

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

N. 2006 — 4696

[C — 2006/23200]

10 NOVEMBER 2006. — 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 en op artikel 99, gewijzigd bij de wetten van 14 januari 2002 en 22 augustus 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 en 12 mei 2006;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, gegeven op 29 september 2005, 10 november 2005 en 22 maart 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 7 juli 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 30 oktober 2006;

Gelet op de adviezen 41.044/1/V en 41.205/1/V van de Raad van State, gegeven op 3 augustus 2006 en 7 september 2006 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, 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 15 van 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 4 juni 2003, 8 juli 2003, 7 juni 2004, 22 februari 2005, 11 juli 2005 en 12 mei 2006, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° punt 25° wordt geschrapt;

2° het artikel wordt aangevuld met het volgende lid :

« 34° in voorkomend geval, het bijzonder bedrag, ter verbetering van de werking van het ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 91quater. ».

**Art. 2.** In artikel 25 van hetzelfde besluit wordt een § 7 ingevoegd, luidende :

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

**Art. 3.** In artikel 29 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 2, 4°, wordt aangevuld met de volgende leden :

« De laatste toe te kennen schijf op 1 juli 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 artsen-verzekeringsinstellingen toepassen.

Ingeval 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. »

2° § 3, 3°, wordt aangevuld met de volgende leden :

« De laatste toe te kennen schijf op 1 juli 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 artsen-verzekeringsinstellingen toepassen.

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

F. 2006 — 4696

[C — 2006/23200]

10 NOVEMBRE 2006. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 97, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 14 janvier 2002 et l'article 99, modifié par les lois des 14 janvier 2002 et 22 août 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 et 12 mai 2006;

Vu les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Financement, donnés les 29 septembre 2005, 10 novembre 2005 et 22 mars 2006;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 juillet 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 30 octobre 2006;

Vu les avis 41.044/1/V et 41.205/1/V du Conseil d'Etat, donnés les 3 août 2006 et 7 septembre 2006 en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 15 de 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 4 juin 2003, 8 juillet 2003, 7 juin 2004, 22 février 2005, 11 juillet 2005 et 12 mai 2006, sont apportées les modifications suivantes :

1° le point 25° est supprimé;

2° l'article est complété par l'alinéa suivant :

« 34° le montant spécifique, le cas échéant, visant à l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital tel que visé à l'article 91quater. ».

**Art. 2.** Dans l'article 25 du même arrêté, il est inséré un § 7, rédigé comme suit :

« § 7. Par hôpital, un montant de 2.200 EUR est attribué, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, pour couvrir les frais du software permettant la collecte de données sur la situation financière et tous renseignements statistiques. Ce montant est compris dans les montants visés à l'article 29, § 3, 3°, § 4, 3° et § 5, 3°. »

**Art. 3.** A l'article 29 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 2, 4°, est complété par les alinéas suivants :

« La dernière tranche, octroyée au 1<sup>er</sup> juillet 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. »

2° le § 3, 3°, est complété par les alinéas suivants :

« La dernière tranche octroyée au 1<sup>er</sup> juillet 2007 sera 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.

Ingeval 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. »

**Art. 4.** Artikel 33, § 3, van hetzelfde besluit wordt met het volgende lid aangevuld :

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

$$X = A/B * C$$

waarbij :

A = het voor alle ziekenhuizen van het Rijk beschikbare budget van 4.434.000 EUR (index 1 juli 2006)

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

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

**Art. 5.** In artikel 42 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1 wordt de 5e bewerking geschrapt;

2° in § 1, 8e bewerking, 2e lid, wordt de zin die begint met de woorden « Het genoemde verschil wordt voor 100 % in aanmerking genomen... » door de volgende zin vervangen :

« Het genoemde verschil wordt voor 100 % in aanmerking genomen vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2006. »;

3° in de 11e bewerking, het punt b) wordt door de volgende bepalingen vervangen :

« b) aan alle acute ziekenhuizen een forfaitair bedrag toegekend, berekend als volgt :

de ziekenhuizen worden in opklimmende volgorde van de in artikel 80, 1°, bedoelde scores in decielen gerangschikt.

Aan elk deciel wordt de volgende vermenigvuldigingscoëfficiënt toegekend :

1e deciel : 1,50

2e deciel : 1,40

3e deciel : 1,30

4e deciel : 1,20

5e deciel : 1,10

6e deciel : 1,00

7e deciel : 0,90

8e deciel : 0,80

9e deciel : 0,70

10e deciel : 0,60

- het aantal in bijlage 3 bedoelde verantwoorde dagen van het ziekenhuis wordt gewogen door de vermenigvuldigingsfactor toe te passen, die overeenstemt met de plaats die het ziekenhuis in de in het eerste gedachtenstreepje bedoelde rangschikking in decielen inneemt;

- het beschikbare budget wordt gedeeld door het totale aantal verantwoorde dagen waarvan sprake in het tweede gedachtenstreepje en vermenigvuldigd met het aantal verantwoorde dagen van het betrokken ziekenhuis.

Om het bedrag te behouden, moeten de ziekenhuizen :

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

- deelnemen aan de intervisies die door de wetenschappelijke teams van de universitaire referentieziekenhuizen worden georganiseerd en deelnemen aan alle activiteiten die vervolgens in het kader van de ontwikkeling van het ontslagmanagement door de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, worden vastgesteld;

- jaarlijks een activiteitenrapport overmaken aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu volgens de door de FOD Volksgezondheid voorgestelde modaliteiten.

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. 4.** L'article 33, § 3, du même arrêté est complété par l'alinéa suivant :

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

$$X = A/B * C$$

où :

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006)

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

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

**Art. 5.** A l'article 42 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1<sup>er</sup>, la 5<sup>e</sup> opération est supprimée;

2° au § 1<sup>er</sup>, 8<sup>e</sup> opération, alinéa 2, la phrase commençant par les mots « La différence précitée est retenue à 100 % .... » est remplacée par la phrase suivante :

« La différence précitée est retenue à 100 % à partir de l'exercice débutant le 1<sup>er</sup> juillet 2006. »;

3° à la 11<sup>e</sup> opération, 1°, le point b) est remplacé par les dispositions suivantes :

« b) à tous les hôpitaux aigus, un montant forfaitaire calculé comme suit :

- les hôpitaux sont classés en déciles selon la valeur croissante des scores déterminés à l'article 80, 1°.

A chaque décile est attribué le coefficient multiplicateur suivant :

1<sup>er</sup> décile : 1,50

2<sup>e</sup> décile : 1,40

3<sup>e</sup> décile : 1,30

4<sup>e</sup> décile : 1,20

5<sup>e</sup> décile : 1,10

6<sup>e</sup> décile : 1,00

7<sup>e</sup> décile : 0,90

8<sup>e</sup> décile : 0,80

9<sup>e</sup> décile : 0,70

10<sup>e</sup> décile : 0,60

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

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

Pour conserver ce montant, les hôpitaux doivent :

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

- participer aux intervisions organisées par les équipes scientifiques des hôpitaux universitaires de référence et prendre part à toutes les activités qui pourront être déterminées ultérieurement par le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions dans le cadre du développement de la fonction référent hospitalier pour la continuité des soins;

- communiquer annuellement au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, un rapport d'activités suivant les modalités proposées par le SPF Santé Publique.

Wanneer niet aan alle modaliteiten wordt voldaan, stelt de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, het percentage van het toegekende bedrag dat moet worden terugbetaald, alsook de terugbetalingskalender vast. »

4° artikel 42 wordt aangevuld als volgt :

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

$$X = A/B * C$$

waarbij :

A = het voor alle ziekenhuizen van het Rijk beschikbare budget van 4.434.000 EUR (index 1 juli 2006)

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

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

**Art. 6.** In artikel 43 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 2 wordt vervangen als volgt :

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

Om het bedrag te behouden, moeten de ziekenhuizen :

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

- deelnemen aan de intervisies die door de wetenschappelijke teams van de universitaire referentieziekenhuizen worden georganiseerd en deelnemen aan alle activiteiten die vervolgens in het kader van de ontwikkeling van het ontslagmanagement door de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, worden vastgesteld;

- jaarlijks een activiteitenrapport uitbrengen aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu volgens de door de FOD Volksgezondheid voorgestelde modaliteiten.

