

Art. 23. Dans le même arrêté, il est inséré un article 101bis rédigé comme suit :

« Dans le but de ne pas retarder la facturation, les modifications à la liste A codes INAMI retenus pour l'identification de l'hospitalisation de jour réalisée' reprise au point 6 de l'annexe 3 peuvent être portées, sans tarder, à la connaissance des hôpitaux par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, pour autant que ces modifications aient été approuvées par les différentes instances concernées de l'INAMI.

Une fois par an, ces modifications sont insérées dans l'annexe 3. ».

Art. 24. Dans l'annexe 3 du même arrêté, point 5 'Principes de conversion du nombre de journées justifiées en un nombre de lits justifiés', dans l'alinéa commençant par les mots « Une augmentation maximale de 12 %... » les deux pourcentages « 25 % » sont remplacés par le pourcentage « 50 % ».

Art. 25. L'annexe 6 du même arrêté 'Calcul d'un indice de coût supplémentaire par lit C et D occupé' est supprimée.

Art. 26. A l'annexe 8, 2., 2.c, alinéa 2, du même arrêté, la phrase « Il s'élève à 2 si :-

le patient a séjourné dans le service de soins intensifs et

- le patient a été admis via le service 100 ou si le patient est décédé. » est remplacée par la phrase suivante :

« Il s'élève à 2 si le patient a séjourné dans le service de soins intensifs et a été admis via le service 100 ou si le patient a séjourné dans le service de soins intensifs et est décédé. ».

Art. 27. Le présent arrêté produit ses effets le 16 septembre 2009 et les articles 8, 2/, 8, 4/, 14, 15 et 25 cessent d'être en vigueur respectivement le 1^{er} juillet 2011, 1^{er} juillet 2013, 1^{er} janvier 2010, 1^{er} juillet 2011 et 1^{er} juillet 2013.

Art. 28. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions et le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 décembre 2012.

ALBERT

Par le Roi :

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

Art. 23. In hetzelfde besluit wordt een artikel 101bis ingevoegd, luidende :

« Teneinde de facturatie niet te vertragen, kunnen de wijzigingen in de Lijst A In aanmerking genomen RIZIV-codes bij de identificatie van de gerealiseerde daghospitalisatie' zoals opgenomen in punt 6 van bijlage 3 onverwijld door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft ter kennis van de ziekenhuizen worden gebracht, voor zover die wijzigingen door de verschillende betrokken instellingen van het RIZIV zijn goedgekeurd.

Eenmaal per jaar worden die wijzigingen in bijlage 3 ingevoegd. ».

Art. 24. In bijlage 3 van hetzelfde besluit, punt 5 'Principes m.b.t. de conversie van het aantal verantwoorde dagen in een aantal verantwoord bedden' in het lid beginnend met de woorden « Een maximale stijging van 12 %... » worden de beide percentages « 25 % » vervangen door het percentage « 50 % ».

Art. 25. Bijlage 6 van hetzelfde besluit 'Berekening van een ziekenhuis-meerkostindex per bezet C- en D-bed' wordt geschrapt.

Art. 26. In bijlage 8, 2., 2.c, tweede lid, van hetzelfde besluit, wordt de zin « Hij wordt 2 indien :

- de patiënt in de dienst voor intensieve zorg verbleven heeft en

- de patiënt opgenomen is via de dienst 100 of de patiënt overleden is. » vervangen als volgt :

« Hij wordt 2 indien de patiënt in de dienst voor intensieve zorg verbleven heeft en opgenomen is via de dienst 100 of indien de patiënt in de dienst voor intensieve zorg verbleven heeft en overleden is. ».

Art. 27. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 16 september 2009 en de artikelen 8, 2/, 8, 4/, 14, 15 en 25 treden buiten werking respectievelijk op 1 juli 2011, 1 juli 2013, 1 januari 2010, 1 juli 2011 en 1 juli 2013.

Art. 28. De minister bevoegd voor Sociale Zaken en de minister bevoegd voor Volksgezondheid zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 december 2012.

