



BUDGET VAN FINANCIËLE MIDDELEN VAN DE ZIEKENHUIZEN

OFFICIEUZE COÖRDINATIE
FINANCIERINGSJAAR 2025-2026

Verantwoordelijke uitgever:

GIBBIS vzw

Dieter Goemaere

Hermann-Debrouxlaan 54 – 1160 Brussel

Ondernemingsnummer BE 0554 785 857

gibbis@gibbis.be – www.gibbis.be

Deze publicatie is ook beschikbaar in het Frans.

Inhoud van het document

[Synthesenota](#)

[Index van de BFM-lijnen 2025-2026](#)

[Officiële coördinatie van het K.B. van 25/04/2002 voor het financieringsjaar 2025-2026](#)

[Inhoudstafel van het K.B.](#)

[Overzicht van de bijlagen](#)

[Verwijzingenlijst](#)

[Tekst van het K.B.](#)

[Bijlagen](#)

Document gecoördineerd op 22/09/2026.

Budget van Financiële Middelen (BFM) voor het financieringsjaar 2025-2026 - Synthese

Op 11 juni 2026 werd het koninklijk besluit van 30 mei 2026 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen voor het jaar 2025 gepubliceerd.

In deze synthese analyseren en bespreken we de wijzigingen die dit besluit inhoudt met betrekking tot het Budget van Financiële Middelen (BFM) voor het jaar 2025-2026, alsook enkele andere technische wijzigingen.

Dieter Goemaere

Directeur ziekenhuizen

Dieter.Goemaere@gibbis.be

Manon Pierrot

Adviseur economist

Manon.Pierrot@gibbis.be

Inhoudstafel

1. VOORAFGAANDE OPMERKING.....	IV
2. WIJZIGINGEN MET BETREKKING OP MEERDERE ONDERDELEN	IV
2.1. Indexering	iv
2.2. Herziening 2016-2017	v
2.3. Herzieningen.....	v
3. DEEL A VAN HET ZIEKENHUISBUDGET.....	VII
3.1. Onderdeel A1 (investeringslasten).....	vii
3.2. Onderdeel A2 (kredietlasten op korte termijn).....	vii
3.3. Onderdeel A3 (investeringslasten verbonden aan bepaalde medisch-technische diensten: NMR, PET-scan, radiotherapie)	vii
4. DEEL B VAN HET ZIEKENHUISBUDGET	VIII
4.1. Onderdeel B1 (gemeenschappelijke diensten).....	viii
4.1.1. <i>Acute ziekenhuizen</i>	viii
4.1.2. <i>Budgettaire sectoren G-diensten, Sp-diensten, Sp-diensten voor palliatieve zorg en eenheden voor de behandeling van zware brandwonden</i>	ix
4.1.3. <i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>	ix
4.2. Onderdeel B2 (klinische diensten).....	ix
4.2.1. <i>Acute ziekenhuizen</i>	ix
4.2.2. <i>Budgettaire sectoren G-diensten, Sp-diensten, Sp-diensten voor palliatieve zorg en eenheden voor de behandeling van zware brandwonden</i>	xi
4.2.3. <i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>	xi
4.2.4. <i>Nieuwe berekeningswijze B8: afschaffing van de lijnen "sociale correctie"</i>	xi
4.3. Onderdeel B3 (werkingskosten verbonden aan bepaalde medisch-technische diensten: NMR, PET-scan, radiotherapie)	xi
4.4. Onderdeel B4 (diverse forfaits)	xii
4.4.1. <i>Gebruikte gegevens</i>	xii
4.4.2. <i>Indexering van bepaalde overeenkomsten</i>	xii
4.4.3. <i>In-vitrofertilisatie: gegevens voor de berekening van de provisie en de herziening</i>	xiii
4.4.4. <i>Programma Pay for Performance</i>	xiii
4.4.5. <i>Statutaire pensioenen (B4-1904 en B4-1906)</i>	xiii
4.4.6. <i>Elektronisch Patiëntendossier – BMUC programma</i>	xiv
4.4.7. <i>Cyberveiligheid</i>	xv
4.4.8. <i>Specialisatiecomplement: verduidelijking van de herzieningsmodaliteiten</i>	xvi