Wanneer niet aan alle modaliteiten wordt voldaan, stelt de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, het percentage van het toegekende bedrag dat moet worden terugbetaald, alsook de terugbetalingskalender vast. »;

2° een § 4 wordt toegevoegd, luidende :

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

$$X = A/B * C$$

waarbij :

A = het voor alle ziekenhuizen van het Rijk beschikbare budget van 4.434.000 EUR (index 1 juli 2006)

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

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

- voor de Sp-diensten : kostenplaats 310 tot 319 met uitsluiting van 314;

- voor de Sp-diensten voor palliatieve zorg : kostenplaats 314;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met uitzondering van de Sp-diensten voor palliatieve zorg : kostenplaatsen 020 tot 199 en 310 tot 319, met uitsluiting van 314;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten voor palliatieve zorg : kostenplaatsen 020 tot 199 en 314;

- voor de geïsoleerde G-diensten : kostenplaatsen 020 tot 199 en 300 tot 309. »

Lorsqu'il n'est pas répondu à l'ensemble des modalités, le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions fixe le pourcentage du montant octroyé devant être remboursé ainsi que le calendrier de remboursement. »

4° l'article 42 est complété comme suit :

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

$$X = A/B * C$$

Où :

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006)

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

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

**Art. 6.** A l'article 43 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 2 est remplacé par la disposition suivante :

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

Pour conserver ce montant, les hôpitaux doivent :

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

- participer aux intervisions organisées par les équipes scientifiques des hôpitaux universitaires de référence et prendre part à toutes les activités qui pourront être déterminées ultérieurement par le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions dans le cadre du développement de la fonction référent hospitalier pour la continuité de soins;

- communiquer annuellement, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, un rapport d'activités suivant les modalités proposées par le SPF Santé publique.

Lorsqu'il n'est pas répondu à l'ensemble des modalités, le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions fixe le pourcentage du montant octroyé devant être remboursé ainsi que le calendrier de remboursement. »;

2° il est inséré un § 4, rédigé comme suit :

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

$$X = A/B * C$$

où :

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006)

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

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

- pour les services Sp : centres de frais 310 à 319 à l'exclusion de 314;

- pour les services Sp soins palliatifs : centre de frais 314;

- pour les services Sp isolés, hors Sp soins palliatifs : centres de frais 020 à 199 et 310 à 319, sauf 314;

- pour les services Sp soins palliatifs isolés : centres de frais 020 à 199 et 314;

- pour les services G isolés : centres de frais 020 à 199 et 300 à 309. »

**Art. 7.** In artikel 44 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 3 wordt vervangen als volgt :

« § 3. 1° Vanaf 1 juli 2005 wordt onderdeel B1 van de psychiatrische ziekenhuizen met een forfaitair bedrag (M) verhoogd voor zover het budget B1 dat op 30 juni 2005 van kracht is, uitgedrukt per bed, onder het aldus vrijgemaakte budget van de voorwaarde bedoeld in het eerste lid

Het bedrag (M) wordt als volgt berekend :

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

waarbij :

- 1.445.000 EUR (index 1 juli 2005) gelijk is aan het beschikbare budget

-  $\text{bedden}_{hi}$  = het aantal erkende bedden van het ziekenhuis op 1 januari 2005

-  $\text{bedden}_{hz}$  = 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° Vanaf 1 juli 2006 wordt een bedrag van 2.445.000 EUR (index 1 juli 2006) verdeeld onder die psychiatrische ziekenhuizen waarvan het bedrag van onderdeel B1 gedeeld door het in artikel 87, § 3, bedoelde referentieaantal, lager ligt dan 90 % van het resultaat van de som van onderdelen B1 van alle psychiatrische ziekenhuizen gedeeld door de som van hun referentieaantal.

Het beschikbare budget wordt overeenkomstig de volgende berekening verdeeld :

$$2.445.000 * \left[ \frac{\sum_1^n A / \sum_1^n N * 0,9 * N}{\sum_1^n A} - A \right] / \sum_1^n \left[ \left( \frac{\sum_1^n A}{\sum_1^n N} * 0,9 * N \right) - A \right]$$

waarbij :

A = bedrag van onderdeel B1 op 30 juni 2006

N = referentieaantal van het ziekenhuis

3° Op 1 juli 2007 wordt een bijkomend bedrag van 2.445.000 EUR aan het beschikbare nationale budget toegevoegd en volgens door Ons vast te stellen modaliteiten verdeeld.

De laatste toe te kennen schijf op 1 juli 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 die in het nationaal akkoord artsen-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn, toepassen.

Ingeval 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. »;

2° artikel 44 wordt aangevuld als volgt :

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

$$X = A/B * C$$

waarbij :

A = het voor alle ziekenhuizen van het Rijk beschikbare budget van 4.434.000 EUR (index 1 juli 2006)

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

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

**Art. 8.** In artikel 45 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 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° § 3 wordt vervangen als volgt :

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

**Art. 7.** A l'article 44 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

Le montant (M) est calculé comme suit :

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

où :

- 1.445.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2005) est égal au budget disponible

-  $\text{lits}_{hi}$  = le nombre de lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier 2005 de l'hôpital

-  $\text{lits}_{hz}$  = le nombre de lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier 2005 des hôpitaux répondant à la condition visée au 1<sup>er</sup> 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° A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, un montant de 2.445.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 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 :

$$2.445.000 * \left[ \frac{\sum_1^n A / \sum_1^n N * 0,9 * N}{\sum_1^n A} - A \right] / \sum_1^n \left[ \left( \frac{\sum_1^n A}{\sum_1^n N} * 0,9 * N \right) - A \right]$$

où :

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

N = nombre de référence de l'hôpital.

3° Au 1<sup>er</sup> juillet 2007, un montant supplémentaire de 2.445.000 EUR sera ajouté au budget national disponible et réparti selon des modalités à fixer par Nous.

La dernière tranche octroyée au 1<sup>er</sup> juillet 2007 sera 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. »;

2° l'article 44 est complété comme suit :

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

$$X = A/B * C$$

où :

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006)

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

C = total des m<sup>2</sup> des centres de frais 020 à 199, 315 et 340 à 439 de l'hôpital. »

**Art. 8.** A l'article 45 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 2bis est remplacé par la disposition suivante :

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

2° le § 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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 % voorzover 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 artikelen 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 artikelen 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 onderdelen 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 EUR 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 EUR (index 1 juli 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 bijkomend bedrag van 9.661.667 EUR aan het globale budget toegevoegd en verdeeld onder de ziekenhuizen dewelke voor de in een dubbele en gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, voor het geheel van het ziekenhuis, de tarieven die in het nationaal akkoord artsen-verzekeringsinstellingen van toepassing zijn, toepassen.

Ingeval waar er geen akkoord is, zijn de tarieven die gebruikt worden als basis bij de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te berekenen, 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. »

**Art. 9.** In artikel 48, § 2, van hetzelfde besluit worden in de definitie 'Ns = kwalificatienorm van de dienst in kwestie' na de woorden « Tn : 81,82 % » de woorden « T Vp : 81,25 % » ingevoegd.

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

1° 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<sup>er</sup> juillet 2005, le budget global disponible au 30 juin 2005 est augmenté de 3.546.000 EUR.

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

$$X = A / B * C$$

où :

A = budget disponible de 9.661.667 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006)

B = nombre total des admissions au niveau de ces hôpitaux de patients de plus de 75 ans isolés relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>

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

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

4° Au 1<sup>er</sup> juillet 2007, un montant supplémentaire de 9.661.667 EUR sera ajouté au budget global et sera accordé 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 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. 9.** A l'article 48, § 2, du même arrêté, sont insérés les mots « T Vp : 81,25 % » après les mots « Tn : 81,82 % » dans la définition Ns = norme de qualification du service considéré'.