ALBERT

Van Koningswege :

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

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

[C - 2012/24414]

17 DECEMBRE 2012. — 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 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, l'article 105, § 1^{er};

Vu l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

Vu l'arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, les articles 3, 7, 1^o et 8, 2^o annulés par l'arrêt n^o 208.435 du Conseil d'Etat du 26 octobre 2010;

Vu l'arrêté royal 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, les articles 5, 11 et 24 annulés par l'arrêt n^o 208.434 du Conseil d'Etat du 26 octobre 2010;

Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise;

Vu l'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Financement, donné le 8 septembre 2011;

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

[C - 2012/24414]

17 DECEMBER 2012. — 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 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, artikel 105, § 1;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 november 2006 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, artikelen 3, 7, 1^o en 8, 2^o vernietigd bij arrest nr. 208.435 van de Raad van State van 26 oktober 2010;

Gelet op het koninklijk 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, artikelen 5, 11 et 24 vernietigd bij arrest nr. 208.434 van de Raad van State van 26 oktober 2010;

Gelet op het voorafgaand onderzoek met betrekking tot de noodzaak om een effectbeoordeling uit te voeren, waarin besloten wordt dat een effectbeoordeling niet vereist is;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, gegeven op 8 september 2011;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné 13 mars 2012;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 18 juin 2012;

Vu les avis 51.719/1/V et 51.716/1/V du Conseil d'Etat, donnés le 2 août 2012, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, 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^{er}. L'article 29 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, est remplacé par ce qui suit :

« Art. 29. § 1^{er}. Par dérogation à l'article 25, sont couvertes forfaitairement, après la période d'amortissement des investissements subventionnés, les charges suivantes :

1^o les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical;

2^o les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier;

3^o les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

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

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

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

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

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

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

b) le budget disponible pour les quartiers opératoires est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de salles d'opération attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 3, 2^o, a), ci-après pour le dernier exercice connu;

c) le budget disponible pour les services de maternité est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre d'accouchements du dernier exercice connu;

d) le budget disponible pour les services de néonatalogie intensive est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés NIC;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 13 maart 2012;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 18 juni 2012;

Gelet op de adviezen 51.719/1/V en 51.716/1/V van de Raad van State, gegeven op 2 augustus 2012 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, 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. Artikel 29 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wordt vervangen als volgt :

« Art. 29. § 1. In afwijking van artikel 25 worden de volgende lasten, na afschrijving van de betoelaagde investeringen, forfaitair vergoed :

1^o de lasten die verband houden met de afschrijving van medische uitrusting;

2^o de lasten die verband houden met de afschrijving van de niet-medische uitrusting, met inbegrip van informatica-apparatuur alsmede van meubilair;

3^o de lasten die verband houden met de afschrijving van het rollend materieel.

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

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

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

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

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

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

c) het beschikbare budget voor de kraaminrichtingen wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal bevallingen van het laatst gekende dienstjaar;

d) het beschikbare budget voor de diensten intensieve neonatalogie wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal erkende NIC-bedden;

e) le budget disponible pour les soins intensifs est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 2, 2°, c), pour le dernier exercice connu;

f) le budget disponible pour les autres services est réparti entre les hôpitaux au prorata du budget relatif à la sous-partie B2 visé à l'article 45, § 7, pour le dernier exercice connu.

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

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

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

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

où:

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

B est égal à 50 % du budget disponible;

C est égal au budget B2 attribué à l'hôpital au 1^{er} janvier 2005 conformément à l'article 45, §§ 1^{er} et 9;

D est égal à la somme des budgets B2 attribués au 1^{er} janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément à l'article 45, §§ 1^{er} et 9;

Le montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

§ 3. Le forfait attribué en vertu du § 1^{er}, 2°, pour les hôpitaux aigus est calculé de la manière suivante:

1° le budget disponible au 30 juin 2005 est réparti en premier lieu entre les groupes d'hôpitaux dont question à l'article 40 sur base des dépenses constatées pendant un exercice. A l'intérieur de chaque groupe, la répartition du budget disponible s'effectue au prorata de la somme des budgets relatifs aux sous-parties B1 et B2 fixés en application des articles 42, 10e opération et 45, § 7, pour le dernier exercice connu;

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

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

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

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

où:

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

B est égal à 40 % du budget disponible;

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

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

Le montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

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

2° Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait calculé conformément au 1° s'effectue progressivement. L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

e) het beschikbare budget voor de diensten intensieve zorg wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het aantal punten dat met toepassing van het artikel 46, § 2, 2°, c), aan elk ziekenhuis wordt toegekend;

f) het beschikbare budget voor de andere diensten wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van het budget van Onderdeel B2, bedoeld in het artikel 45, § 7, voor het laatst gekende dienstjaar.