4.5. Onderdeel B5 (ziekenhuisapothek).....	xvi
4.6. Onderdeel B6 (kosten afkomstig uit de bijkomende voordelen voorzien in de sociale akkoorden)...	xvi
4.7. Onderdeel B7 (specifieke taken uitgevoerd door de academische ziekenhuizen of ziekenhuizen met universitair karakter op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën, enz.).....	xvii
4.8. Onderdeel B8 (economisch en sociaal patiëntenprofiel).....	xvii
4.9. Onderdeel B9 (kosten met betrekking tot de sociale akkoorden)	xviii
4.9.1. <i>Zorgpersoneelfonds (ZPF)</i>	xviii
4.9.2. <i>Collectieve overeenkomst voor de artsen-specialisten in opleiding (ASO)</i>	xviii
5. DEEL C VAN HET ZIEKENHUISBUDGET	XIX
5.1. Onderdeel C2 (inhaalbedragen).....	xix
5.1.1. <i>Hervorming van de herzieningen</i>	xix
5.1.2. <i>Medische producten van de verpleegeenheden</i>	xix
5.1.3. <i>Impact van spoed beroep</i>	xix
5.1.4. <i>Correctie van de indexering 01/07/2024-30/06/2025</i>	xx
5.1.5. <i>Recuperatie van het eerste semester cyberveiligheid</i>	xx
5.1.6. <i>Andere lijnen C2</i>	xxi
5.2. Onderdeel C3 (retributies op de kamersupplementen)	xxi
5.3. Onderdeel C4 (provisies op de overschrijding van het quotum – psychiatrische ziekenhuizen, diensten voor de behandeling van zware brandwonden en palliatieve Sp-diensten)	xxi
6. VEREFFENING	XXII

1. Voorafgaande opmerking

Het koninklijk besluit van 30/05/2026 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25/04/2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen voor het jaar 2025 werd gepubliceerd op 11/06/2026. In deze synthese komen wij terug op de maatregelen die werden geïntegreerd in het Budget Financiële Middelen (BFM) van 01/07/2025. Bepaalde wijzigingen ingevoerd door het koninklijk besluit van 10/04/2025, gepubliceerd op 23/04/2025, worden eveneens besproken aangezien zij betrekking hebben op modaliteiten die in werking treden op 01/07/2025 (herberekening van B8).

Meer recent heeft het koninklijk besluit van 17/06/2026, gepubliceerd op 25/06/2026, de artikelen 15 en 73 (betreffende de compensaties van de lasten verbonden aan de pensioenen van statutaire personeelsleden) van het koninklijk besluit van 25/04/2002 gewijzigd. Dit besluit heeft echter geen gevolgen voor het financieringsjaar 2025-2026 aangezien het pas op 01/07/2026 in werking treedt.

2. Wijzigingen met betrekking op meerdere onderdelen

2.1. Indexering

Het toepassingsgebied van de indexering voor de elementen van onderdeel B van het BFM is de voorbije jaren gewijzigd. Ter herinnering: alle elementen van onderdeel B worden in principe geïndexeerd, met uitzondering van conventionele financieringen waarvoor de indexering niet expliciet is voorzien in de overeenkomst met het ziekenhuis (opgenomen in BFM-lijnen van de onderdelen B4 en B5). Sinds 01/01/2024 worden, in afwijking van deze uitsluiting van conventionele financieringen, meerjarencontracten die betrekking hebben op de financiering van personeel en/of werkingskosten wel geïndexeerd. Contracten die geen betrekking hebben op personeel en/of werkingskosten worden niet geïndexeerd. Daarom werden bepaalde lijnen met betrekking tot B4-contracten opgesplitst om geïndexeerde en niet-geïndexeerde contracten van elkaar te onderscheiden¹.

(cf. artikel 85 van het K.B. van 25/04/2002)

De herberekening van de financieringen in onderdeel B (met uitzondering van de niet-geïndexeerde lijnen) werd uitgevoerd in de 2^e kolom van de kennisgeving op basis van het indexcijfer van mei 2024. Een coëfficiënt van 1,02 (overeenstemmend met een indexering van 2% in februari 2025) wordt toegepast in de 3^e kolom om deze financieringen naar het indexniveau van 30/06/2025 te brengen.

