

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

F. 2007 — 2760

[C — 2007/23072]

19 JUI 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^{er}, 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^{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}. Dans l'article 7, 2^o, 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^o, i). ».

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

« 7^o 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^o, b). ».

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

1^o dans le § 2, le point 4^o est remplacé comme suit :

« 4^o Dans les limites du budget national disponible de 20.876.995 EUR il est ajouté au montant visé au 3^o 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^{er} janvier 2005 conformément à l'article 45, §§ 1^{er} 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^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. In artikel 7, 2^o, 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^o, i), opgenomen element). ».

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

« 7^o 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^o, b). ».

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

1^o in § 2 wordt punt 4^o vervangen als volgt :

« 4^o Binnen de grenzen van het beschikbare nationale budget van 20.876.995 EUR wordt het bedrag bedoeld in 3^o 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^{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.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} 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^{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.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} 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^{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.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} 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^{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.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} 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. ».

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

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

Art. 7. A l'article 42, § 1^{er}, du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° la 1^{re} opération est remplacée comme suit :

« 1^{re} 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^{er} 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^e opération, 1°, le 1^{er} alinéa de la définition de A est remplacé comme suit :

« A = le nombre de m² de l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour et le nombre de m² dans les services visés à l'article 8, a) à d), pondéré en fonction du nombre de m² par lit suivant les formules suivantes : »;

3° dans la 3^e opération, 1°, le 1^{er} alinéa de la définition de B est remplacé comme suit :

« B = le nombre de m² 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^e opération, 2°, le premier alinéa est remplacé comme suit :

« 2° Entretien : le nombre de m² 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^e 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^{ste} bewerking wordt vervangen als volgt :

« 1^{ste} 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^{de} bewerking, 1°, wordt het eerste lid van de definitie van A vervangen als volgt :

« A = het aantal m² van de eenheid voor chirurgische daghospitalisatie en het aantal m² van de diensten bedoeld in artikel 8, a) tot d), gewogen op basis van het aantal m² per bed overeenkomstig de volgende formules : »;

3° in de 3^{de} bewerking, 1°, wordt het eerste lid van de definitie van B vervangen als volgt :

« B = het aantal m² 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^{de} bewerking, 2°, wordt het eerste lid vervangen als volgt :

« 2° Onderhoud : het aantal m² 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^{de} 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^e 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^e 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^e opération est remplacée comme suit :

« 10^e opération : pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} 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 werkervaringsovereenkomsten, het aantal, beperkt tot 1,8 %, van de personeelsformatie, uitgedrukt in voltijds equivalenten, dat in dienst was op 30 juni van het kalenderjaar dat het beschouwde dienstjaar voorafging;
- voor de door het interdepartementaal Fonds voor de bevordering van de werkgelegenheid gesubsidieerde contractuelen, het aantal tewerkgestelde uitgedrukt in voltijds equivalenten die gedurende het beschouwde kalenderjaar in dienst zijn;
- de verpleegkundige ziekenhuishygiënist(e) waarvan het aantal vastgesteld wordt in toepassing van artikel 56;
- het in het kader van de 'Sociale Maribel' aangeworven personeel;
- het in toepassing van artikel 51 toegekende personeel;
- het bijkomend personeel, bedoeld in artikel 15, 26° van dit besluit. ».

6° in de 3^{de} 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^{de} 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^{de} bewerking wordt vervangen als volgt :

« 10^{de} 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^{er} 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^{er}, 2e alinéa, 1^{er} tiret, est remplacé comme suit :

« - pour les hôpitaux visés à l'article 33, § 1^{er}, 1^{re} phrase, et § 2, la valeur au 30 juin de l'exercice de fixation de la sous-partie B2 est maintenue. A partir du 1^{er} juillet 2008, ce budget tient compte de l'indice de correction sociale, visé au § 3, 4°, 3^e alinéa. »;

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

« 4° Au 1^{er} 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^{er} 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^{er} juillet 2008, les montants visés aux points 3° et 4° sont ajoutés au budget global visé au 1^{er} alinéa du point 1°. ».

Art. 10. Dans l'article 46, § 1^{er}, 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^{er} 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^{er} juillet 2005, de 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et de 3/3 au 1^{er} janvier 2007.

La dernière tranche, octroyée au 1^{er} 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^{er} juillet 2007, un montant supplémentaire de 45,44 EUR (index 1^{er} 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^{er} 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^{er} et 2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« § 1^{er}. 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^{er} juillet 2007, pour les deux fonctions de 53.105,00 EUR (index 1^{er} juillet 2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 EUR (index 1^{er} 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^{er} 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^{er} juillet 2007, pour les deux fonctions de 53.105,00 EUR (index 1^{er} juillet 2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 EUR (index 1^{er} 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 : $Bi \times C / 2.400$,