgt wordt berekend :

een variabel bedrag van 1.783.018,89 EUR (index 1 juli 2007) wordt verdeeld onder alle ziekenhuizen bedoeld in punt 1°, 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.

De verblijven die in aanmerking worden genomen, zijn :

- de verblijven met als nevendiagnose - code ICD9-CM - V667 'Encounter for palliative care',
- en de verblijven met ernstgraad 3 of 4 in de APR-DRG-classificatie 'All patients diagnosis related groups, Definitions manual, version 15.0'. ».

**Art. 16.** Artikel 70 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« Art. 70. Vanaf 1 juli 2007 wordt, binnen de grenzen van het beschikbare budget van 636.000 EUR (index 1 juli 2007), onderdeel B4 van de ziekenhuizen die vrijwillig een samenwerkingsprotocol hebben gesloten met de andere gezondheidsactoren van de aantrekkingszone van het ziekenhuis, verhoogd met een bedrag van 12.000 EUR.

Dit protocol moet betrekking hebben op de ontwikkeling van telematicaprocedures en -instrumenten ter ondersteuning van een efficiënt beleid waarbij de zorgcontinuïteit wordt gewaarborgd, via met name het beknopt gezondheidsdossier en de optimale opvang van de patiënt tijdens zijn opname in en zijn ontslag uit het ziekenhuis.

Dit protocol wordt opgesteld overeenkomstig de modaliteiten en de specifieke doelstellingen bepaald door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, en moet worden ingediend bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu - Directoraat-generaal 'Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen'.

Een overleggroep die op voorstel van het Directoraat-generaal 'Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen' is samengesteld uit vertegenwoordigers van huisartsen en hoofdgeneesheren van algemene ziekenhuizen, met uitzondering van Sp-diensten en geïsoleerde G-diensten, wordt door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, samen met voormeld Directoraat-generaal belast met de follow-up en de begeleiding van de gekozen projecten.

De ziekenhuizen moeten vóór 1 maart van elk jaar en dit voor het eerst in 2008 een verslag bezorgen aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu waarin de ondernomen acties en de resultaten ervan worden beschreven. Om

bénéfice du financement octroyé, ce rapport d'activités fait l'objet d'une validation par le groupe de concertation sus-mentionné. ».

**Art. 17.** Un article 73bis est inséré dans le même arrêté, libellé comme suit :

« 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, stagiaires ONEM, 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 EUR (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 EUR;

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, stagiaires ONEM, 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. ».

**Art. 18.** A l'article 74quinquies du même arrêté, le premier alinéa est remplacé comme suit :

« Art. 74quinquies. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, dans les limites du budget disponible fixé à 1.050.417,85 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007), la sous-partie B4 des hôpitaux qui ont une expertise reconnue pour les patients en état neurovégétatif persistant ou en état pauci-relationnel est augmentée de 8.329,05 EUR par lit, occupé par ces patients, en vue de couvrir les charges de personnel infirmier et/ou paramédical supplémentaire ainsi que de 2.500 EUR par lit, occupé par ces patients, pour la fonction de liaison externe. ».

**Art. 19.** A l'article 75, du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> le § 1<sup>er</sup>, g), est complété par l'alinéa suivant :

« 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. »;

2<sup>o</sup> le § 2 est complété par l'alinéa suivant :

« 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. »;

3<sup>o</sup> le § 3 est complété par l'alinéa suivant :

« Les calculs dont question ci-dessus interviendront la prochaine fois le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et ensuite tous les deux ans. »;

4<sup>o</sup> le § 6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« § 6. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007, un budget de 3.609.208 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) est réparti entre les hôpitaux généraux, hors les hôpitaux Sp et G isolés 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 EUR;

B = nombre de points de l'hôpital concerné;

het voordeel van de toegekende financiering te behouden, moet dit activiteitenverslag door voormelde overleggroep worden gevalueerd. ».

**Art. 17.** Een artikel 73bis wordt in hetzelfde besluit ingevoegd, luidend als volgt :

« 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, RVA-stagiairs 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 EUR (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 EUR;

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 rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, met uitzondering van het Maribel-personeel, RVA-stagiairs 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-personeel, RVA-stagiairs en contractuelen die via het interdepartementaal begrotingsfonds of in het kader van de eerste werkervaringsovereenkomsten worden gesubsidieerd. ».

**Art. 18.** In artikel 74quinquies van hetzelfde besluit wordt het eerste lid vervangen als volgt :

« Art. 74quinquies. Vanaf 1 juli 2007 wordt, binnen de grenzen van het beschikbare budget dat vastgesteld is op 1.050.417,85 EUR (index 1 juli 2007), onderdeel B4 van de ziekenhuizen die een zekere expertise hebben op het vlak van patiënten in een persisterende neurovegetatieve of minimum responsieve status, verhoogd met 8.329,05 EUR per bed dat door die patiënten wordt bezet, teneinde de lasten van extra verpleegkundig en/of paramedisch personeel te dekken, en met 2.500 EUR per bed dat door die patiënten wordt bezet voor de externe liaisonfunctie. ».

**Art. 19.** In artikel 75 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1<sup>o</sup> § 1, g), wordt met het volgende lid aangevuld :

« 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. »;

2<sup>o</sup> § 2 wordt met het volgende lid aangevuld :

« 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. »;

3<sup>o</sup> § 3 wordt met het volgende lid aangevuld :

« De berekeningen waarvan sprake hierna zullen de volgende keer plaatsvinden op 1 juli 2008 en vervolgens om de twee jaar. »;

4<sup>o</sup> § 6 wordt vervangen als volgt :

« § 6. Vanaf 1 juli 2007 wordt een budget van 3.609.208 EUR (index 1 juli 2007) verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de ziekenhuizen en Sp-diensten en geïsoleerde G-diensten met minder dan 150 bedden en de ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve zorg om een afgevaardigde bij het antibiotieerbeheer, alsook de 'interuniversitaire opleidingssecretariaten voor afgevaardigden bij het antibiotieerbeheer' 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 EUR;

B = aantal punten van het betrokken ziekenhuis;

C = total des points pour les hôpitaux concernés.