¹ De volgende lijnen worden nu automatisch geïndexeerd (als de betreffende lijn opgesplitst is, wordt de corresponderende nieuwe lijn die niet wordt geïndexeerd tussen haakjes weergegeven):

B4-710	Platform hygiëne
B4-720	Quality & safety
B4-721	Pay for Performance
B4-2000	Pilootprojecten (1960 – Niet geïndexeerd)
B4-2001	Projecten Art. 107: Coördinator (1970 – Niet geïndexeerd)
B4-2006	Geestelijke gezondheidszorg kinderen en adolescenten (1980 – Niet geïndexeerd)
B4-2007	Pilootprojecten: Art. 63 § 3 (1990 – Niet geïndexeerd)
B4-2040	Kankerplan: Pilootprojecten
B4-2310	UROD
B5-420	Opleiding voor apothekers

De indexeringshypothese die voor het BFM wordt gehanteerd, moet wettelijk overeenstemmen met de hypothese gebruikt voor het globale gezondheidszorgbudget (of aangepast tijdens de begrotingscontrole), dat gebaseerd is op de vooruitzichten van het Federaal Planbureau op het ogenblik van de vaststelling. Daarom:

- voor de berekening van het BFM 2025-2026 op 01/07/2025 heeft de administratie rekening gehouden met een indexering van 2% voorzien op 01/03/2026. In de 4^e kolom van het BFM wordt daarom een coëfficiënt van 1,0067 toegepast (4 maanden geïndexeerd aan een coëfficiënt van 1,02 op een totaal van 12 maanden);
- voor de berekening van het BFM 2025-2026 op 01/01/2026 heeft de administratie rekening gehouden met een indexering van 2% die een maand vroeger voorzien was, namelijk op 01/02/2026. In de 4^e kolom van het BFM werd bijgevolg een coëfficiënt van 1,0083 toegepast, zonder correctie voor de periode 01/07/2025-31/12/2025. De definitieve correctie van de indexeringshypothese voor de periode juli 2025 tot juni 2026 werd uitgevoerd in het BFM van 01/07/2026.

Daarnaast wordt in het BFM van 01/07/2025, via onderdeel C2, ook de correctie van de indexeringshypothese tussen juli 2024 en juni 2025 vereffend. Wij komen hierop uitgebreider terug in hoofdstuk over onderdeel C2 (zie [5.1.4](#)).

2.2. Herziening 2016-2017

Voor de meeste instellingen werden de financiële gevolgen van de herzieningsdossiers betreffende de boekjaren 2016-2017 reeds vereffend via onderdeel C2 en geïntegreerd in de betrokken lijnen van het BFM op 01/07/2024. Dit was echter nog niet voor alle ziekenhuizen het geval. In het BFM van 01/07/2025 werd beslist om de financiële gevolgen van een bijkomend aantal dossiers te vereffenen via onderdeel C2 en de structurele budgettaire impact ervan te integreren in de betrokken BFM-lijnen door de provisies te actualiseren, aangezien de volledige procedure inmiddels was afgerond², inclusief het akkoord van de deeltentiteiten voor de onderdelen A1 en A3.

2.3. Herzieningen

In 2025 is de FOD Volksgezondheid gestart met een structurele hervorming van de verwerking van de BFM-herzieningen (zie de [nota](#) over dit onderwerp). De eerste fase van deze hervorming heeft reeds gevolgen vanaf het BFM van 01/07/2025. Zo worden de effecten van de herzieningen geïntegreerd voor maatregelen waarvoor de gegevens reeds beschikbaar waren of eenvoudig konden worden gemobiliseerd. De vereffeningsmodaliteiten verschillen naargelang het bedrag positief of negatief is:

- positieve vergoedingen worden vereffend over een periode van 6 maanden en werden daarom verdubbeld, met uitzondering van IVF 2020 en 2021 (2 jaar);
- negatieve vergoedingen worden vereffend over een periode van 4 jaar en werden daarom gedeeld door vier.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de maatregelen waarvoor de herziening werd berekend. Voor elk herzieningsjaar tussen 2018 en 2024 wordt aangegeven of het bedrag van de

² Een dossier wordt als afgerond beschouwd wanneer het is afgesloten, d.w.z. na het advies van de permanente WG "Individuele financieringsdossiers » van de FRZV.

herziening werd meegedeeld zonder vereffening (M), meegedeeld én vereffend (M+V), dan wel in een volgende fase zal worden berekend (Toekomst). De aanduiding "/" betekent dat geen herzieningsberekening vereist is voor het betrokken jaar. Voor meer details verwijzen wij naar de [technische nota](#) die specifiek aan dit onderwerp is gewijd en die dieper ingaat op elk van de herzieningen die in het BFM van 01/07/2025 werden meegedeeld.