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

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

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

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

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

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

waarbij:

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

B gelijk is aan 50 % van het beschikbare budget;

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

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

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

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

1° het beschikbare budget op 30 juni 2005 wordt eerst verdeeld onder de groepen van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 40 op basis van de kosten gedurende een dienstjaar. Vervolgens wordt het beschikbare budget binnen elke groep verdeeld naar rata van de som van de budgetten van onderdeel B1 en onderdeel B2 en dit met toepassing van de artikelen 42, 10e bewerking en 45, § 7, voor het laatst gekende dienstjaar;

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

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

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

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

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

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

waarbij:

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

B gelijk is aan 40 % van het beschikbare budget;

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

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

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

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

2° De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1° gebeurt progressief. De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

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

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

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

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

où :

Lih = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005.

Ce montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

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

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

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

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003;

- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

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

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

où :

Lih = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005.

Ce montant M est accordé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

§ 6. Les modalités reprises aux §§ 2 à 5, sont pour la première fois d'application au 1^{er} janvier 1997.

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt :

- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

§ 9. Le forfait attribué en vertu du § 1^{er}, 3^o, est fixé au niveau des charges retenues pour 2001.

§ 10. A partir du 1^{er} janvier 2008, un montant de 16.291.000 euros est réparti entre tous les hôpitaux au prorata du forfait, visé aux §§ 3, 4 et 5, tel que notifié au 1^{er} janvier 2008. Ce montant doit être prioritairement affecté à l'informatisation du volet infirmier du dossier patient. ».

Art. 2. Dans l'article 44, du même arrêté royal, le paragraphe 3 est remplacé comme suit :

« § 3. 1^o A partir du 1^{er} juillet 2005, la sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques est augmentée d'un montant forfaitaire (M) pour autant que le budget B1 en vigueur au 30 juin 2005, exprimé par lit, soit inférieur à la moyenne nationale.

Le montant (M) est calculé comme suit :

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

où :

- 1.445.000 euros (index 01/07/2005) est égal au budget disponible;

- lits hi = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005 de l'hôpital;

- lits hz = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005 des hôpitaux répondant à la condition visée au 1^{er} alinéa.

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

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

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

$$2.445.000 * \left[\frac{(\sum 1n A / (\sum 1n N * 0,9 * N) - A)}{(\sum 1n [(\sum 1n A / (\sum 1n N * 0,9 * N) - A)]} \right]$$

où :

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

N = nombre de référence de l'hôpital.

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

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

$$2.445.000 * \left[\frac{(\sum 1n A / \sum 1n N * 1,1 * N) - A}{\sum 1n [(\sum 1n A / \sum 1n N * 1,1 * N) - A]} \right]$$

où :

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

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

Art. 3. Dans l'article 45, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1^o le paragraphe 2bis est remplacé par ce qui suit :

« § 2bis. Pour le calcul du nombre de points attribué à chaque hôpital, l'actualisation des données, dont question à l'article 46, § 4, intervient, la prochaine fois, au 1^{er} juillet 2007 et, ensuite, tous les deux ans. ».

2^o le paragraphe 3 est remplacé par ce qui suit :

« § 3. 1^o Par budget global, on entend le montant représenté par l'addition du budget pour la sous-partie B2 de chaque hôpital au 30 juin précédant l'exercice de la fixation du budget B2.

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

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

§ 10. Vanaf 1 januari 2008 wordt een bedrag van 16.291.000 euro verdeeld onder alle ziekenhuizen naar rato van het forfait bedoeld in §§ 3, 4 en 5, zoals werd aangegeven op 1 januari 2008. Dit bedrag dient prioritair besteed te worden aan de automatisering van het verpleegkundig luik van het patiëntendossier. ».

Art. 2. In artikel 44 van hetzelfde besluit wordt paragraaf 3 vervangen als volgt:

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

Het bedrag (M) wordt als volgt berekend :

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

waarbij :

- 1.445.000 euro (index 01/07/2005) gelijk is aan het beschikbare budget;

- bedden hi = het aantal erkende bedden van het ziekenhuis op 1 januari 2005;

- bedden hz = het aantal erkende bedden op 1 januari 2005 van de ziekenhuizen die beantwoorden aan de voorwaarde bedoeld in het eerste lid.