Le cas échéant, X est porté à minimum 10.000 EUR et à maximum 81.709,73 EUR 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.

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 EUR.

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. ».

**Art. 20.** L'article 78, 1<sup>o</sup>, du même arrêté, est remplacé comme suit :

« 1<sup>o</sup> Un montant de 18.908.034,57 EUR (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, § 1<sup>er</sup>;

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.

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 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, 1<sup>o</sup>, 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.

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.,

C = totaal aantal punten voor de betrokken ziekenhuizen.

Indien nodig wordt X op minimum 10.000 EUR en maximum 81.709,73 EUR 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.

Onderdeel B5 van het budget van de ziekenhuizen die een 'interuniversitair opleidingssecretariaat voor afgevaardigden bij het antibiotica-beheer' herbergen, wordt met een forfaitair bedrag van 21.934,08 EUR verhoogd.

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. ».

**Art. 20.** Artikel 78, 1<sup>o</sup>, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 1<sup>o</sup> Een bedrag van 18.908.034,57 EUR (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.

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, 1<sup>o</sup>, 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 afhankelijk van de ratio onder 1.1.,
- 25 % voor de gevallen afhankelijk van de ratio onder 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.

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).

Au 1<sup>er</sup> juillet 2010, 25 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a).

Au 1<sup>er</sup> juillet 2011, 100 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites ci-dessus.

Aux 1<sup>er</sup> juillet 2008, 2009 et 2010, le solde du budget disponible est réparti, entre tous les hôpitaux par variable définie dans l'annexe 3 au présent arrêté, point 3bis, 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<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<sup>o</sup>, 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.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux sélectionnés doivent faire la preuve que, pour l'ensemble de l'hôpital, ils appliquent aux patients admis en chambre double et commune, les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs. Au cas où il n'existe pas d'accord, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués. La preuve est apportée par une attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical.

Afin de pouvoir conserver le bénéfice des montants précités de la sous-partie B8, les hôpitaux doivent :

- collaborer à la collecte systématique et à la transmission au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, de données correctes et complètes relatives au profil social de leurs patients;
- participer aux journées d'information et de formation portant sur l'accompagnement de patients à profil social faible et aux projets qui conduisent à un meilleur accueil des patients à profil social faible;
- soumettre annuellement un rapport attestant l'affectation des moyens au profit du groupe cible.

Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions peut définir, par voie de convention avec les hôpitaux concernés, les modalités pratiques, y compris celles relatives à l'enregistrement, sur la base desquelles les obligations précitées sont exécutées et contrôlées.

Lorsqu'un hôpital ne répond pas à l'ensemble des critères, le Ministre dont question ci-dessus fixe les pourcentages du montant octroyé devant être remboursé par l'hôpital concerné ainsi que le calendrier du remboursement. ».

**Art. 21.** Dans l'article 79 du même arrêté le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> alinéa sont remplacés par l'alinéa suivant :

« 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. ».

**Art. 22.** L'article 79bis du même arrêté est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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.

— 15 % voor de gevallen afhankelijk 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.

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.

Op 1 juli 2010 wordt 25 % van het beschikbare budget verdeeld overeenkomstig de in punt a) beschreven regel.

Op 1 juli 2011 wordt het volledige budget verdeeld overeenkomstig de hieronder beschreven regel.

Op 1 juli 2008, 2009 en 2010 wordt het saldo van het beschikbare budget onder alle ziekenhuizen verdeeld per variabele, gedefinieerd in bijlage 3 bij dit besluit, punt 3bis, 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<sup>o</sup>, 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.

Om het voordeel van de bovengenoemde financiering te behouden, moeten de geselecteerde ziekenhuizen bewijzen dat zij voor de, in een tweepatiëntenkamer en gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, voor het geheel van het ziekenhuis, de tarieven van het nationaal akkoord artsenverzekeringsinstellingen toepassen. In geval waar er geen akkoord is, zijn de tarieven die gebruikt worden als basis voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de maximale tarieven dewelke kunnen toegepast worden. Het bewijs moet geleverd worden via een attest ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad.

Om het voordeel van voormelde bedragen van het onderdeel B8 te kunnen behouden, moeten de ziekenhuizen :

- meewerken aan het systematisch verzamelen en het doorsturen aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu van correcte en volledige gegevens met betrekking tot het sociaal profiel van hun patiënten;
- deelnemen aan informatie- en vormingsdagen met betrekking tot de begeleiding van patiënten met een zwak sociaal profiel en aan projecten die leiden tot een betere opvang van patiënten met een zwak sociaal profiel;
- jaarlijks een verslag uitbrengen waaruit de besteding van de middelen ten gunste van de doelgroep blijkt.

De Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft kan, door een overeenkomst met de betreffende ziekenhuizen, de praktische modaliteiten, inclusief deze van registratie, omschrijven op basis waarvan voormelde verplichtingen worden uitgevoerd en gecontroleerd.

Wanneer een ziekenhuis niet aan alle criteria voldoet, bepaalt de Minister waarvan hierboven sprake de percentages van het toegekende bedrag dat per betrokken ziekenhuis moet worden teruggestort alsook de timing van de terugbetaling. ».

**Art. 21.** In artikel 79 van hetzelfde besluit worden het eerste en tweede lid vervangen als volgt :

« 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. ».

**Art. 22.** Artikel 79bis van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« Art. 79bis. § 1. Vanaf 1 december 2005 wordt aan alle werknemers van de openbare ziekenhuizen een forfaitair complement bij de attractiviteitspremie toegekend.