**Art. 10.** In artikel 56 van hetzelfde besluit wordt § 2 vervangen als volgt :

« § 2. Alle algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden, moeten deelnemen aan de initiatieven 'Toezicht op de nosocomiale infecties'. Het toezicht gebeurt voor elke vestigingsplaats van het ziekenhuis, behalve indien het protocol in kwestie niet van toepassing is op één of meerdere specifieke locaties van het ziekenhuis.

Onderdeel B4 wordt daartoe verhoogd met een forfaitair bedrag van 6.184,50 EUR (index 1 juli 2006).

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

1. toezicht op pneumonieën en bacteremieën in de eenheden intensieve zorg overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur en van de Belgische Maatschappij voor Intensieve en Spoedgevallengeneeskunde;

2. toezicht op septicemieën over het hele ziekenhuis overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur;

3. toezicht op infecties van de operatiewonden overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur;

4. toezicht op de multiresistente Enterobacteriaceae overeenkomstig het protocol van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en van de Belgian Infection Control Society.

Het toezicht heeft eveneens betrekking op de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid in de instelling, indicatoren die gedefinieerd worden door de 'Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid', opgericht door het koninklijk besluit van 26 april 1999, op advies van het 'Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne'.

Om te kunnen genieten van dit bedrag dienen de ziekenhuizen zich te verbinden tot :

- het verzamelen van de gegevens met betrekking tot voormelde protocollen en kwaliteitsindicatoren;

- het overmaken van voormelde gegevens aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur, en dit vóór het einde van de tweede maand die volgt op de beschouwde periode;

- het storten aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van een bedrag van 4.569,00 EUR (index 1 juli 2006) op rekeningnummer 001-1660480-13 van het WIV-Patrimonium met de vermelding 'toezicht op nosocomiale infecties' en de naam van het ziekenhuis. »

De storting dient vóór einde maart van ieder jaar vereffend te zijn.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur zal ieder ziekenhuis een feedback geven met de analyse van de individuele gegevens en de nationale gegevens. Het zal eveneens iedere zes maanden aan de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft een rapport overmaken met onder andere de nationale gegevens alsook de adviezen of aanbevelingen terzake. »

**Art. 11.** In artikel 63 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1, worden de woorden « 7.706.685 EUR (index 1 januari 2006) » vervangen door de woorden « 7.520.765 EUR (index 1 juli 2006) »;

2° in § 2, worden de woorden « 10.213.482 EUR (index 1 januari 2005) » vervangen door de woorden « 11.200.251 EUR (index 1 juli 2006) ».

**Art. 12.** In artikel 73 van hetzelfde besluit wordt een § 3 ingevoegd, luidende :

« § 3. De lasten met betrekking tot de verhoging van de werkgeversbijdragen voor de pensioenen, zoals bedoeld in artikel 15, 15°, worden voor de nieuwe aangesloten bij 'pool 2 van het Rijksinstituut voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten (RSZ-PPO)', gefinancierd op basis van de reële door de RSZ-PPO meegedeelde kosten. »

**Art. 10.** A l'article 56 du même arrêté, le § 2 est remplacé par la disposition suivante :

« § 2. Tous les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, doivent participer aux initiatives 'Surveillance des infections nosocomiales'. La surveillance se fait par site hospitalier, sauf si le protocole en question ne s'applique pas à un ou plusieurs sites spécifiques de l'hôpital.

A cette fin, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire de 6.184,50 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006).

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

1. surveillance des pneumonies et des bactériémies dans les unités de soins intensifs selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur et de la Société belge de Médecine intensive et de Médecine d'urgence;

2. surveillance des septicémies au niveau de tout l'hôpital selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur;

3. surveillance des infections des plaies opératoires selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur;

4. surveillance des Enterobacteriaceae multi-résistants selon le protocole de l'Institut scientifique de Santé publique et de la Belgian Infection Control Society.

La surveillance porte également sur des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière dans l'établissement, indicateurs qui sont définis par la 'Commission de coordination de la politique antibiotique', créée par l'arrêté royal du 26 avril 1999, sur avis de la 'Plate-Forme fédérale pour l'Hygiène hospitalière'.

Pour pouvoir bénéficier de ce montant, les hôpitaux doivent s'engager à :

- la récolte des données relatives aux protocoles précités et aux indicateurs de qualité;

- à la transmission de ces données avant la fin du deuxième mois qui suit la période considérée, à l'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur;

- au versement à l'Institut scientifique de Santé publique d'un montant de 4.569,00 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006) sur le compte 001-1660480-13 de l'ISP-Patrimoine, avec la mention surveillance des infections nosocomiales' et le nom de l'hôpital. »

Le versement doit intervenir avant fin mars de chaque année.

L'Institut scientifique de Santé publique - Louis Pasteur communiquera à chaque hôpital un feedback qui contiendra l'analyse de données individuelles et de données nationales. Il fournira également tous les six mois au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, un rapport reprenant notamment les données nationales ainsi que les avis ou recommandations en la matière. »

**Art. 11.** Dans l'article 63 du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans le § 1<sup>er</sup>, les mots « 7.706.685 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2006) » sont remplacés par les mots « 7.520.765 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006) »;

2° dans le § 2, les mots « 10.213.482 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2005) » sont remplacés par les mots « 11.200.251 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006) ».

**Art. 12.** Dans l'article 73 du même arrêté, il est inséré un § 3, rédigé comme suit :

« § 3. Les charges relatives à l'augmentation du taux de cotisations patronales de pensions, pour les nouveaux affiliés, au 'pool 2 de l'Office national de Sécurité sociale - Administrations provinciales et locales (O.N.S.S.-APL)', telles que visées à l'article 15, 15°, sont financées sur base des coûts réels renseignés par l'O.N.S.S.-APL. »

**Art. 13.** In artikel 75 van hetzelfde besluit wordt § 6 vervangen als volgt :

« § 6. Om het rationele gebruik van infectiewerende geneesmiddelen in de ziekenhuizen te stimuleren, wordt een budget van 1.826.108 EUR (index 1 juli 2006) verdeeld onder de algemene ziekenhuizen die op vrijwillige basis verzoeken om een afgevaardigde bij het antibiotherapiebeheer, alsook de 'interuniversitaire opleidingssecretariaten voor afgevaardigden bij het antibiotherapiebeheer' te financieren.

De ziekenhuizen worden, na advies van de 'Commissie ter coördinatie van het antibioticabeleid', opgericht door het koninklijk besluit van 26 april 1999, in de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geselecteerd door de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft en dat volgens een rangschikking uitgevoerd op grond van de volgende criteria :

- het bestaan van een functionele beheersgroep antibiotherapie;
- het bestaan van een formularium van de infectiewerende geneesmiddelen in het ziekenhuis;
- het bestaan van schriftelijke aanbevelingen voor de empirische en etiologische infectiewerende behandelingen en de infectiewerende profylaxe;
- de aanwerving van een arts of apotheker afgevaardigde bij het antibiotherapiebeheer.

De functie van afgevaardigde arts voor het antibiotherapiebeheer kan bekleeft worden door iemand die aan de volgende voorwaarden voldoet :

- specialist zijn in de klinische biologie, en over een bijzondere bekwaamheid inzake klinische biologie beschikken;
- specialist zijn in de inwendige geneeskunde of pediatrie en over een bijzondere bekwaamheid inzake infectiewerende pathologie beschikken.

De afgevaardigde voor het antibiotherapiebeleid moet melding maken van een experiment in de antibiotherapieeraad en van een ziekenhuisactiviteit van minstens drie jaar in programma's ter evaluatie en verbetering van het voorschrijven van infectiewerende geneesmiddelen. Die activiteiten kunnen gestaafd worden met interne educatieve documenten en/of enquêteverslagen aan het comité voor ziekenhuis-hygiëne, aan het medisch-farmaceutisch comité en aan de hoofdgeneesheer alsmede met eventuele mededelingen aan de wetenschappelijke vergaderingen of nationale of internationale wetenschappelijke publicaties.