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

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

Het beschikbare budget wordt overeenkomstig de volgende berekening verdeeld :

$$2.445.000 * \left[\frac{(\sum 1n A / (\sum 1n N * 0,9 * N) - A)}{(\sum 1n [(\sum 1n A / (\sum 1n N * 0,9 * N) - A)]} \right]$$

waarbij :

A = bedrag van onderdeel B1 op 30 juni 2006;

N = referentiaantal van het ziekenhuis.

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

Het beschikbare budget wordt overeenkomstig de volgende berekening verdeeld :

$$2.445.000 * \left[\frac{(\sum 1n A / \sum 1n N * 1,1 * N) - A}{\sum 1n [(\sum 1n A / \sum 1n N * 1,1 * N) - A]} \right]$$

waarbij :

A = bedrag van onderdeel B1 op 30 juni 2007;

N = referentiaantal van het ziekenhuis. ».

Art. 3. In artikel 45 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1^o de paragraaf 2bis wordt vervangen als volgt :

« § 2bis. Voor de berekening van het aantal punten dat aan elk ziekenhuis wordt toegekend, zal de actualisering van de gegevens waarvan sprake in artikel 46, § 4, de volgende maal plaatsvinden op 1 juli 2007 en vervolgens om de twee jaar. ».

2^o de paragraaf 3 wordt vervangen als volgt :

« § 3. 1^o Onder totaalbudget wordt verstaan het bedrag verkregen door de optelling van het budget voor onderdeel B2 van elk ziekenhuis op 30 juni, voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget B2 vastgesteld wordt.

Cependant, pour la détermination du budget global au 1^{er} juillet 2002, et pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9, le budget B2 au 30 juin 2002 de chaque hôpital est déterminé de la manière suivanteÇ:

1° si $JR > Q$

$$(B2 * Q) + [(JR - Q) * x * B2']$$

2° si $JR = Q$

$$(B2 * JR) + [(B2' * x' * (Q - JR)]$$

3° si $JR = Q$

$$(B2 * Q)$$

Où:

JR = journées réalisées pendant l'exercice 2000;

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

x = 25 % sauf si l'hôpital a bénéficié en 2001 d'un nombre DJN fixé en application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986. Dans ce cas, x devient 60 % pour les journées entre 90 et 95 % d'occupation et/ou 45 % pour les journées réalisées en 2000 qui sont supérieures aux journées réalisées en 1996. Pour les journées réalisées en 1996 encore réalisées en 2000 et qui sont supérieures aux journées 1989, x devient 45 % pour autant que ces journées aient été indemnisés à 45 % lors d'un exercice se situant entre 1990 et 1996;

x' = 0 % sauf si l'établissement a bénéficié d'un nombre DJN en 2001. Dans ce cas, x devient 25 %;

B2 = valeur par jour au 31 décembre 2001 de la sous-partie B2 hors application des moyens visés à l'article 15, 26° et déduction faite des moyens visés aux articles 74 et 77;

B2' = valeur par jour au 31 décembre 2001 hors application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, des moyens visés à l'article 15, 26°, et déduction faite des moyens visés aux articles 74 et 77.

Au budget ainsi déterminé pour chaque hôpital, il est ajouté le montant relatif à la sous-partie B2 des prestations réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour visée au point 6 de l'annexe 3 découlant de la répartition du budget disponible pour l'hôpital de jour chirurgical entre les sous-parties B1 et B2 sur base de la valeur relative de chacune de ces sous-parties B1 et B2 pour chaque hôpital.

2° Au 1^{er} juillet 2005, le budget global disponible au 30 juin 2005 est augmenté de 3.546.000 euros.

3° Au 1^{er} juillet 2006, il est octroyé aux hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A/B * C$$

où :

A = budget disponible de 9.661.667 euros (index 01/07/2006);

B = nombre total des admissions au niveau de ces hôpitaux de patients de plus de 75 ans isolés relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};

C = nombre total des admissions au niveau de l'hôpital de patients de plus de 75 ans isolés relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er}.

Les données reprises sous B et C sont fournies par les organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er}, et ont trait au dernier exercice connu.

4° Au 1^{er} juillet 2007, un montant supplémentaire de 9.661.667 euros est ajouté à la sous-partie B2 des hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés.