Ce complément est financé en plusieurs phases :

- en 2005 : 40 EUR;
- en 2006 : 170 EUR;
- en 2007 : 260 EUR;
- en 2008 : 380 EUR;
- en 2009 : 480 EUR.

Pour l'année 2005, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 53,87 EUR, soit 40 EUR 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 EUR, soit 170 EUR 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 EUR, soit 260 EUR 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 EUR, soit 380 EUR 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 EUR, soit 480 EUR majorés des charges patronales (index 1<sup>er</sup> juillet 2005).

§ 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.

Ce complément est financé en plusieurs phases :

- en 2006 : 195 EUR;
- en 2007 : 127 EUR;
- en 2008 : 128 EUR;
- en 2009 : 48 EUR.

Pour l'année 2006, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 262,61 EUR, soit 195 EUR 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 EUR, soit 322 EUR 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 EUR, soit 450 EUR 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 EUR, soit 498 EUR 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.

Un montant provisionnel de 3.420.463,90 EUR (index 01/01/2006) est réparti entre tous les hôpitaux publics en tenant compte du nombre total d'ETP multiplié par 40 %.

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 EUR (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.

Dit complement wordt in verschillende fases gefinancierd :

- in 2005 : 40 EUR;
- in 2006 : 170 EUR;
- in 2007 : 260 EUR;
- in 2008 : 380 EUR;
- in 2009 : 480 EUR.

Voor het jaar 2005 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 53,87 EUR, dus 40 EUR 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 EUR, dus 170 EUR 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 EUR, dus 260 EUR 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 EUR, dus 380 EUR 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 EUR, dus 480 EUR verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

§ 2. Vanaf 1 oktober 2006 wordt aan alle werknemers van de privé-ziekenhuizen een forfaitair complement bij de attractiviteitspremie toegekend.

Dit complement wordt in verschillende fases gefinancierd :

- in 2006 : 195 EUR;
- in 2007 : 127 EUR;
- in 2008 : 128 EUR;
- in 2009 : 48 EUR.

Voor het jaar 2006 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 262,61 EUR, dus 195 EUR 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 EUR, dus 322 EUR 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 EUR, dus 450 EUR 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 EUR, dus 498 EUR 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 fases 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.

Een voorlopig bedrag van 3.420.463,90 EUR (index 01/01/2006) wordt onder alle openbare ziekenhuizen verdeeld, rekening houdende met het totaal aantal FTE's vermenigvuldigd met 40 %.

Bij 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 EUR (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.

Les montants octroyés sont revus, pour l'année 2007, sur base du nombre réel d'ETP et du pourcentage réel de pécule de vacances appliqué.

*79quater.* A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, un budget de 3.400.000 EUR est prévu en complément de l'article 73, § 1<sup>er</sup>, pour couvrir le remplacement des absences de longue durée du personnel statutaire dans les hôpitaux publics.

Le montant total disponible est réparti entre les hôpitaux concernés au prorata du financement accordé au 1<sup>er</sup> juillet 2005.

Lors de la révision de ce montant sur base des coûts réels, les statutaires de l'ensemble des hôpitaux sont pris en considération.

*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 :

#### § 1<sup>er</sup>. Hôpital de jour pour le patient gériatrique :

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, il est financé 2 ETP personnel infirmier dans l'hôpital de jour pour le patient gériatrique, à concurrence de 45.881,10 EUR par ETP (index 01/01/2006).

#### § 2. Médiation interculturelle :

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<sup>o</sup>.

#### § 3. Salles d'opérations :

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, un complément de financement, à concurrence de 45.881,10 EUR (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<sup>o</sup>, 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.

#### § 4. Renfort des équipes de nuit

A partir du 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 concernent 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 EUR (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 :

$$A = 47.734,69 \text{ EUR par ETP;}$$

B = nombre de lits agréés de l'hôpital.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte des lits agréés et existants au 1<sup>er</sup> janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

*79sexies.* Dans les limites d'un budget de 2.264.654 EUR (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 :

$$A = \text{budget disponible de 2.264.654 EUR;}$$

B = nombre total d'heures payées à 50 % de l'hôpital concerné, sur base des dernières données connues;

De toegekende bedragen worden voor 2007 herzien op basis van het reële aantal FTE's en het reële percentage vakantiegeld dat werd toegepast.

*79quater.* Vanaf 1 januari 2006 wordt in een budget van 3.400.000 EUR voorzien ter aanvulling van artikel 73, § 1, om in de openbare ziekenhuizen de vervanging van statutair personeel dat voor lange tijd afwezig is, te dekken.

Het beschikbare totaalbedrag wordt onder de betrokken ziekenhuizen verdeeld naar rata van de op 1 juli 2005 toegekende financiering.

Bij de herziening van dit bedrag op basis van de reële kosten wordt het statutair personeel van alle ziekenhuizen in aanmerking genomen.

*79quinquies.* Teneinde op duurzame wijze toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg te blijven aanbieden, worden de volgende maatregelen ingevoerd op het vlak van jobcreatie :

#### § 1. Dagziekenhuis voor de geriatrie patiënt :

Vanaf 1 januari 2006 worden er 2 FTE's verpleegkundigen gefinancierd in het dagziekenhuis voor de geriatrie patiënt ten belope van 45.881,10 EUR per FTE (index 01/01/2006).

#### § 2. Interculturele bemiddeling

Vanaf 1 januari 2006 worden 16 extra FTE's gefinancierd in de psychiatrie 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<sup>o</sup>.

#### § 3. Operatiezalen :

Vanaf 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 EUR (index 01/01/2006) per FTE toegekend teneinde het personeelskader in de operatiekwartieren te versterken naar rata van :

- 0,5 FTE voor de ziekenhuizen waarvoor het aantal operatiezalen, bepaald overeenkomstig de bepalingen van artikel 46, § 3, 2<sup>o</sup>, a), a.1), minder dan 5 operatiezalen bedraagt;
- 1 FTE tussen 5 en 10 operatiezalen;
- 1,5 FTE 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.