De dossiers inzake kandidaatstelling van ziekenhuizen moeten gezonden worden aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – Bestuur van de Gezondheidszorg. Die moeten de volgende gegevens bevatten :

1. de lijst met de personen die deel uitmaken van de beheersgroep antibiotherapie en hun functies in het ziekenhuis;
2. de notulen van de vergaderingen van de beheersgroep antibiotherapie van het verstrekte jaar of van stukken waaruit blijkt dat de groep regelmatig vergadert;
3. een exemplaar van het formularium van de infectiewerende geneesmiddelen in het ziekenhuis;
4. een exemplaar met de schriftelijke aanbevelingen voor de empirische en etiologische infectiewerende behandelingen en de infectiewerende profylaxe in het ziekenhuis;
5. een aanvraag voor de financiering van een afgevaardigde voor het antibiotherapiebeheer met de naam van de kandidaat of kandidaten voorgesteld door het Comité voor Ziekenhuishygiëne en het Medisch-Farmaceutisch Comité, ondertekend door zowel de beheerder als de hoofdgeneesheer en vergezeld van zijn of haar curriculum vitae, activiteitenrapporten inzake het antibiotherapiebeleid in de ziekenhuizen, van een brief met zijn of haar motivering en het advies van de Medische Raad van de instelling over de kandidatuur of kandidaturen.

**Art. 13.** A l'article 75 du même arrêté, le § 6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« § 6. Afin de stimuler l'utilisation rationnelle des médicaments anti-infectieux dans les hôpitaux, un budget de 1.826.108 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006) est réparti entre les hôpitaux généraux qui, sur une base volontaire, demandent à financer un délégué à la gestion de l'antibiothérapie et les secrétariats de formation inter-universitaire pour délégués à la gestion de l'antibiothérapie'.

Les hôpitaux sont sélectionnés, après avis de la 'Commission de coordination de la politique antibiotique', créée par l'arrêté royal du 26 avril 1999 au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, selon un classement établi d'après les critères suivants :

- l'existence d'un groupe de gestion de l'antibiothérapie fonctionnel;
- l'existence d'un formulaire des médicaments anti-infectieux de l'hôpital;
- l'existence de recommandations écrites pour les traitements anti-infectieux empiriques et étiologiques et la prophylaxie anti-infectieuse;
- l'engagement d'un médecin ou d'un pharmacien délégué à la gestion de l'antibiothérapie.

La fonction du médecin délégué à la gestion de l'antibiothérapie peut être occupée par une personne répondant aux conditions suivantes :

- soit être spécialiste en biologie clinique et disposer d'une compétence particulière en microbiologie clinique;
- soit être spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie et disposer d'une compétence particulière en pathologie infectieuse.

Le délégué à la gestion de l'antibiothérapie doit faire état d'une expérience en conseil d'antibiothérapie et d'une activité hospitalière de trois ans minimum dans des programmes d'évaluation et d'amélioration de la prescription de médicaments anti-infectieux. Ces activités peuvent être attestées par des documents éducatifs internes et/ou des rapports d'enquête au comité d'hygiène hospitalière, au comité médico-pharmaceutique et au médecin en chef, ainsi que par d'éventuelles communications à des réunions scientifiques ou publications scientifiques nationales ou internationales.

Les dossiers de candidature des hôpitaux doivent être envoyés au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement – Administration des Soins de santé. Ils doivent comporter les données suivantes :1.

1. la liste des personnes faisant partie du groupe de gestion de l'antibiothérapie et leurs fonctions au sein de l'hôpital;
2. les compte-rendus des réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie de l'année écoulée ou des documents attestant des réunions régulières de ce groupe;
3. un exemplaire du formulaire des médicaments anti-infectieux de l'hôpital;
4. un exemplaire de recommandations écrites pour les traitements anti-infectieux empiriques et étiologiques et la prophylaxie anti-infectieuse de l'hôpital;
5. une demande pour le financement d'un délégué à la gestion de l'antibiothérapie avec le nom du ou des candidat(s) proposé(s) par le Comité d'hygiène hospitalière et le Comité médico-pharmaceutique, co-signée par le gestionnaire et le médecin en chef, accompagnée de son ou de leur curriculum vitae, des rapports d'activité en gestion de la politique antibiotique hospitalière, de sa ou de leur lettre de motivation, et de l'avis du Conseil Médical de l'établissement sur la ou les candidatures.

Onderdeel B5 van het budget van de geselecteerde algemene ziekenhuizen wordt met een forfaitair bedrag (X) verhoogd, dat als volgt wordt berekend :

$$X = A * B / C$$

waarbij :

A = beschikbare budget van 1.783.100 EUR (index 1 juli 2006)

B = aantal punten van het geselecteerde ziekenhuis

C = aantal punten voor de geselecteerde ziekenhuizen.

In voorkomend geval wordt X beperkt tot 78.536,84 EUR (index 1 juli 2006) wat met 1 VTE overeenstemt.

Om het aantal punten te bepalen wordt er rekening gehouden met het aantal C-, D-, L-, NIC-, E-, G- en M-bedden van het geselecteerde ziekenhuis met een weging, vastgesteld als volgt :

- C-, D-, L- en NIC-bedden : 3 punten per bed,

- E- en G-bedden : 2 punten per bed,

- M-bedden : 1 punt per bed.

Onderdeel B5 van het budget van de ziekenhuizen die een 'interuniversitair opleidingssecretariaat voor afgevaardigden bij het antibiotische therapiebeheer' herbergen, wordt met een forfaitair bedrag van 21.504 EUR (index 01/07/2006) verhoogd.

Na beëindiging van het werkingsjaar moeten de geselecteerde ziekenhuizen hun activiteitenverslag opsturen naar de 'Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid'. Dit activiteitenverslag bevat onder andere kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het antibioticabeleid van de instelling. Die indicatoren worden bepaald door de 'Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid', opgericht door het koninklijk besluit van 26 april 1999. »

**Art. 14.** In artikel 77, § 1, c), van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het 2e streepje van het 2e lid wordt geschrapt;

2° punt c) wordt aangevuld als volgt :

« Bovendien moeten de ziekenhuizen om de drie jaar, te rekenen vanaf 1 mei 2006, aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een lijst bezorgen met de referenties van de wetenschappelijke publicaties inzake toegepast klinisch onderzoek en ontwikkeling, evaluatie en toepassing van nieuwe medische technieken, die de medische stafleden van het ziekenhuis tijdens de periode van drie jaar, die voorafgaat aan het dienstjaar waarvoor het budget wordt vastgelegd, hebben gepubliceerd. »

**Art. 15.** Artikel 78, 1°, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 1° Een bedrag van 18.537.288,80 EUR (index 1 juli 2006) wordt verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden, als volgt :

Voor elk ziekenhuis worden de volgende ratio's berekend :

a) 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;

b) 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;

c) 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 O.C.M.W.'s ten opzichte van het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie.

Indien de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1, of de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie, voor een specifiek ziekenhuis, de gegevens bedoeld in de punten a), b) en/of c) niet kunnen verstrekken, richt de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zich rechtstreeks tot het betreffende ziekenhuis om de ontbrekende gegevens te verkrijgen. Indien de ontbrekende gegevens niet kunnen verkregen worden, wordt een onderdeel B8, 1°, aan dit ziekenhuis toegekend, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen

La sous-partie B5 du budget des hôpitaux généraux sélectionnés est augmentée d'un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A * B / C$$

où :

A = budget disponible de 1.783.100 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006)

B = nombre de points de l'hôpital sélectionné

C = total des points pour les hôpitaux sélectionnés.

Le cas échéant, X est limité à 78.536,84 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006) correspondant à 1 ETP.