Voor de vaststelling van het totale budget op 1 juli 2002, en tijdens de aanpassingsperiode, bedoeld in artikel 45, § 9, wordt het budget B2 op 30 juni 2002 van elk ziekenhuis als volgt vastgesteld :

1° indien $JR > Q$

$$(B2 * Q) + [(JR - Q) * x * B2']$$

2° indien $JR = Q$

$$(B2 * JR) + [(B2' * x' * (Q - JR)]$$

3° indien $JR = Q$

$$(B2 * Q)$$

Waarbij :

JR = tijdens het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen;

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

x = 25 % tenzij het ziekenhuis in 2001 een aantal NAL verkregen heeft, vastgesteld bij toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986. In dat geval wordt x 60 % voor de dagen tussen 90 en 95 % bezetting en/of 45 % voor de in 2000 gerealiseerde dagen die hoger liggen dan de in 1996 gerealiseerde dagen. Voor de in 1996 gerealiseerde dagen die nog gerealiseerd worden in 2000 en die hoger liggen dan de dagen in 1989 wordt x 45 % voor zover deze dagen gedurende een dienstjaar tussen 1990 en 1996 tegen 45 % vergoed werden;

x' = 0 % tenzij de instelling in 2001 een aantal NAL verkregen heeft. x wordt in dat geval 25 %;

B2 = waarde per dag op 31 december 2001 van onderdeel B2, buiten toepassing van de in artikel 15, 26° bedoelde middelen en na aftrek van de in artikel 74 en 77 bedoelde middelen;

B2' = dagwaarde op 31 december 2001, buiten toepassing van artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986, van de in artikel 15, 26° bedoelde middelen en na aftrek van de in artikel 74 en 77 bedoelde middelen.

Aan het aldus voor elk ziekenhuis vastgestelde budget wordt het bedrag toegevoegd met betrekking tot onderdeel B2 van de gerealiseerde prestaties in chirurgische daghospitalisatie bedoeld in punt 6 van bijlage 3 voortkomend uit de verdeling van het beschikbare budget voor het chirurgisch dagziekenhuis tussen onderdeel B1 en B2 op basis van de relatieve waarde van elkeen van deze onderdelen B1 en B2 voor elk ziekenhuis.

2° Op 1 juli 2005 wordt het op 30 juni 2005 beschikbare globale budget met 3.546.000 euro verhoogd.

3° Op 1 juli 2006 wordt een forfaitair bedrag (X) toegekend aan de algemene ziekenhuizen met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden, dat als volgt wordt berekend :

$$X = A/B * C$$

waarbij :

A = beschikbaar budget van 9.661.667 euro (index 01/07/2006);

B = totaal aantal opnamen voor voormelde ziekenhuizen van alleenstaande patiënten ouder dan 75 jaar die onder één van de in artikel 99, § 1, vermelde verzekeringsinstellingen vallen;

C = totaal aantal opnamen voor het ziekenhuis van alleenstaande patiënten ouder dan 75 jaar die onder één van de in artikel 99, § 1, vermelde verzekeringsinstellingen vallen.

De gegevens opgenomen onder B en C worden door de in artikel 99, § 1, vermelde verzekeringsinstellingen verstrekt, en hebben betrekking op het laatst bekende dienstjaar. "

4° Op 1 juli 2007 wordt een extra bedrag van 9.661.667 euro toegevoegd aan onderdeel B2 van de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden.

Les montants visés aux points 3° et 4° sont répartis entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, selon les modalités décrites aux points a) et b) décrits ci-dessous :

a) 75 % du montant disponible est réparti selon les modalités suivantes :

1. Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

1.1. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};

1.2. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er};

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^{er}, ou le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale ne peuvent fournir, pour un hôpital particulier, les données visées aux points 1.1., 1.2. et/ou 1.3., le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement s'adresse directement auprès de l'hôpital concerné pour obtenir les données manquantes. A défaut de pouvoir obtenir ces données manquantes, un financement est attribué à cet hôpital, s'il a antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique, dont le montant correspond au budget disponible susvisé divisé par le total des lits agréés de l'ensemble des hôpitaux bénéficiaires et multiplié par le nombre de lits agréés de l'hôpital concerné.

2. Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :

- ratio sous 1.1. : par 0,25;

- ratio sous 1.2. : par 0,66;

- ratio sous 1.3. : par 1,00.

Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score.

Les hôpitaux sont classés selon la valeur décroissante du score obtenu.

3. Le budget disponible est réparti comme suit :

- 60 % pour les cas relevant du ratio sous 1.1.;

- 25 % pour les cas relevant du ratio sous 1.2.;

- 15 % pour les cas relevant du ratio sous 1.3.

La répartition du budget entre les hôpitaux est effectuée sur base du nombre de leurs cas pris en compte dans le calcul de chaque ratio ci-dessus.

b) le solde du budget disponible est réparti, entre tous les hôpitaux, par variable définie dans l'annexe 17 au présent arrêté, par rapport au total national suivant la formule suivante :

$$S \times \sum_j X_j \times \beta_j / \sum_j Y_j \times \beta_j$$

où:

S = montant à répartir;

X_j = nombre d'admissions de l'hôpital pour la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17;

Y_j = nombre d'admissions du Royaume pour la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17;

β_j = paramètre estimé de la variable explicative j, telle que définies dans l'annexe 17.

De in de punten 3° en 4° bedoelde bedragen worden verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden, overeenkomstig de hierna in de punten a) en b) beschreven modaliteiten :

a) 75 % van het beschikbaar bedrag wordt verdeeld overeenkomstig de volgende modaliteiten :

1. Voor elk ziekenhuis worden de volgende ratio's berekend :

1.1. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die aan de voorwaarden voldoen om de sociale maximumfactuur te genieten in verhouding tot het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die vallen onder de 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 1.1., 1.2. en/of 1.3. niet kunnen verstrekken, richt de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zich rechtstreeks tot het betreffende ziekenhuis om de ontbrekende gegevens te verkrijgen. Indien de ontbrekende gegevens niet kunnen verkregen worden, wordt een financiering aan dit ziekenhuis toegekend, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel, waarbij het bedrag overeenstemt met het bovenbedoeld beschikbaar bedrag, gedeeld door het totaal aantal erkende bedden van het geheel van de begunstigde ziekenhuizen en vermenigvuldigd met het aantal erkende bedden van het desbetreffende ziekenhuis.

2. De drie hierboven vermelde ratio's worden als volgt gewogen :

- ratio onder 1.1. : met 0,25;

- ratio onder 1.2. : met 0,66;

- ratio onder 1.3. : met 1,00.

De ratio's worden na weging opgeteld om een score te vormen.

De ziekenhuizen worden naar afnemende waarde van de verkregen score gerangschikt.

3. Het beschikbare budget wordt als volgt verdeeld :

- 60 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.1.;

- 25 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.2.;

- 15 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 1.3.

De verdeling van het budget tussen de ziekenhuizen gebeurt op basis van het aantal van hun in aanmerking genomen gevallen in de berekening van elke voormelde ratio.

b) het saldo van het beschikbare budget wordt onder alle ziekenhuizen verdeeld per variabele, gedefinieerd in bijlage 17 bij dit besluit, in verhouding tot het nationale totaal overeenkomstig de volgende formule:

$$S \times \sum_j X_j \times \beta_j / \sum_j Y_j \times \beta_j$$

waarbij:

S = te verdelen bedrag;

X_j = aantal opnamen van het ziekenhuis voor de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17;

Y_j = aantal opnamen van het Rijk voor de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17;

β_j = geraamde parameter van de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17.

Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2, un financement est attribué à l'hôpital, s'il a antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique, dont le montant correspond au budget disponible susvisé divisé par le total des lits agréés de l'ensemble des hôpitaux bénéficiaires et multiplié par le nombre de lits agréés de l'hôpital concerné.

A partir du 1^{er} juillet 2010, le montant calculé selon les dispositions reprises ci-dessus est fixé à sa valeur au 30 juin 2010. ».