#### § 4. Versterking van de nachtploegen.

Vanaf 1 januari 2007 wordt, teneinde de nachtploegen te versterken, het budget van de psychiatrie 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 EUR (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 :

$$A = 47.734,69 \text{ EUR per FTE;}$$

B = aantal erkende bedden van het ziekenhuis.

Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt enkel rekening gehouden met de bestaande en erkende bedden op 1 januari dat het dienstjaar voorafgaat waarin het budget werd vastgesteld.

*79sexies.* Binnen de grenzen van een budget van 2.264.654 EUR (index 1 juli 2007) wordt, teneinde vanaf 1 januari 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 :

$$A = \text{beschikbaar budget van 2.264.654 EUR;}$$

B = totaal aantal uren betaald aan 50% van het betrokken ziekenhuis op basis van de laatst bekende gegevens;

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. ».

**Art. 23.** Dans l'article 80 du même arrêté, il est inséré un § 4, rédigé comme suit :

« § 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 %. ».

**Art. 24.** L'article 83 du même arrêté est complété par un § 4 libellé comme suit :

« § 4. Au 1<sup>er</sup> juillet 2007, en compensation de la perte de rentrées faisant suite à l'interdiction de facturer des suppléments de chambre à deux lits pour les patients chroniques, un montant (X) de 7.500.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2007) est ajouté à la sous-partie C3 des hôpitaux généraux qui n'appliquent aucun supplément d'honoraires en chambre commune. Par malade chronique, on entend le patient qui souffre d'une pathologie reprise sur la liste des pathologies chroniques dans le cadre du MAF 'Malades chroniques', ainsi que le patient qui séjourne plus de 15 fois au cours d'une année civile et le patient admis dans un service de révalidation pour une durée de séjour de minimum 45 jours.

Ce montant est réparti de la manière suivante :

$$X = A * B/C * D/E$$

où :

A = montant disponible de 7.500.000 EUR;

B = nombre de chambre commune de l'hôpital;

C = nombre total de chambres communes de l'ensemble des hôpitaux;

D = nombre de malades chroniques de l'hôpital;

E = nombre de malades chroniques de l'ensemble des hôpitaux.

Ce montant est réparti entre les hôpitaux, dont l'ensemble des médecins s'engagent, d'une manière générale, au 1<sup>er</sup> juillet 2007, à ne réclamer aucun supplément d'honoraires en chambre commune, au prorata du nombre de malades chroniques susmentionnés par hôpital. ».

**Art. 25.** Dans l'article 92, du même arrêté, le point 10. est remplacé comme suit :

« 10. la sous-partie B9, en ce qui concerne l'article 79bis »;

**Art. 26.** Dans l'annexe 3 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° il est inséré un point 3bis., libellé comme suit :

« 3bis. Calcul d'un nombre de journées justifiées par hôpital compte tenu d'un indice de correction sociale.

La correction du nombre de journées justifiées en fonction de l'indice de correction sociale se fait à raison de 25 % au 1<sup>er</sup> juillet 2008, de 50 % au 1<sup>er</sup> juillet 2009 et de 100 % au 1<sup>er</sup> juillet 2010.

3bis.1. Sources des données des variables reprises à l'annexe 17

— Organismes assureurs pour les variables individuelles : âge, BIM, handicap, isolé et forfait;

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. ».

**Art. 23.** In artikel 80 van hetzelfde besluit wordt een § 4 ingevoegd, luidend als volgt :

« § 4. 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, 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 %. ».

**Art. 24.** Artikel 83 van hetzelfde besluit wordt met een § 4 aangevuld, luidend als volgt :

« § 4. Op 1 juli 2007 wordt ter compensatie van het verlies aan inkomsten ingevolge het verbod om supplementen in tweepersoonskamers voor chronische patiënten te factureren, een bedrag (X) van 7.500.000 EUR (index 1 juli 2007) toegevoegd aan onderdeel C3 van de algemene ziekenhuizen die geen enkel ereloon-supplement in gemeenschappelijke kamers vragen. Met chronische patiënt bedoelt men de patiënt die lijdt aan een pathologie, opgenomen in de lijst van de chronische pathologieën in het kader van de MAF 'Chronische zieken', alsmede de patiënt met meer dan 15 verblijven in de loop van een kalenderjaar en de patiënt die voor een verblijfsduur van minstens 45 dagen in een revalidatiedienst wordt opgenomen.

Dit bedrag wordt verdeeld als volgt :

$$X = A * B/C * D/E$$

waarbij :

A = beschikbaar budget van 7.500.000 EUR;

B = aantal gemeenschappelijke kamers van het ziekenhuis;

C = totaal aantal gemeenschappelijke kamers van alle ziekenhuizen;

D = aantal chronische zieken van het ziekenhuis;

E = totaal aantal chronische zieken van alle ziekenhuizen.

Dit bedrag wordt verdeeld onder de ziekenhuizen waarvan alle artsen zich ertoe verbinden om vanaf 1 juli 2007 geen enkel ereloon-supplement meer te vragen in een gemeenschappelijke kamer, en dat naar rata van het vermelde aantal chronische zieken per ziekenhuis. ».

**Art. 25.** In artikel 92 van hetzelfde besluit wordt punt 10. vervangen als volgt :

« 10. onderdeel B9, met betrekking tot artikel 79bis »;

**Art. 26.** In bijlage 3 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° er wordt een punt 3bis ingevoegd, luidend als volgt :

« 3bis. Berekening van een aantal verantwoorde ligdagen per ziekenhuis rekening houdende met een sociale correctie-index.

De correctie van het aantal verantwoorde ligdagen op basis van de sociale correctie-index gebeurt naar rata van 25 % op 1 juli 2008, 50 % op 1 juli 2009 en 100 % op 1 juli 2010.