Pour fixer le nombre de points, il est tenu compte du nombre de lits C, D, L, NIC, E, G et M de l'hôpital sélectionné avec une pondération établie comme suit :

Lits C, D, L, NIC : 3 points par lit,

Lits E et G : 2 points par lit,

Lits M : 1 point par lit.

La sous-partie B5 du budget des hôpitaux qui abritent un secrétariat pour la formation inter-universitaire de délégués à la gestion de l'antibiothérapie, est augmentée d'un montant forfaitaire de 21.504 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2006).

Au terme de l'exercice, les hôpitaux sélectionnés doivent faire parvenir leur rapport d'activité à la 'Commission de coordination de la politique antibiotique'. Ce rapport d'activité comprend, entre autres, des indicateurs de qualité concernant la politique de l'établissement en matière d'antibiotiques. Ces indicateurs sont définis par la Commission de coordination de la politique antibiotique, créée par l'arrêté royal du 26 avril 1999. »

**Art. 14.** A l'article 77, § 1<sup>er</sup>, c), du même arrêté, sont apportées les modifications suivantes :

1° le 2<sup>e</sup> tiret du 2<sup>e</sup> alinéa est supprimé;

2° le point c) est complété comme suit :

« En outre, les hôpitaux doivent communiquer au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement tous les trois ans, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006, une liste reprenant les références des publications scientifiques ayant trait à la recherche clinique appliquée et au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles techniques médicales que les membres de la direction médicale de l'hôpital ont publié sur la période de trois ans qui précède l'exercice pour lequel le budget est fixé. »

**Art. 15.** L'article 78, 1°, du même arrêté, est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Un montant de 18.537.288,80 EUR (index 1<sup>er</sup> 1<sup>er</sup> juillet 2006) est réparti entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés, comme suit :

Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

a) ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>;

b) ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>;

c) ratio du nombre de dossiers des personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale de ces patients.

Si les organismes assureurs repris à l'article 99, § 1<sup>er</sup>, ou le SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale ne peuvent fournir, pour un hôpital particulier, les données visées aux points a), b) et/ou c), le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement s'adresse directement auprès de l'hôpital concerné pour obtenir les données manquantes. A défaut de pouvoir obtenir ces données manquantes, une sous-partie B8, 1°, est attribuée à cet hôpital, s'il a antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique, dont le



wegens een op socio-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.

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

- ratio onder a) : met 0,25;
- ratio onder b) : met 0,66;
- ratio onder c) : 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.

Het globaal budget wordt als volgt verdeeld :

- 60 % voor de gevallen afhankelijk van de ratio onder a);
- 25 % voor de gevallen afhankelijk van de ratio onder b);
- 15 % voor de gevallen afhankelijk van de ratio onder c).

Het budget wordt tussen de ziekenhuizen met een score hoger dan de mediaan verdeeld op basis van het totale aantal van deze gevallen welke in aanmerking genomen werden in de berekening van elke voormelde ratio.

Om het voordeel van de bovengenoemde financiering te behouden moeten de geselecteerde ziekenhuizen bewijzen dat zij voor de, in een dubbele en gemeenschappelijke kamer opgenomen patiënten, voor het geheel van het ziekenhuis, de tarieven die in het nationaal akkoord artsen-verzekeringinstellingen van toepassing zijn, toepassen.

Ingeval waar er geen akkoord is, zijn de tarieven die gebruikt worden als basis voor de berekening van de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de maximale tarieven dewelke kunnen toegepast worden.

Het bewijs moet geleverd worden via een attest ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad.

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

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

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

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

**Art. 16.** In artikel 79 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° §§ 1 en 2 worden opgeheven;

2° in § 3 worden de woorden « § 3. Vanaf 1 oktober 2005 voor alle ziekenhuizen » vervangen door de woorden « Teneinde in alle ziekenhuizen de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt vanaf 1 oktober 2005 onderdeel B9 verhoogd met een bedrag om die bijhorende kosten te dekken. »

**Art. 17.** In artikel 79bis van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1 wordt aangevuld als volgt :

« Voor het jaar 2006 wordt het bedrag berekend door het aantal FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 228,94 EUR dus 170 EUR (index 1 juli 2005) verhoogd met de werkgeversbijdragen. »;

2° een § 1bis wordt ingevoegd, luidend als volgt :

« § 1bis. Vanaf 1 oktober 2006 wordt aan alle werknemers van de privéziekenhuizen een forfaitair complement van de attractiviteitspremie toegekend.

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.

Les trois ratios ci-dessus sont pondérés comme suit :

- ratio sous a) : par 0,25;
- ratio sous b) : par 0,66;
- ratio sous c) : par 1,00.

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

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

Le budget global prévu est réparti comme suit :

- 60 % pour les cas relevant du ratio sous a);
- 25 % pour les cas relevant du ratio sous b);
- 15 % pour les cas relevant du ratio sous c).

La répartition du budget entre les hôpitaux dont le score est plus élevé que la médiane est effectuée sur base du nombre de leur cas pris en compte dans le calcul de chaque ratio ci-dessus.

Pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux sélectionnés doivent faire la preuve qu'ils 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.

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

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

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

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

**Art. 16.** A l'article 79 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1<sup>er</sup> et le § 2 sont abrogés;

2° dans le § 3, les mots « § 3. A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2005 pour tous les hôpitaux » sont remplacés par les mots « A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2005, en vue de financer les mesures de fin de carrière dans tous les hôpitaux, la sous-partie B9 est augmentée d'un montant destiné à couvrir les frais y afférents. »

**Art. 17.** A l'article 79bis du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1<sup>er</sup> est complété comme suit :

« Pour l'année 2006, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP de l'hôpital par 228,94 EUR soit 170 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2005) majorés des charges patronales. »;

2° il est inséré un § 1<sup>er</sup>bis rédigé comme suit :

« § 1<sup>er</sup>bis. Il est octroyé, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2006 pour tous les travailleurs salariés des hôpitaux privés, un complément forfaitaire à la prime d'attractivité.

Dit complement wordt in meerdere fases gefinancierd :

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

Voor het jaar 2006 wordt het bedrag berekend door het aantal VTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 262,61 EUR (index 1 juli 2005), dus 195 EUR, verhoogd met de werkgeversbijdragen. »

**Art. 18.** In artikel 83 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- 1° de huidige tekst wordt § 1;
- 2° het artikel wordt aangevuld als volgt :

« § 2. Voor de ziekenhuizen waarvoor voor een bepaald dienstjaar de waarde van onderdeel C3 hoger ligt dan de tijdens dit boekjaar gefactureerde bedragen van de supplementen voor één- of tweepersoonskamers, kan een herziening van onderdeel C3 worden uitgevoerd.

Die herziening moet het voorwerp uitmaken van een expliciet verzoek van de betrokken ziekenhuisbeheerder.

Na die herziening mag onderdeel C3 een bedrag van 80 % van de inkomsten, afkomstig uit supplementen voor één- of tweepersoonskamers en die tijdens het boekjaar waarvoor dit verzoek is ingediend werden geboekt, niet overschrijden.

Het verzoek om herziening met betrekking tot een bepaald dienstjaar leidt de facto tot de herziening van onderdeel C3 voor de vier daaropvolgende dienstjaren.

§ 3. Op 1 juli 2006 wordt een bedrag van 10.500.000 EUR toegevoegd aan onderdeel C3. Dit bedrag wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de waarde van onderdeel C3 van hun budget van financiële middelen op 30 juni 2006.