Betrokken maatregel	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Garantie vast deel	M+V	M+V	/ ? ³	Toekomst ⁴	M+V	Toekomst	Toekomst
Garantie van het variabel deel	M+V	M+V	/	Toekomst ⁵	M+V	Toekomst	Toekomst
Radiotherapie	M+V	M+V	M+V	M+V	M+V	M	Toekomst
IVF	M+V	M+V	M+V	M+V	Toekomst	Toekomst	Toekomst
Kankerplan	M+V	M+V	M+V	M+V	Toekomst	Toekomst	Toekomst
Attractiviteitspremie	M+V	M+V	M+V	M+V	M	M	Toekomst
BBT/BBK	M+V	M+V	Toekomst	Toekomst	Toekomst	Toekomst	Toekomst
Functiecomplement	M+V	M+V	Toekomst	Toekomst	Toekomst	Toekomst	Toekomst
IFIC	M+V	M+V	Toekomst	Toekomst	Toekomst	Toekomst	Toekomst
Langdurige afwezigheid	M+V	M	M	M	M	M	M

Er werden nieuwe lijnen gecreëerd in onderdeel C2 om de vereffening van de inhaalbedragen mogelijk te maken (zie [5.1.1](#)). Daarnaast wordt de financiële impact van bepaalde herzieningen vanaf het BFM van 01/07/2025 geïntegreerd in de volgende budgetlijnen:

Lijn	Beschrijven	Geïntegreerd herzieningsjaar
B4-1800	Langdurige afwezigheid	2018
B4-2050	Kankerplan: multidisciplinair team	2019 (= 2020 en 2021 wegens Covid)
B4-2051	Kankerplan: <i>datamanager</i>	2019 (= 2020 en 2021 wegens Covid)
B4-5000	Valorisatie van de titels en kwalificaties	2019
B9-200	Attractiviteitspremie	2021
B9-1000	Functiecomplement	2019

De impact op de B9-lijnen betreffende IFIC werd op dit ogenblik nog niet geïntegreerd, aangezien de herziening voor de behandelde jaren (2018-2019) slechts betrekking heeft op 18,25% van het totale bedrag, terwijl de provisies sinds 01/07/2022 een implementatie van 100% dekken.

³ Volgens de FOD hoeft er geen herziening van de garantie vast deel voor het jaar 2020 te worden uitgevoerd, aangezien deze volgens de FOD door de UFFT zou zijn gedekt. Aan de administratie werd meegedeeld dat dit niet correct is: enkel het variabele deel werd via de UFFT gewaarborgd. Wij wachten op een reactie van de FOD Volksgezondheid hierover.

⁴ In het oorspronkelijke voorstel van de FOD Volksgezondheid in het kader van de hervorming van de herzieningen was de administratie van oordeel dat geen herziening van de garanties vast en variabel deel voor het jaar 2021 moest worden berekend, aangezien deze door de UFFT zouden zijn gedekt. Dit bleek een fout te zijn. De administratie zal de berekening voor deze beide elementen voor het jaar 2021 daarom opnemen in een toekomstig BFM (elementen die volgens de technische nota "nog moeten worden berekend").

⁵ *Idem*.

3. Deel A van het ziekenhuisbudget

3.1. Onderdeel A1 (investeringslasten)

Op 01/07/2025 zijn de eventuele wijzigingen van onderdeel A1 enerzijds het gevolg van de provisionele aanpassingen die door de deelentiteiten werden toegekend in het geval van nieuwbouw, uitbreidingen of renovaties van bestaande gebouwen (lijnen 1202, 9510 tot en met 9560). Anderzijds vloeien de wijzigingen voort uit de integratie van de effecten van de herziening 2016-2017 (zie [2.2](#)).