3bis.1. Gegevensbronnen van de in bijlage 17 opgenomen variabelen

— Verzekeringsinstellingen voor de individuele variabelen : leeftijd, RVV, handicap, alleenstaand en forfait;

— Direction générale Statistique et Information économique du Service Public Fédéral Economie pour les variables pourcentage de déclaration inférieure à 20.000 EUR, pourcentage de propriétaires et pourcentage de logement précaire.

3bis.2. Calcul du nombre de journées justifiées en fonction de l'indice de correction sociale.

Un nombre de journées justifiées est calculé selon la formule suivante :

$$N_h = n_h \sum_j \beta_j (\bar{x}_{h,j} - \bar{x}_j)$$

où :

$N_h$  = nombre de journées justifiées compte tenu de l'indice de correction sociale par hôpital ;

$n_h$  = nombre d'admissions classiques compte tenu de l'indice de correction sociale de l'hôpital ;

$\beta_j$  = paramètre estimé de la variable explicative  $j$ , telle que définies dans l'annexe 17 ;

$\bar{x}_{h,j}$  = moyenne de la variable explicative  $j$  pour l'ensemble des admissions de cette variable dans l'hôpital  $h$  ;

$\bar{x}_j$  = moyenne de la variable explicative  $j$  pour l'ensemble des admissions de cette variable dans tous les hôpitaux.

Le nombre de journées justifiées en fonction de l'indice de correction sociale est réparti au prorata des journées justifiées calculées selon la méthode définie au point 3, pour les services définis aux points 3.2.1 à 3.2.4.

2° le point 6. 'Codes INAMI retenus pour l'identification de l'hospitalisation de jour réalisée (liste A)' est remplacé par l'annexe 1 au présent arrêté;

3° le point 7. 'Codes INAMI retenus en vue de l'identification des séjours hospitaliers classiques inappropriés (liste B)' est remplacé par l'annexe 2 au présent arrêté.

**Art. 27.** Dans le tableau de l'annexe 9 du même arrêté sont insérés les codes suivants :

Nomenclature / Nomenclatuur
312314-312325
312410-312421
312432-312443

**Art. 28.** Dans le 1<sup>er</sup> alinéa de l'annexe 15, du même arrêté, les mots " l'article 76bis " sont remplacés par les mots " l'article 74bis ».

**Art. 29.** Les annexes du même arrêté sont complétées par l'annexe 17 annexée au présent arrêté.

**Art. 30.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2007, sauf l'article 6 qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'article 25 qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> décembre 2005, l'article 26, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et l'article 27 qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> février 2004.

**Art. 31.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 juin 2007.

ALBERT

Par le Roi :

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

— Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de Federale Overheidsdienst Economie voor de variabelen, percentage van inkomensaangifte minder dan 20.000 EUR, percentage van eigenaar en percentage van precare woning.

3bis.2. Berekening van het aantal verantwoorde bijdragen in functie van de sociale-correctie-index.

Een aantal verantwoorde dagen wordt berekend overeenkomstig de volgende formule :

$$N_h = n_h \sum_j \beta_j (\bar{x}_{h,j} - \bar{x}_j)$$

waarbij :

$N_h$  = aantal verantwoorde ligdagen rekening houdende met de sociale correctie-index per ziekenhuis;

$n_h$  = aantal klassieke opnamen rekening houdende met de sociale correctie-index van het ziekenhuis;

$\beta_j$  = geraamde parameter van de verklarende variabele  $j$ , zoals bepaald in bijlage 17;

$\bar{x}_{h,j}$  = gemiddelde van de verklarende variabele  $j$  voor alle opnamen m.b.t. die variabele in het ziekenhuis  $h$ ;

$\bar{x}_j$  = gemiddelde van de verklarende variabele  $j$  voor alle opnamen m.b.t. die variabele in alle ziekenhuizen.

Het aantal verantwoorde dagen in functie van de sociale correctie-index wordt verdeeld a ratio van de berekende verantwoorde dagen, volgens de in punt 3, voor de in de punten 3.2.1. tot 3.2.4. gedefinieerde diensten, gedefinieerde methode.

2° punt 6. 'Weerhouden RIZIV-codes bij de identificatie van de gerealiseerde daghospitalisatie (lijst A)' wordt vervangen door bijlage 1 bij dit besluit;

3° punt 7. 'Weerhouden RIZIV-codes bij de identificatie van de oneigenlijke klassieke ziekenhuisverblijven' wordt vervangen door bijlage 2 bij dit besluit.

**Art. 27.** In de tabel van bijlage 9 van hetzelfde besluit worden de volgende codes ingevoegd :

Code (1)
4
4
4

**Art. 28.** In het eerste lid van bijlage 15 van hetzelfde besluit worden de woorden "artikel 76bis" vervangen door de woorden "artikel 74bis".

**Art. 29.** De bijlagen van hetzelfde besluit worden aangevuld met bijlage 17 bij dit besluit.

**Art. 30.** Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2007, met uitzondering van artikel 6 dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2007, artikel 25 dat uitwerking heeft met ingang van 1 december 2005, artikel 26, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> dat uitwerking heeft met ingang van 1 januari 2006 en artikel 27 dat uitwerking heeft met ingang van 1 februari 2004.