Het genot van deze maatregel kan enkel behouden blijven op 1 juli 2007 indien de instelling het bewijs kan leveren dat het effectief minder supplementen voor één en tweepersoonskamers heeft gefactureerd gedurende het boekjaar voorafgaand aan het boekjaar waarvoor het bedrag is toegekend geworden. »

**Art. 19.** In artikel 87, § 3, van hetzelfde besluit worden na de woorden « T Vp » de woorden « Tf » toegevoegd.

**Art. 20.** In hetzelfde besluit, wordt Hoofdstuk IX aangevuld als volgt :

« *Afdeling III. — Budgettaire neutralisatie*

**Art. 91bis.** De bepalingen van afdeling I en afdeling II hebben geen weerslag op het beschikbare nationale budget voor de vaststelling van de onderdelen A1, B1, B2 en B5 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

**Art. 91ter.** Tot op het ogenblik dat de gegevens met betrekking tot zijn activiteit rekening houden met de aanpassing van de structuur van de bedden volgend op de sluiting, de opening of de reconversie van bedden, blijft het ziekenhuis deel uitmaken van de groep van ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 40, waartoe het behoorde voorafgaand aan de voormelde aanpassing van de structuur van de bedden.

*Afdeling IV. — Bijzonder bedrag bedoeld in artikel 99 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987*

*Onderafdeling 1. — Algemene bepalingen*

**Art. 91quater.** In het onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis kan in een bijzonder bedrag worden voorzien om de werking ervan te verbeteren, overeenkomstig de regels en voorwaarden van deze afdeling.

*Onderafdeling 2. — Voorwaarden voor de toekenning*

**Art. 91quinquies.** § 1. Om recht te hebben op het bijzonder bedrag bedoeld in artikel 91quater, dient de beheerder van het ziekenhuis een structurele vermindering van het budget van financiële middelen van de instelling aan te tonen. Deze vermindering moet het gevolg zijn van een interne herstructurering van de inrichting of het resultaat van een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met één of meerdere ziekenhuizen die leidt tot een specialisatie of een grotere concentratie van ziekenhuisactiviteiten.

§ 2. Onder structurele vermindering wordt begrepen : een terugkerende en reële vermindering van het budget van het ziekenhuis binnen één of meerdere van onderdelen A1, A3, B1, B2, B3 of B5.

Ce complément est financé en plusieurs phases :

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

Pour l'année 2006, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP de l'hôpital par 262,61 EUR (index 1<sup>er</sup> juillet 2005), soit 195 EUR majorés des charges patronales. »

**Art. 18.** A l'article 83 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

- 1° le texte actuel forme le § 1<sup>er</sup>;
- 2° l'article est complété comme suit :

« § 2. Pour les hôpitaux dont la valeur de la sous-partie C3, pour un exercice déterminé, est supérieure aux montants des suppléments de chambres à un et deux lits facturés durant cet exercice comptable, une révision de la sous-partie C3 peut être effectuée.

Cette révision doit faire l'objet d'une demande explicite du gestionnaire de l'hôpital concerné.

Au terme de cette révision, la sous-partie C3 ne peut dépasser un montant de 80 % des recettes en suppléments de chambres à un ou deux lits comptabilisées durant l'exercice comptable pour lequel cette demande est introduite.

La demande de révision pour un exercice déterminé induit, de facto, la révision de la sous-partie C3 pour les quatre exercices suivants.

§ 3. Au 1<sup>er</sup> juillet 2006, un montant de 10.500.000 EUR est ajouté à la sous-partie C3. Ce montant est réparti entre les hôpitaux sur base de la valeur de la sous-partie C3 de leur budget des moyens financiers au 30 juin 2006.

Le bénéfice de la mesure ne peut être conservé au 1<sup>er</sup> juillet 2007 que si l'établissement peut faire la preuve qu'il a effectivement facturé moins de suppléments de chambre à un et deux lits durant l'exercice comptable précédent l'exercice pendant lequel a été octroyé ce montant. »

**Art. 19.** Dans l'article 87, § 3, du même arrêté, les mots « T Vp » sont ajoutés après les mots « Tf ».

**Art. 20.** Dans le même arrêté, le Chapitre IX est complété comme suit :

« *Section III. — Neutralisation budgétaire*

**Art. 91bis.** Les dispositions des sections I et II n'ont pas d'incidence sur le budget national disponible pour la fixation des sous-parties A1, B1, B2 et B5 des hôpitaux généraux et psychiatriques.

**Art. 91ter.** Jusqu'au moment où les données relatives à son activité prennent en compte l'adaptation de la structure de lits consécutive à la fermeture, l'ouverture ou la reconversion de lits, l'hôpital continue à faire partie du groupe des hôpitaux, tel que visé à l'article 40, auquel il appartenait avant l'adaptation de la structure de lits susmentionnée.

*Section IV. — Montant spécifique visé à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987*

*Sous-section 1<sup>re</sup>. — Dispositions générales*

**Art. 91quater.** Un montant spécifique peut être prévu dans la sous-partie B4 du budget des moyens financiers de l'hôpital pour en améliorer le fonctionnement conformément aux règles et conditions fixées par la présente section.

*Sous-section 2. — Conditions d'octroi*

**Art. 91quinquies.** § 1<sup>er</sup>. Pour pouvoir bénéficier du montant spécifique visé à l'article 91quater, le gestionnaire de l'hôpital doit faire la preuve d'une diminution structurelle du budget des moyens financiers de l'institution. Cette diminution doit être la conséquence d'une restructuration interne de l'établissement ou le résultat d'un accord de collaboration conclu avec un ou plusieurs hôpitaux dont il résulte une spécialisation ou une concentration accrue des activités hospitalières.

§ 2. Par diminution structurelle, on entend une réduction récurrente et réelle du budget de l'hôpital dans une ou plusieurs des sous-parties A1, A3, B1, B2, B3 ou B5.

Art. 91*sexies*. De beheerder kan geen aanspraak maken op het bijzonder bedrag als het voorwerp waarvoor hij de aanvraag doet aanleiding gegeven heeft tot de toekenning van een vergoeding bij toepassing van de bepalingen van het koninklijk besluit van 19 mei 1987 houdende vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de schadeloosstelling voor de niet-uitvoering van projecten van ziekenhuisbouw en voor de sluiting en de niet-ingebruikname van ziekenhuisdiensten evenals de wijze waarop de schadeloosstelling wordt berekend.

Art. 91*septies*. § 1. De beheerder richt bij aangetekend schrijven een aanvraag tot toekenning van een bijzonder bedrag aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

§ 2. Bij zijn aanvraag gericht aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu voegt de beheerder de volgende gegevens :

1° de aard en de omvang van de maatregelen die leiden tot de structurele vermindering;

2° de precieze opsomming van elk van de maatregelen en hun weerslag op het budget van financiële middelen van het ziekenhuis.

Art. 91*octies*. § 1. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu behandelt de aanvraag.

Hij gaat de verstrekte gegevens na en onderzoekt of de voorwaarden voor de toekenning van een bijzonder bedrag vervuld zijn.

Hij bevestigt de ontvankelijkheid van de aanvraag binnen de 60 dagen na ontvangst van de aanvraag.

§ 2. Indien de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, na het verstrijken van de termijn bedoeld in § 1, geen beslissing heeft genomen, wordt de aanvraag geacht aanvaard te zijn.

Art. 91*nonies*. § 1. Indien de voorwaarden voor de toekenning zijn vervuld, wordt een overeenkomst opgemaakt tussen de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en de beheerder(s).

Deze overeenkomst bevat minstens volgende elementen :

1° de maatregelen waartoe de beheerder(s) zich verbind(t)(en) conform de aanvraag bedoeld in artikel 91*septies* en de doeleinden waarvoor het bedrag is bestemd, inzonderheid de schikkingen ten gunste van het personeel vallend onder de interne herstructureringsmaatregelen of genomen in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen de ziekenhuizen;

2° de wederzijdse verbintenissen waartoe de door een samenwerkingsakkoord gebonden ziekenhuizen gehouden zijn om het voordeel van het bijzonder bedrag te behouden.

§ 2. Op verzoek van één van de beheerders die de in § 1 bedoelde overeenkomst hebben ondertekend, komen de voorwaarden van de overeenkomst, mits het akkoord van alle partijen, voor herziening in aanmerking.