Ter herinnering: in het Waals Gewest, de Franse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap werden de forfaitaire financieringen (medisch en niet-medisch materieel, enz.) op nul gebracht, aangezien deze financieringen voortaan rechtstreeks worden vereffend door de bevoegde deelentiteiten. Voor de instellingen die onder de GGC vallen, is het nieuwe investeringsfinancieringssysteem in werking getreden op 01/01/2025. In het BFM van 01/01/2025 werden de forfaitaire financieringen van onderdeel A1 daarom voor de eerste keer verminderd met 10% of 20%, afhankelijk van de betrokken lijn (cf. [memo 2025/05](#)). De bedragen blijven ongewijzigd in het BFM van 01/07/2025. Ze worden opnieuw verminderd op 01/01/2026.

(cf. artikelen 7, 9 en 25 tot 29 van het K.B. van 25/04/2002)

3.2. Onderdeel A2 (kredietlasten op korte termijn)

De gegevens betreffende de tegemoetkoming van de ziekteverzekering (ZIV) voor de geneesmiddelen zijn deze van de prestaties 2023, geboekt op 18 maanden⁶.

(cf. artikel 30 van het K.B. van 25/04/2002)

3.3. Onderdeel A3 (investeringslasten verbonden aan bepaalde medisch-technische diensten: NMR, PET-scan, radiotherapie)

Op 01/07/2025 werden de bedragen van onderdeel A3 eenvoudigweg overgenomen uit het vorige BFM, behalve voor de instellingen die, net zoals voor onderdeel A1, provisionele aanpassingen hebben aangevraagd en verkregen bij hun bevoegde deelentiteit.

Ter herinnering: de forfaitaire financiering van de apparatuur die wordt gefinancierd via onderdeel A3 wordt vereffend op basis van de beslissing van de bevoegde gemeenschaps- of gewestminister. Deze financieringen werden bijgevolg behouden, geschrapt of aangepast. De betrokken lijnen binnen onderdeel A3 zijn: 600, 700, 1600, 1601 en 2600. De situatie verschilt naargelang de bevoegde overheid:

- Waals Gewest: deze bedragen werden grotendeels op nul gebracht, aangezien deze financieringen voortaan rechtstreeks worden vereffend door het AViQ;
- GGC: een nieuw financieringssysteem is in werking getreden op 01/01/2025 en vervangt geleidelijk de betrokken BFM-lijnen (zie [memo 2025/05](#) en [3.1](#)). De betrokken financieringen werden daarom voor het eerst verminderd met respectievelijk 1/10, 1/7 of 1/5, afhankelijk van de lijn, in het BFM van 01/01/2025. De bedragen blijven ongewijzigd in het BFM van 01/07/2025 en worden opnieuw verminderd op 01/01/2026;

⁶ Het gaat om de prestaties die in 2023 werden uitgevoerd, maar die werden geboekt in de periode van 01/01/2023 tot 30/06/2024.

- Franse Gemeenschap: deze bedragen werden afgeschaft vanaf 01/01/2016 en worden rechtstreeks uitbetaald door de Fédération Wallonie-Bruxelles;
- Vlaamse Gemeenschap: deze bedragen blijven behouden in het BFM voor toestellen die uiterlijk in 2015 werden geïnstalleerd en die in 2020 nog niet volledig waren afgeschreven. Toestellen die na 2015 werden geïnstalleerd, worden gefinancierd via VIPA;
- Duitstalige Gemeenschap: deze bedragen werden afgeschaft vanaf 01/01/2016.

(cf. artikelen 31 en 49 van het K.B. van 25/04/2002)

4. Deel B van het ziekenhuisbudget

4.1. Onderdeel B1 (gemeenschappelijke diensten)

4.1.1. Acute ziekenhuizen

De herberekening van de eerste 7 bewerkingen van onderdeel B1 gebeurt slechts om de twee jaar en historisch gezien in de oneven jaren. Niettemin werd in het BFM van 01/07/2024 een herberekening uitgevoerd op basis van nieuwe gegevens om te vermijden dat nog een bijkomend jaar gebruik zou worden gemaakt van referentiejaar 2019⁷. Om die reden gebeurt de herberekening vanaf 01/07/2026 in de even jaren. Dit werd aangepast in de wettelijke basis die de berekening van B1 regelt (artikel 42 van het KB van 25/04/2002). Het onderdeel B1 wordt daarom als een "light"-berekening beschouwd in het BFM van 01/07/2025. Een aantal elementen verdienen bijzondere aandacht:

- 1) Het beschikbare nationale budget per ziekenhuisgroep wordt aangepast in functie van de evolutie van het aantal ziekenhuizen binnen de groep en eventuele wijzigingen van het aantal bedden. Het bestaat uit de som van de B1-budgetten op 01/07/2024, tweemaal geïndexeerd met 2% (indexeringen van 01/11/2023 en 01/05/2024). De indexering van februari 2025 wordt toegekend in de 3^e kolom;
- 2) Voor de 8^e bewerking betreffende de vergelijking tussen gerealiseerde en verantwoorde dagen wordt de verantwoorde activiteit berekend op basis van de MZG-gegevens 2023. De gerealiseerde dagen (met inbegrip van de tegen nul euro gefactureerde dagen) werden aangeleverd via de Finhosta-gegevens 2023;
- 3) Naar aanleiding van deze 8^e bewerking wordt een lineaire beperking toegepast (voor alle ziekenhuizen) om binnen het beschikbare nationale B1-budget te blijven. De coëfficiënt bedraagt 0,982709 in het BFM van 01/07/2025;
- 4) De op 01/01/2025 erkende K-dag- en/of K-nachtbedden werden gebruikt voor de financiering van het vervoer van K-patiënten;
- 5) Voor de berekening van de aanvullende financiering voor de sociale dienst G worden de G-verantwoorde bedden gebruikt die voortkomen uit de nieuwe berekening van onderdeel B2 op 01/07/2025;
- 6) Voor de berekening van de aanvullende financiering van de sociale dienst wordt het deciel waarin het ziekenhuis zich bevindt op basis van de oplopende scorewaarden bepaald aan

⁷ De gegevens van de referentiejaar 2020 en 2021 werden niet gebruikt als gevolg van de gezondheidscrisis. In het BFM van 01/07/2023 vond er bijgevolg geen herberekening van onderdeel B1 plaats op basis van nieuwe gegevens.

de hand van onderdeel B8 zoals vastgesteld op 01/07/2025. Het aantal verantwoorde dagen is afkomstig uit onderdeel B2 zoals vastgesteld op 01/07/2025.

(cf. artikel 42 van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 30/05/2026)

4.1.2. Budgettaire sectoren G-diensten, Sp-diensten, Sp-diensten voor palliatieve zorg en eenheden voor de behandeling van zware brandwonden

Het budget B1 van de G-, Sp- en Sp-diensten voor palliatieve zorg en van de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden die een federale bevoegdheid bleven, blijft onveranderd ten opzichte van het budget op 30/06/2025.

(cf. artikel 43 van het K.B. van 25/04/2002)

4.1.3. Psychiatrische ziekenhuizen

Buiten de eventuele wijziging van de erkende bedden gebruikt voor de berekening van de financiering van de vervoerkosten voor de K-dagpatiënten en/of K-nachtpatiënten, ondergaat het budget B1 van de psychiatrische ziekenhuizen op 01/07/2025 geen enkele wijziging ten opzichte van het vastgestelde budget op 30/06/2025.

(cf. artikel 44 van het K.B. van 25/04/2002)

4.2. Onderdeel B2 (klinische diensten)

4.2.1. Acute ziekenhuizen

Voor de acute ziekenhuizen werd het subdeel B2 per 01/07/2025 opnieuw berekend voor de ziekenhuizen "in het systeem", rekening houdend met volgende elementen:

- de toevoeging "in het systeem" of de schrapping "buiten het systeem" van één of meerdere ziekenhuizen of de integratie in het systeem van budgetten die vroeger reeds via een "lijn 9000" werden vereffend. Op 01/07/2025 blijft de samenstelling van de ziekenhuizen "in het systeem" identiek aan die van 01/07/2024;
- de indexering van het nationale budget: het nationale budget wordt in de 2^e kolom vastgesteld op het indexcijfer van mei 2024 en vervolgens eenmaal met 2% geïndexeerd in de derde kolom om rekening te houden met de indexering van februari 2025;
- de actualisering van de verantwoorde activiteit op basis van de MG-MZG-registraties 2023, gecodeerd in ICD10-CM, versie 40 van de grouper;
- de berekening van de gestandaardiseerde verblijfsduur op basis van een periode van drie jaren (2019, 2022 en 2023). In dit kader moet er opgemerkt worden dat voor de berekening van de gestandaardiseerde verblijfsduren geen rekening wordt gehouden met de verblijven die opgenomen zijn in het pilootproject "bevalling met verkorte ligduur". Dit pilootproject heeft dus geen invloed op de gestandaardiseerde verblijfsduren. De nationale gemiddelde verblijfsduur wordt nochtans toegepast op alle verblijven, met inbegrip van de verblijven in het pilootproject. Zo wordt voor het ziekenhuis de impact van de vermindering van de verblijfsduur voor de betrokken verblijven geneutraliseerd;
- de actualisering van het aantal erkende bedden op 01/01/2025 voor de berekening van de verantwoorde psychiatrische bedden;
- het gebruik van de VG-MZG-gegevens 2023 voor de berekening van de NRG-punten;

- het aantal bevallingen van 2023 afkomstig uit de MZG-gegevens van 2023;
- de integratie van het budget van lijn B2-205 "Transfer maxiforfaits 2023" in het beschikbare budget B2-200, aangezien de prestaties die vanaf 01/01/2023 aan lijst A werden toegevoegd en die voordien via een maxiforfait konden worden gefactureerd (tot 31/12/2022), vanaf het BFM van 01/07/2025 voorkomen in de referentiegegevens die worden gebruikt voor de berekening van de verantwoorde activiteit. Voor de ziekenhuizen buiten het systeem bedoeld in artikel 33, §§1 en 2 van het K.B. BFM van 25/04/2002, wordt onderdeel B2-200 op 01/07/2025 vastgesteld op zijn waarde van 30/06/2025 vermeerderd met het bedrag van lijn B2-205.

Door het gebruik van de gegevens van 2023 als referentie ging de FOD Volksgezondheid ervan uit dat het totaal aantal punten sterker zou stijgen dan het budget, wat zou leiden tot een daling van de puntwaarde. De vroeger gefactureerde maxiforfaits werden immers doorgaans beperkt vergoed. Bovendien genereren deze prestaties nu punten voor het operatiekwartier, wat vroeger niet het geval was. Niettemin is het totale aantal punten in het BFM van 01/07/2025 (77.220,89) lager dan het totaal van 01/07/2024 (77.973,40), ten gevolge van een sterke daling van de basispunten voor klassieke hospitalisatie. Dit resulteert uiteindelijk in een hogere puntwaarde. Gezien de stijging van het aantal prestaties voor de berekening van de standaardtijden is de nationale beperkingscoëfficiënt voor het operatiekwartier echter verder gedaald (zie hieronder).

- de herinvoering, samen met de uitbreiding van lijst A, van lijst B en van de ongepaste klassieke verblijven in de berekening van de verantwoorde activiteit. Een klassiek verblijf wordt als ongepast beschouwd wanneer het voldoet aan de criteria uit de [omzendbrief](#) hierover. Een dergelijk verblijf wordt gewaardeerd aan 0,95, zoals een daghospitalisatie, in plaats van als een klassiek verblijf (basispunten volgens het aantal verantwoorde dagen, bijkomende punten, medische producten, enz.);
- de actualisering van de standaardtijden die worden gebruikt voor de berekening van de financiering van het operatiekwartier. Naast de standaardtijden die reeds werden toegevoegd voor het BFM van 01/07/2024⁸ werden ook de door de FRZV voorgestelde standaardtijden voor de nieuwe nomenclatuur "wervelkolom" (groep 14n van de RIZIV-nomenclatuur) geïntegreerd op 01/07/2025⁹;
- in het kader van dezelfde nieuwe nomenclatuur "wervelkolom": de bevrozing gedurende één bijkomend jaar van de bestaande berekening voor de financiering van permanent beschikbare neurochirurgische operatiezalen in het BFM op 01/07/2025. Het aantal zalen blijft identiek aan dat van het BFM van 01/07/2023. De FRZV wacht op een analyse van de TGR alvorens een advies uit te brengen over een aangepaste berekeningswijze;

⁸ Een reeks standaardtijden werd opgenomen in de berekening van het BFM van 01/07/2024. Deze hadden betrekking op de pancreas- en slokdarmchirurgie, evenals op de nomenclatuur waarvoor standaardtijden moesten worden vastgesteld naar aanleiding van de actualisering van lijst A vanaf 01/01/2022 (uitbreiding van het chirurgisch dagziekenhuis).