**Art. 31.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 19 juni 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE



Annexe 1<sup>re</sup> / Bijlage 1

6. CODES INAMI RETENUS POUR L'IDENTIFICATION DE  
L'HOSPITALISATION DE JOUR REALISEE (LISTE A)

6. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE  
GEREALISEERDE DAGHOSPITALISATIE (LIJST A)

## Code de la nomenclature — Nomenclatuurcode

220231	246610	256336	280195	287512	293370
220275	246632	256491	280534	287534	294210
220290	246654	256513	280571	287556	294232
220312	246676	256550	280674	287571	294475
220334	246772	256653	280711	287696	294615
221152	246831	256815	280755	287711	294674
227076	246912 *3	256830	280792	287755	294711
228152	246934 *3	256852	283010	287792	300252
229176	247575 *2	257390	284572	287814	300274
230613	247590 *2	257434	284911	287836	300296
232013	247612 *2	257876	285095	288094	300311
232035	247634 *2	257891	285235	288116	300333
235174	247656 *2	257994	285375	291410	310575
238114	250176	258031	285390	291970	310715
238173	250191	258053	285434	291992	310774
238195	250213	258090	285456	292014	310796
238210	251274	258112	285471	292235	310811
241150	251311	258156	285574	292574	310855
241312	251370	258171	285596	292633	310951
241091	251650	260315	285611	292736	310973
244193	253153	260470	285670	292773	310995
244311	253190	260676	285692	292795	311312
244436	253212	260691	285810	292810	311334
244473	253551	260735	285832	292832	311452
244495	253573	260794	285935	292854	311835
244554	255172	260853	285972	292891	311990
244635	255194	260875	285994	292935	312314 *1
245534	255231	260890	286112	292972	312410 *1
245571	255253	260912	286134	292994	312432 *1
245630	255592	260934	286215	293016	317214
245733	255614	260956	286230	293031	350512
245755	255695	261214	286252	293053	353253
245814	255732	261236	286296	293075	354056
245851	255776	262216	286451	293134	431056
245873	255894	262231	287350	293156	431071
246094	255916	280055	287372	293171	431513
246212	255975	280070	287431	293230	432191
246514	256115	280092	287453	293252	432213
246551	256130	280136	287475	293274	432316
246573	256174	280151	287490	293296	432434
246595	256314			293311	432692

\*1 Remplace, à partir du 01/02/2004, la prestation 312152

\*2 Ces 5 codes remplacent le 247531 à partir du 01/12/2006

\*1 Vervangt vanaf 01/02/2004 de verstrekking 312152

\*2 Deze 5 codes vervangen code 247531 vanaf 01/12/2006

\*3 Ajoutés à partir du 01/05/2007

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 19 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

ALBERT

Par le Roi :

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

\*3 Toegevoegd vanaf 01/05/2007

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 19 juni 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

Annexe 2 / Bijlage 2

7. CODES INAMI RETENUS EN VUE DE L'IDENTIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS CLASSIQUES INAPPROPRIÉS (LISTE B)

7. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE ONEIGENLIJKE KLASSIEKE ZIEKENHUISVERBLIJVEN (LIJST B)

Code de la nomenclature — Nomenclatuurcode

220231 - 220242	246831 - 246842	258171 - 258182	285972 - 285983	293134 - 293145
220275 - 220286	246853 - 246864	260175 - 260186	285994 - 286005	293156 - 293160
220290 - 220301	250176 - 250180	260315 - 260326	286112 - 286123	293230 - 293241
220312 - 220323	250191 - 250202	260676 - 260680	286134 - 286145	293252 - 293263
220334 - 220345	251274 - 251285	260691 - 260702	286215 - 286226	293274 - 293285
221152 - 221163	251370 - 251381	260735 - 260746	286230 - 286241	293311 - 293322
227076 - 227080	253190 - 253201	260794 - 260805	286252 - 286263	293370 - 293381
230613 - 230624	253551 - 253562	260890 - 260901	286296 - 286300	294210 - 294221
232013 - 232024	253573 - 253584	260912 - 260923	287350 - 287361	294232 - 294243
232035 - 232046	253654 - 253665	260934 - 260945	287372 - 287383	294615 - 294626
238114 - 238125	255172 - 255183	260956 - 260960	287431 - 287442	294674 - 294685
238151 - 238162	255194 - 255205	261214 - 261225	287453 - 287464	294711 - 294722
238173 - 238184	255231 - 255242	261236 - 261240	287475 - 287486	300252 - 300263
238195 - 238206	255253 - 255264	262231 - 262242	287490 - 287501	300274 - 300285
238210 - 238221	255592 - 255603	280055 - 280066	287512 - 287523	300296 - 300300
241150 - 241161	255614 - 255625	280070 - 280081	287534 - 287545	300311 - 300322
244311 - 244322	255695 - 255706	280092 - 280103	287556 - 287560	300333 - 300344
244436 - 244440	255732 - 255743	280136 - 280140	287571 - 287582	310575 - 310586
244473 - 244484	255754 - 255765	280151 - 280162	287696 - 287700	310715 - 310726
244495 - 244506	255776 - 255780	280195 - 280206	287711 - 287722	310774 - 310785
244576 - 244580	255894 - 255905	280534 - 280545	287755 - 287766	310855 - 310866
244591 - 244602	255916 - 255920	280571 - 280582	287792 - 287803	310951 - 310962
244635 - 244646	255975 - 255986	280674 - 280685	287814 - 287825	310973 - 310984
245114 - 245125	256115 - 256126	280711 - 280722	287836 - 287840	310995 - 311006
245534 - 245545	256130 - 256141	280755 - 280766	288094 - 288105	311312 - 311323
245571 - 245582	256174 - 256185	280792 - 280803	288116 - 288120	311334 - 311345
245630 - 245641	256314 - 256325	284572 - 284583	291410 - 291421	311452 - 311463
245733 - 245744	256336 - 256340	284911 - 284922	291970 - 291981	311835 - 311846
245755 - 245766	256491 - 256502	285095 - 285106	291992 - 292003	311990 - 312001
245770 - 245781	256513 - 256524	285110 - 285121	292014 - 292025	312314 - 312325
245792 - 245803	256550 - 256561	285235 - 285246	292633 - 292644	312410 - 312421
245814 - 245825	256653 - 256664	285375 - 285386	292736 - 292740	312432 - 312443
245851 - 245862	256815 - 256826	285390 - 285401	292773 - 292784	317214 - 317225
245873 - 245884	256830 - 256841	285434 - 285445	292810 - 292821	353253 - 353264
246094 - 246105	256852 - 256863	285456 - 285460	292832 - 292843	354056 - 354060
246514 - 246525	257390 - 257401	285471 - 285482	292891 - 292902	431056 - 431060