Art. 91*decies*. § 1. Om het bijzonder bedrag te kunnen behouden, moeten de schikkingen ten gunste van het personeel vallend onder de maatregelen van interne herstructurering of genomen in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen de ziekenhuizen worden nageleefd en moeten de voorgenomen maatregelen daadwerkelijk worden ten uitvoer gelegd.

§ 2. De beheerder mag het hem toegekende bijzonder bedrag niet aanwenden voor andere doeleinden dan deze omschreven in de overeenkomst.

#### Onderafdeling 3. — Wijze waarop het bijzonder bedrag wordt berekend en uitbetaald

Art. 91*undecies*. Het bijzonder bedrag dat wordt toegekend aan het ziekenhuis wordt bepaald op de datum van de ondertekening van de overeenkomst.

Art. 91*duodecies*. De basis voor de berekening van het bijzonder bedrag is het budget van financiële middelen van het ziekenhuis zoals gekend op de datum van de ondertekening van de overeenkomst.

Art. 91*terdecies*. § 1. Het bijzonder bedrag wordt toegekend voor een periode van zes jaar en wordt vastgelegd op een percentage van de structurele vermindering, aan de hand van volgende regels :

1° indien de structurele vermindering leidt tot een vermindering lager dan 5 % van het jaarbudget van de financiële middelen van het ziekenhuis, wordt het percentage vastgelegd op 50 % van deze vermindering;

2° indien de structurele vermindering leidt tot een vermindering gelijk aan of hoger dan 5 % van het jaarbudget van de financiële middelen van het ziekenhuis, wordt het percentage vastgelegd op 100 % van deze vermindering voor de eerste drie jaren van de beschouwde periode en op 50 % voor de laatste drie jaren;

Art. 91*sexies*. Le gestionnaire ne peut prétendre au bénéfice du montant spécifique si l'objet pour lequel il introduit la demande a donné lieu à l'octroi d'une indemnité en exécution des dispositions de l'arrêté royal du 19 mai 1987 fixant les conditions d'octroi de l'indemnisation pour la non-exécution de projets de construction d'hôpitaux et pour la fermeture et la non-mise en service d'hôpitaux ou de services hospitaliers, ainsi que le mode de calcul de l'indemnisation.

Art. 91*septies*. § 1<sup>er</sup>. Le gestionnaire adresse une demande d'octroi d'un montant spécifique, par lettre recommandée, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

§ 2. Le gestionnaire accompagne cette demande au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement des données suivantes :

1° la nature et la portée des mesures entraînant la diminution structurelle;

2° l'énumération précise de chacune des mesures et leur incidence sur le budget des moyens financiers de l'hôpital.

Art. 91*octies*. § 1<sup>er</sup>. Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement instruit la demande.

Il vérifie les données fournies et examine si les conditions d'octroi d'un montant spécifique sont réunies.

Il confirme, dans les 60 jours qui suivent la réception de la demande, la recevabilité de la demande.

§ 2. Si, à l'expiration du délai visé au § 1<sup>er</sup>, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement n'a pas pris décision, la demande est réputée acceptée.

Art. 91*nonies*. § 1<sup>er</sup>. Si les conditions d'octroi sont réunies, une convention est conclue entre le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions et le(s) gestionnaire(s).

Cette convention comporte au moins les éléments suivants :

1° les mesures que s'engage(nt) à prendre le(s) gestionnaire(s) conformément à la demande visée à l'article 91*septies* et les fins auxquelles le montant est destiné, notamment les dispositions prises en faveur du personnel concerné par les mesures de restructuration interne ou dans le cadre de l'accord de collaboration conclu entre les hôpitaux;

2° les engagements réciproques que les hôpitaux liés par un accord de collaboration sont tenus de respecter pour conserver le bénéfice du montant spécifique.

§ 2. A la demande d'un des gestionnaires signataires de la convention visée au § 1<sup>er</sup> et moyennant l'accord de toutes les parties, les termes de la convention sont révisables.

Art. 91*decies*. § 1<sup>er</sup>. Le maintien du montant spécifique est subordonné au respect des dispositions prises en faveur du personnel concerné par les mesures de restructuration interne ou dans le cadre de l'accord de collaboration conclu entre les hôpitaux et compte tenu de l'exécution effective des mesures envisagées.

§ 2. Le gestionnaire ne peut pas utiliser le montant spécifique octroyé à des fins autres que celles définies dans la convention.

#### Sous-section 3. — Le mode de calcul et de liquidation du montant spécifique

Art. 91*undecies*. Le montant spécifique attribué à l'hôpital est déterminé à la date de la signature de la convention.

Art. 91*duodecies*. La base de calcul du montant spécifique est le budget des moyens financiers de l'hôpital tel que connu à la date de signature de la convention.

Art. 91*terdecies*. § 1<sup>er</sup>. Le montant spécifique est attribué pour une période de six ans et est fixé à un pourcentage de la diminution structurelle selon les règles suivantes :

1° si la diminution structurelle induit une réduction inférieure à 5 % du budget annuel des moyens financiers de l'hôpital, le pourcentage est fixé à 50 % de cette diminution;

2° si la diminution structurelle induit une réduction égale ou supérieure à 5 % du budget annuel des moyens financiers de l'hôpital, le pourcentage est fixé à 100 % de cette diminution pour les trois premières années de la période considérée et à 50 % pour les trois dernières années;

3° indien de structurele vermindering uitsluitend betrekking heeft op een vermindering van de oppervlakken die voor de vaststelling van onderdeel B1 van het budget van financiële middelen in aanmerking worden genomen, wordt het percentage vastgelegd op 100 % van deze vermindering;

4° indien de structurele vermindering voortvloeit uit een samenwerkingsakkoord met als voorwerp het gelijktijdig concentreren en verminderen van het door het akkoord geïmplementeerde beddenaanbod, is de waarde van het bijzonder bedrag gelijk aan 75 % van deze vermindering voor de eerste drie jaren van de beschouwde periode en op 50 % voor de laatste drie jaren.

§ 2. In het kader van een samenwerkingsovereenkomst wordt op dit bedrag een coëfficiënt toegepast die het relatieve aandeel uitdrukt van de lasten die de aanvrager draagt in uitvoering van de schikkingen van de overeenkomst die handelen over het personeel.

Art. 91*quaterdecies*. Het bijzonder bedrag wordt jaarlijks in het budget van financiële middelen van het ziekenhuis vereffend, rekening houdend met de uitvoering van de maatregelen van de overeenkomst.

#### Onderafdeling 4. — *Aanpassing van het bijzonder bedrag*

Art. 91*quinquiesdecies*. Elke nieuwe bepaling van budgettaire aard die tijdens de looptijd van de overeenkomst van toepassing is op het personeel gefinancierd door het budget van financiële middelen, heeft een aanpassing van het bijzonder bedrag tot gevolg.

#### Onderafdeling 5. — *Controle en sancties*

Art. 91*sexiesdecies*. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu evalueert de uitvoering van de maatregelen van de overeenkomst en brengt, bij van niet-naleving ervan, de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft hiervan schriftelijk op de hoogte.

In dat geval kan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, na de beheerder van het ziekenhuis te hebben gehoord, beslissen tot de gehele of gedeeltelijke terugvordering van het toegekend bijzonder bedrag.

Bij niet-naleving van de bepalingen van de overeenkomst wordt het bijzonder bedrag geheel of gedeeltelijk teruggevorderd. »

**Art. 21.** Artikel 92 van hetzelfde besluit wordt aangevuld als volgt :

« 11. Onderdeel C3 van de ziekenhuizen die expliciet om de herziening van dit onderdeel hebben verzocht. »

**Art. 22.** Artikel 95 van hetzelfde besluit, waarvan de bestaande tekst § 1 zal vormen, wordt aangevuld met een § 2, luidende :

« § 2. Voor ziekenhuizen die investeringen doen die leiden tot rationalisering van het zorgaanbod en die door de federale en de voor de erkenning bevoegde overheid, volgens de regels ingesteld krachtens artikelen 46 en 46*bis* van de wet van de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, als prioritair worden beschouwd, en voorzover uit deze investeringen voor de in artikel 8 bedoelde diensten een toename van hun oppervlakte resulteert, wordt het onderdeel B1 verhoogd met een bedrag berekend door de oppervlaktetoename te vermenigvuldigen met de per werkeenheid van de ziekenhuizen van de groep berekende totale gemiddelde kost met betrekking tot algemene kosten, onderhouds- en verwarmingskosten, met dien verstande dat de psychiatrische ziekenhuizen één enkele groep vormen.