Art. 4. A l'article 47, du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1^{er}, alinéa 1, les mots « Pour les services Sp » sont remplacés par les mots « Pour les services G isolés et les services Sp »;

2° le § 2 devient le § 3;

3° il est inséré un § 2, rédigé comme suit :

« Dans les limites du budget national disponible fixé à 18.039.000 euros (index 01/07/2005), la sous-partie B2 des services G isolés et des services Sp, hormis les services Sp-soins palliatifs, calculé conformément au § 1^{er} est augmentée d'un montant M calculé comme suit :

$$M = A - B$$

$$\text{Si } B \geq A \text{ alors } M = 0$$

où :

$$B = \text{budget B2 visé au § 1^{er} au 30 juin 2005}$$

$$A = \text{ETP} \times 47.774,09 \text{ euros (index 01/07/2005)} \times 1,05$$

- où ETP représente les normes de personnel infirmier, soignant et paramédical suivantes :

- services Sp affections cardio-pulmonaires, neuro-logiques, locomotrices et chroniques : 17 ETP par 30 lits;

- services Sp affections psycho-gériatriques situé en dehors d'un hôpital psychiatrique : 17,16 ETP par 30 lits;

- services G isolés : 13,33 ETP par 24 lits;

- un(e) directeur(trice) des soins infirmiers pour les services Sp isolés et les services G isolés;

- un cadre intermédiaire par 150 lits.

M est octroyé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, de 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et de 3/3 au 1^{er} janvier 2007. ».

Art. 5. Er wordt in hetzelfde besluit een artikel 74octies ingevoegd, luidende:

« 74octies. A partir du 1^{er} janvier 2007, sur base de l'article 2 de l'arrêté royal du 27 avril 2007 portant des dispositions générales d'exécution des mesures en faveur de l'emploi des jeunes dans le secteur non marchand résultant de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, un financement annuel de maximum 35.000 euros par ETP est intégré dans la sous-partie B4 des hôpitaux recrutant des jeunes peu qualifiés dans les projets globaux 'Sécurité dans les hôpitaux', 'Problématique des internés détenus' et 'Puéricultrices dans les services pédiatriques', visés dans l'article 1^{er}, 1° à 3° de l'arrêté ministériel du 31 mai 2007 exécutant l'article 82 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations et déterminant les projets globaux dans les secteurs relevant de la compétence de l'autorité fédérale.

Une révision du budget alloué à chaque hôpital est prévue, pour les années 2007 à 2010, au prorata de l'occupation réelle des ETP embauchés durant ces années. ».

Art. 6. A l'annexe 17, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le titre est remplacé par le titre suivant :

« Définitions des variables et paramètres explicatifs du profil social de l'hôpital et calcul d'un indice de correction sociale. »;

Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, wordt een financiering aan het ziekenhuis toegekend, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel, waarbij het bedrag overeenstemt met het bovenbedoeld beschikbaar bedrag, gedeeld door het totaal aantal erkende bedden van het geheel van de begunstigde ziekenhuizen en vermenigvuldigd met het aantal erkende bedden van het desbetreffende ziekenhuis.

Vanaf 1 juli 2010 wordt het volgens de hierboven vermelde bepalingen berekend bedrag, vastgesteld op in waarde op 30 juni 2010. ».

Art. 4. In artikel 47 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1, eerste lid, worden de woorden « Voor de Sp-diensten » vervangen door de woorden « Voor de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten »;

2° § 2 wordt § 3;

3° Er wordt een § 2 ingevoegd, luidende :

« Binnen de perken van het beschikbare nationale budget van 18.039.000 euro (index 01/07/2005), wordt het budget van onderdeel B2 van de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten, uitgezonderd de Sp-diensten palliatieve zorgen, berekend overeenkomstig § 1, verhoogd met een bedrag M dat als volgt wordt berekend :

$$M = A - B$$

$$\text{Indien } B \geq A \text{ dan } M = 0$$

waarbij :

$$B = \text{budget B2 bedoeld in §1 op 30 juni 2005}$$

$$A = \text{VTE} \times 47.774,09 \text{ euro (index 01/07/2005)} \times 1,05$$

- waarbij VTE de volgende normen inzake verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel vertegenwoordigt :

- Sp-diensten cardiopulmonaire, neurologische, chronische en locomotorische aandoeningen : 17 VTE's per 30 bedden;

- Sp-diensten psychogeriatrische aandoeningen die zich buiten een psychiatriesch ziekenhuis bevinden : 17,16 VTE's per 30 bedden;

- geïsoleerde G-diensten : 13,33 VTE's per 24 bedden;

- een directeur/directrice verpleegkundige zorg voor de geïsoleerde Sp-diensten en de geïsoleerde G-diensten;

- een middenkader per 150 bedden.