246551 - 246562	257434 - 257445	285574 - 285585	292935 - 292946	431071 - 431082
246573 - 246584	257876 - 257880	285670 - 285681	292972 - 292983	432191 - 432202
246595 - 246606	258031 - 258042	285692 - 285703	292994 - 293005	432213 - 432224
246610 - 246621	258090 - 258101	285810 - 285821	293016 - 293020	432294 - 432305
246632 - 246643	258112 - 258123	285832 - 285843	293053 - 293064	432316 - 432320
246676 - 246680	258156 - 258160	285935 - 285946	293075 - 293086	432434 - 432445
				432692 - 432703

Le code 312152-312163 est supprimé à partir du 1<sup>er</sup> février 2004

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 19 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

ALBERT

Par le Roi :

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

Annexe 3

Annexe 17 — Définitions des variables et paramètres explicatifs du profil social de l'hôpital

1. Sources de données :

- les admissions dans les hôpitaux généraux fournies par les organismes assureurs;
- les données socio-économiques des patients (âge, handicap, isolé, intervention majorée, forfaits maladies chroniques) fournies par les organismes assureurs;
- les données par quartier statistique (éducation, revenus logement...) fournies par la Direction générale Statistique et Information économique du Service Public Fédéral Economie.

1. Variables de profil social

1.1. Variables provenant des organismes assureurs

**age** : nombre d'admissions pour les patients âgés de 75 ans ou plus;

**bim** : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du MâF social via leur qualité de BIM;

**ihand** : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du MâF social via l'intervention pour personne handicapée;

**isolé** : nombre d'admissions pour les patients isolés c'est-à-dire dont le ménage MâF ne comprend qu'une seule personne (eux-mêmes);

**forfait** : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du forfait infirmier B ou du forfait infirmier C ou du forfait Kinésithérapeute E.

1.2. Variables provenant de la Direction générale Statistique et Information économique du Service Public Fédéral Economie

**% déclaration < 20.000** : nombre d'admissions pour les patients habitant dans un quartier statistique dont le pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier;

**% propriétaire** : nombre d'admissions pour les patients habitant dans un quartier statistique dont le pourcentage de propriétaire est inférieur à la médiane pour ce quartier;

**% logement précaire** : nombre d'admissions pour les patients habitant dans un quartier statistique dont le pourcentage de logement précaire est supérieur à la médiane pour ce quartier.

De code 312152-312163 wordt vanaf 1 februari 2004 afgeschaft

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 19 juni 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

Bijlage 3

Bijlage 17 — Definities van de verklarende variabelen en parameters m.b.t. het sociale profiel van het ziekenhuis

1. Gegevensbronnen :

- de opnamen in de algemene ziekenhuizen verstrekt door de verzekeringsinstellingen;
- de socio-economische gegevens van patiënten (leeftijd, handicap, allenstand, verhoogde tussenkomst, forfaits chronische ziekten) verstrekt door de verzekeringsinstellingen;
- de gegevens, per statistische buurt (opleiding, inkomsten, woning...) verstrekt door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de Federale Overheidsdienst Economie.

1. Variabelen m.b.t. het sociale profiel

1.1. Variabelen die afkomstig zijn van de verzekeringsinstellingen

**leeftijd** : aantal opnamen voor de patiënten van 75 jaar of ouder;

**rvv** : aantal opnamen voor de patiënten die de sociale MAF genieten door hun hoedanigheid als RVV;

**ihand** : aantal opnamen voor de patiënten die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten;

**alleenstaand** : aantal opnamen voor alleenstaande patiënten, d.w.z. waarvan het MAF-gezin slechts een persoon telt (zijzelf);

**forfait** : aantal opnamen voor de patiënten die het forfait B en C verpleegkundige zorg of het forfait E kinesitherapie genieten.

1.2. Variabelen die afkomstig zijn van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de Federale Overheidsdienst Economie

**% inkomensaanfifte < 20.000** : aantal opnamen voor de patiënten die in een statistische buurt wonen waarvan het percentage inkomensaanfiften van minder dan 20.000 EUR hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt;

**% eigenaar** : aantal opnamen voor de patiënten die in een statistische buurt wonen waarvan het percentage eigenaars lager ligt dan het gemiddelde voor die buurt;

**% preciaire woning** : aantal opnamen voor de patiënten die in een statistische buurt wonen waarvan het percentage preciaire woningen hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt.

## 1.3. Interactions entre ces variables

**age\*bim** : nombre d'admissions pour les patients

- âgés de 75 ans ou plus et
- bénéficiant du MâF social via leur qualité de BIM;

**ihand\*isolé** : nombre d'admissions pour les patients

- bénéficiant du MâF social via l'intervention pour personne handicapée et
- isolés;

**ihand\*forfait** : nombre d'admissions pour les patients

- bénéficiant du MâF social via l'intervention pour personne handicapée et
- bénéficiant du forfait infirmier B ou du forfait infirmier C ou du forfait Kinésithérapeute E;

**age\*ihand** : nombre d'admissions pour les patients

- âgés de 75 ans ou plus et
- bénéficiant du MâF social via l'intervention pour personne handicapée;

**age\*isolé** : nombre d'admissions pour les patients

- âgés de 75 ans ou plus et
- isolés;

**age\*forfait** : nombre d'admissions pour les patients

- âgés de 75 ans ou plus et
- bénéficiant du forfait infirmier B ou du forfait infirmier C ou du forfait Kinésithérapeute E;

**% decl <20.000\*age** : nombre d'admissions pour les patients

- habitant dans un quartier statistique dont la valeur pour la variable pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier et
- âgé de 75 ans ou plus;