**Art. 23.** Hoofdstuk XI van hetzelfde besluit wordt aangevuld als volgt :

« *Afdeling 4. — Specialisatie van ziekenhuizen*

Art. 97*bis*. In het geval van een overdracht van activiteit tussen twee of meerdere algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden die betrekking heeft op een dienst, een functie of een zorgprogramma, in het kader van een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst, wordt aan de ziekenhuizen een bedrag toegekend, voorzover voor het eerste volledige dienstjaar volgend op de overdracht van activiteit in uitvoering van het samenwerkingsovereenkomst, het onderdeel B2 dat overeenstemt met deze activiteit kleiner is dan het oorspronkelijk overgedragen onderdeel.

3° si la diminution structurelle porte exclusivement sur une réduction des surfaces prises en considération pour l'établissement de la sous-partie B1 du budget des moyens financiers, le pourcentage est fixé à 100 % de cette diminution;

4° si la diminution structurelle est le résultat d'un accord de collaboration dont l'objet est simultanément de concentrer et de réduire l'offre de lits visés par l'accord, le pourcentage du montant spécifique est fixé à 75 % de cette diminution pour les trois premières années de la période considérée et à 50 % pour les trois dernières années.

§ 2. Dans le cadre d'un accord de collaboration, ce montant est affecté d'un coefficient qui traduit la part relative des charges que supporte le demandeur en exécution des dispositions conventionnelles relatives au personnel.

Art. 91*quaterdecies*. Le montant spécifique est liquidé annuellement dans le budget des moyens financiers de l'hôpital compte tenu de l'exécution des mesures reprises dans la convention.

#### Sous-section 4. — *Adaptation du montant spécifique*

Art. 91*quinquiesdecies*. Toute disposition nouvelle de nature budgétaire qui est d'application pour le personnel financé par le budget des moyens financiers, pendant la durée de la convention, entraîne une adaptation du montant spécifique.

#### Sous-section 5. — *Contrôle et sanctions*

Art. 91*sexiesdecies*. Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement évalue l'exécution des mesures reprises dans la convention et, en cas de non-respect de celles-ci, en informe, par écrit, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Dans ce cas, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut, après audition du gestionnaire de l'hôpital, décider de la récupération, partielle ou totale, du montant spécifique octroyé.

En cas de non-respect des dispositions prévues par la convention, le montant spécifique est totalement ou partiellement récupéré. »

**Art. 21.** L'article 92 du même arrêté est complété comme suit :

« 11. La sous-partie C3 des hôpitaux qui ont demandé explicitement la révision de cette sous-partie. »

**Art. 22.** A l'article 95 du même arrêté, dont le texte actuel formera le § 1<sup>er</sup>, il est ajouté un § 2, rédigé comme suit :

« § 2. Pour les hôpitaux qui réalisent des investissements conduisant à des rationalisations de l'offre de soins et considérés, en vertu des articles 46 et 46*bis* de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, comme prioritaires par l'autorité fédérale et par l'autorité ayant le pouvoir d'agrégation, et pour autant qu'il résulte de ces investissements pour les services visés à l'article 8 une augmentation de la superficie de ces services, la sous-partie B1 est augmentée d'un montant calculé en multipliant l'augmentation de surface par le total des coûts moyens par unité d'œuvre des hôpitaux du groupe relatifs aux frais généraux, à l'entretien et au chauffage considérant que les hôpitaux psychiatriques constituent un seul groupe.

**Art. 23.** Le Chapitre XI du même arrêté est complété par les dispositions suivantes :

« *Section 4. — Spécialisation des hôpitaux*

Art. 97*bis*. En cas de transfert d'activités entre deux ou plusieurs hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés portant sur un service, une fonction ou un programme de soins, dans le cadre d'un accord de collaboration juridiquement formalisé, il est accordé aux hôpitaux un montant pour autant que, pour le premier exercice complet après le transfert d'activités en exécution de l'accord de collaboration, la sous-partie B2 correspondant à cette activité soit inférieure à celle initialement transférée.

Het bedrag wordt berekend als volgt :

$$M = A - B$$

waarbij :

A = het onderdeel B2 van het budget overgedragen op de datum van de ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst;

B = het onderdeel B2 dat betrekking heeft op de overgedragen activiteit van het eerste dienstjaar waarvoor de gegevens die in aanmerking werden genomen voor de vaststelling van het budget van het onderdeel B2 van na de overdracht zijn.

Het bedrag zal aan de rechthebbende ziekenhuizen worden toegekend, naar rata van 100 % het eerste jaar, 65 % het tweede jaar, 30 % het derde jaar en 0 % het vierde jaar. Het bedrag zal via onderdeel C2 van het budget van financiële middelen worden toegekend. »

**Art. 24.** In bijlage 12 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in punt 1., § 1, punt 7°, wordt vervangen als volgt :

« 7° voor het geheel van het ziekenhuis de tarieven van het nationaal akkoord artsen-verzekeringsinstellingen toepassen. Ingeval 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. »;

2° in punt 1., § 2, punt 7° wordt vervangen als volgt :

« 7° wat voorwaarde 7 betreft : een attest, ondertekend door de beheerder en de voorzitter van de medische raad, waarin vermeld wordt dat de tarieven van het nationaal akkoord artsen-verzekeringsinstellingen, voor het geheel van het ziekenhuis van toepassing zijn. Ingeval 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. »;

3° in punt 2., tweede lid, laatste streepje, wordt vervangen als volgt :

« - voor het geheel van het ziekenhuis de tarieven van het nationaal akkoord artsen-verzekeringsinstellingen toepassen. Ingeval 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. »

**Art. 25.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2006, met uitzondering van artikel 16 dat uitwerking heeft met ingang van 1 oktober 2005, artikel 17, 2°, dat op 1 oktober 2006 in werking treedt, artikel 17, 1°, dat op 1 december 2006 in werking treedt en artikel 24 dat op 1 juli 2007 in werking treedt.

**Art. 26.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 november 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

Le montant est calculé comme suit :

$$M = A - B$$

où :

A = la sous-partie B2 du budget transféré à la date de la signature de l'accord de collaboration;

B = la sous-partie B2 qui a trait aux activités transférées du premier exercice pour lequel les données prises en compte pour la fixation de la sous-partie B2 sont postérieures au transfert.

Le montant sera accordé aux hôpitaux bénéficiaires à raison de 100 % la première année, 65 % la deuxième année, 30 % la troisième année et 0 % la quatrième année. Le montant sera alloué via la sous-partie C2 du budget des moyens financiers. »

**Art. 24.** A l'annexe 12 du même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° au point 1., § 1<sup>er</sup>, le point 7° est remplacé par la disposition suivante :

« 7° appliquer, 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. »

2° au point 1., § 2, le point 7° est remplacé par la disposition suivante :

« 7° pour la condition 7 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que les tarifs de l'accord national médecins-organismes assureurs sont appliqués pour l'ensemble de l'hôpital. 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. »;

3° au point 2., 2<sup>e</sup> alinéa, le dernier tiret est remplacé par la disposition suivante :

« - appliquer, 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. 25.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> juillet 2006, sauf l'article 16 qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> octobre 2005, l'article 17, 2°, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2006, l'article 17, 1°, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2006 et l'article 24 qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

**Art. 26.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 novembre 2006.

ALBERT

Par le Roi :

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