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

Art. 5. Un article 74octies est inséré, dans le même arrêté, rédigé comme suit :

« 74octies. Vanaf 1 januari 2007 wordt, op basis van artikel 2 van het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende de algemene uitvoeringsbepalingen van de maatregelen ten gunste van de tewerkstelling van jongeren in de social profitsector voortvloeiend uit de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, een jaarlijkse financiering van maximum 35.000 euro per VTE opgenomen in onderdeel B4 van de ziekenhuizen die laaggeschoolde jongeren aanwerven voor de globale projecten 'Veiligheid in de ziekenhuizen', 'Problematiek van de geïnterneerde gedetineerden' en 'Kinderverzorgsters in de pediatrische diensten', bedoeld in artikel 1, 1° tot 3° van het ministerieel besluit van 31 mei 2007 tot uitvoering van artikel 82 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact en tot vaststelling van de globale projecten in de sectoren die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen.

Een herziening van het aan elk ziekenhuis toegekend budget is voorzien voor de jaren 2007 tot 2010, naar rata van de reële bezetting van de tijdens die jaren indienstgenomen VTE's. ».

Art. 6. In bijlage 17 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de titel wordt vervangen door de volgende titel :

« Definities van de verklarende variabelen en parameters m.b.t. het sociale profiel van het ziekenhuis en berekening van een sociale correctie-index. »;

2° dans le point 1. 'Sources de données', le 3° tiret est supprimé;

3° le point 1.2. est supprimé;

4° dans le point 1.3. les variables 7 à 13 sont supprimées;

5° dans le point 2. le tableau est remplacé comme suit :

2° in punt 1. 'Gegevensbronnen, wordt de derde gedachtestreep geschrapt;

3° punt 1.2. wordt geschrapt;

4° in punt 1.3. worden de variabelen 7 tot 13 geschrapt;

5° in punt 2. wordt de tabel vervangen als volgt :

Variabelen — Variables		Coefficient — Coefficient
leeftijd	âge	0,1496
Rvv	bim	0,1883
ihand	ihand	0,4566
alleenstaand	isolé	0,2793
forfait	forfait	0,6195
leeftijd*bim	âge*bim	0,1278
ihand*alleenstaand	ihand*isolé	0,4747
ihand*forfait	ihand*forfait	- 0,2912
leeftijd*ihand	âge*ihand	0,9959
leeftijd*alleenstaand	âge*isolé	1,0208
leeftijd*forfait	âge*forfait	0,5661

6° un point 3. est inséré, libellé comme suit :

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

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 :

$$S \times \beta_j X_j \times \beta_j / \sum_j Y_j \times \beta_j$$

où :

S = montant à répartir;

X_j = nombre d'admissions de l'hôpital pour la variable explicative j, telle que définie dans l'annexe 17;

Y_j = nombre d'admissions du Royaume pour la variable explicative j, telle que définie dans l'annexe 17;

β_j = paramètre estimé de la variable explicative j, telle que définie dans l'annexe 17.

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 à l'annexe 3, point 3, pour les services définis à l'annexe 3, points 3.2.1. à 3.2.4. ».

Art. 7. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2007, sauf les articles 3 et 6 qui produisent leurs effets le 1^{er} juillet 2007.

Art. 8. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions et le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 décembre 2012.

ALBERT

Par le Roi :

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

6° een punt 3. wordt ingevoegd, luidend als volgt :

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

Berekening van het aantal verantwoorde ligdagen in functie van de sociale-correctie-index.

Een aantal verantwoorde dagen wordt berekend 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_j = aantal opnamen van het ziekenhuis voor de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17;

Y_j = aantal opnamen van het Rijk voor de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17;

β_j = geraamde parameter van de verklarende variabele j, zoals gedefinieerd in bijlage 17.

Het aantal verantwoorde dagen in functie van de sociale correctie-index wordt verdeeld naar rato van de verantwoorde dagen, berekend volgens de methode gedefinieerd in bijlage 3, punt 3, voor de diensten gedefinieerd in bijlage 3, punten 3.2.1. tot 3.2.4. ».

Art. 7. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2007, met uitzondering van artikelen 3 en 6 die uitwerking hebben met ingang van 1 juli 2007.

Art. 8. De minister bevoegd voor Sociale Zaken en de minister bevoegd voor Volksgezondheid zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 december 2012.

ALBERT

Van Koningswege :

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