**% decl <20.000\*ihand** : nombre d'admissions pour les patients

- habitant dans un quartier statistique dont la valeur pour la variable pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier et
- bénéficiant du MâF social via l'intervention pour personne handicapée

**% decl <20.000\*isolé** : nombre d'admissions pour les patients

- habitant dans un quartier statistique dont la valeur pour la variable pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier et
- isolés;

**% propriétaire\*age** : nombre d'admissions pour les patients

- habitant dans un quartier statistique dont la valeur pour la variable pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier
- âgés de 75 ans ou plus

**% propriétaire\*bim** : nombre d'admissions pour les patients

- habitant dans un quartier statistique dont la valeur pour la variable pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier et
- bénéficiant du MâF social via leur qualité de BIM;

## 1.3. Interacties tussen die variabelen

**leeftijd\*rvv** : aantal opnamen voor de patiënten

- van 75 jaar of ouder en
- die de sociale MAF genieten door hun hoedanigheid als RVV;

**ihand\*alleenstaande** : aantal opnamen voor de patiënten

- die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten en
- die alleenstaand zijn;

**ihand\*forfait** : aantal opnamen voor de patiënten die

- de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten en
- die het forfait B en C verpleegkundige zorg of het forfait E kinesitherapie genieten;

**leeftijd\*ihand** : aantal opnamen voor de patiënten

- van 75 jaar of ouder en
- die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten;

**leeftijd\*alleenstaand** : aantal opnamen voor de patiënten

- van 75 jaar of ouder en
- die alleenstaand zijn;

**leeftijd\*forfait** : aantal opnamen voor de patiënten

- van 75 jaar of ouder en
- die het forfait B en C verpleegkundige zorg of het forfait E kinesitherapie genieten;

**% inkomensaangifte <20.000\*leeftijd** : aantal opnamen voor de patiënten

- die in een statistische buurt wonen waarvan de waarde voor de variabele percentage inkomensaangiften van minder dan 20.000 EUR hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt en
- die 75 jaar zijn of ouder;

**% inkomensaangifte <20.000\*ihand** : aantal opnamen voor de patiënten

- die in een statistische buurt wonen waarvan de waarde voor de variabele percentage inkomensaangiften van minder dan 20.000 EUR hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt en
- die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten;

**% inkomensaangifte <20.000\*alleenstaand** : aantal opnamen voor de patiënten

- die in een statistische buurt wonen waarvan de waarde voor de variabele percentage inkomensaangiften van minder dan 20.000 EUR hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt en
- die alleenstaand zijn;

**% eigenaar\*leeftijd** : aantal opnamen voor de patiënten

- die in een statistische buurt wonen waarvan de waarde voor de variabele percentage inkomensaangiften van minder dan 20.000 EUR hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt en
- die 75 jaar zijn of ouder

**% eigenaar\*rvv** : aantal opnamen voor de patiënten

- die in een statistische buurt wonen waarvan de waarde voor de variabele percentage inkomensaangiften van minder dan 20.000 EUR hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt en
- die de sociale MAF genieten door hun hoedanigheid als RVV;

% **propriétaire\*ihand** : nombre d'admissions pour les patients  
 — habitant dans un quartier statistique dont la valeur pour la variable pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier et  
 — bénéficiant du MâF social via l'intervention pour personne handicapée;

% **propriétaire\*isolé** : nombre d'admissions pour les patients  
 — habitant dans un quartier statistique dont la valeur pour la variable pourcentage de déclaration de revenu inférieur à 20.000 EUR est supérieur à la médiane pour ce quartier et  
 — isolés.

2. Régression multivariée de la durée de séjour compte tenu des facteurs sociaux pour l'ensemble des variables sociales.

% **eigenaar\*ihand** : aantal opnamen voor de patiënten

— die in een statistische buurt wonen waarvan de waarde voor de variabele percentage inkomensaangiften van minder dan 20.000 EUR hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt en  
 — die de sociale MAF genieten via de tegemoetkoming voor gehandicapten;

% **eigenaar\*alleenstaand** : aantal opnamen voor de patiënten

— die in een statistische buurt wonen waarvan de waarde voor de variabele percentage inkomensaangiften van minder dan 20.000 EUR hoger ligt dan het gemiddelde voor die buurt en  
 — die alleenstaand zijn.

2. Multigevarieerde daling van de ligduur rekening houdende met de sociale factoren voor het geheel van de sociale variabelen

Variables / Variabelen		Coefficient / Coefficient
% déclaration < 20.000	% inkomensaangifte < 20.000	0,1042
% propriétaire	% eigenaar	0,0558
% logement précaire	% preciaire woningen	0,1170
âge	leeftijd	0,1496
bim	rvv	0,1883
ihand	ihand	0,4566
isolé	alleenstaand	0,2793
forfait	forfait	0,6195
age*bim	leeftijd*bim	0,1278
ihand*isolé	ihand*alleenstaand	0,4747
ihand*forfait	ihand*forfait	-0,2912
age*ihand	leeftijd*ihand	0,9959
age*isolé	leeftijd*alleenstaand	1,0208
age*forfait	leeftijd*forfait	0,5661
% decl < 20.000*age	% inkomensaangifte < 20.000*leeftijd	0,1655
% decl < 20.000*ihand	% inkomensaangifte < 20.000*ihand	0,1127
% decl < 20.000*isolé	% inkomensaangifte < 20.000*alleenstaand	0,1095
% propriétaire*age	% eigenaar*leeftijd	0,1355
% propriétaire*bim	% eigenaar*rvv	0,1071
% propriétaire*ihand	% eigenaar*ihand	0,2436
% propriétaire*isolé	% eigenaar*alleenstaand	0,0851

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 19 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

ALBERT

Par le Roi :

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

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 19 juni 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
 R. DEMOTTE