⁹ Toevoeging van de betrokken nomenclatuurcodes aan bijlage 9 van het K.B. BFM van 25/04/2002, met inwerkingtreding op 01/01/2023 en dus van toepassing vanaf het referentiejaar dat wordt gebruikt voor het BFM van 01/07/2025.

- nog wat betreft de financiering van het operatiekwartier, de verhoging van het percentage punten voor de financiering daarvan van 11,35% naar 11,48%, overeenkomstig het [advies van de FRZV](#) inzake daghospitalisatie. Ondanks deze verhoging zakt de nationale beperkingscoëfficiënt tot 0,6263. Dat betekent dat nog slechts ongeveer 63% van de verantwoorde operatieactiviteit wordt gefinancierd in het BFM op 01/07/2025. Deze coëfficiënt daalt overigens al meer dan twintig jaar onafgebroken (119,4% in 2003 en 86,5% in 2013);
- de vervanging in de RIZIV-bestanden 2022 en 2023 van de prestaties laagvariabele zorg gefactureerd aan 0 euro door hun theoretische waarde die overeenkomt met de volledige terugbetaling;
- voor de berekening van de punten “medische producten van de verpleegeenheden”: het gebruik van de MZG-gegevens 2022 (N-3), grouper 38, aangezien de gekoppelde gegevens die hiervoor nodig zijn nog steeds slechts met een vertraging van drie jaar beschikbaar zijn. De Finhosta-dagen en de verantwoorde bedden die worden gebruikt voor de correctie betreffende de G-verpleegdagen hebben eveneens betrekking op 2022. Het K.B. BFM van 25/04/2002 zal in die zin worden aangepast.

(cf. artikelen 45 en 46 en de bijlagen 3 en 9 van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het KB van 30/05/2026, en artikel 46ter van het K.B. van 25/04/2002, opgeheven door het K.B. van 30/05/2026)

4.2.2. Budgettaire sectoren G-diensten, Sp-diensten, Sp-diensten voor palliatieve zorg en eenheden voor de behandeling van zware brandwonden

Het budget B2-200 van de G-diensten, de Sp-diensten en de Sp-diensten voor palliatieve zorg en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden die nog steeds onder de federale bevoegdheid vallen op 01/07/2025, ondergaat geen enkele wijziging ten opzichte van het budget dat op 30/06/2025 was vastgesteld.

(cf. artikel 47 van het K.B. van 25/04/2002)

4.2.3. Psychiatrische ziekenhuizen

Het budget B2-200 van de psychiatrische ziekenhuizen op 01/07/2025 ondergaat geen enkele wijziging ten opzichte van het budget dat op 30/06/2025 was vastgesteld.

(cf. artikel 48 van het K.B. van 25/04/2002)

4.2.4. Nieuwe berekeningswijze B8: afschaffing van de lijnen “sociale correctie”

Naar aanleiding van de invoering van een nieuwe berekeningswijze voor de verdeling van het beschikbare budget in onderdeel B8 (zie [4.8](#)), worden de lijnen B2-370 “Sociale correctiefactor aan 25%” en B2-375 “Sociale correctiefactor aan 75%” op 01/07/2025 op nul gezet.

(cf. artikel 45 van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 10/04/2025)

4.3. Onderdeel B3 (werkingskosten verbonden aan bepaalde medisch-technische diensten: NMR, PET-scan, radiotherapie)

Het werkingsforfait voor de nieuwe apparatuur waarvoor de erkenning verkregen werden sinds de kennisgeving van het BFM op 01/01/2025 wordt toegekend vanaf de datum van de erkenning. In dat geval wordt er een inhaalbedrag toegekend in het onderdeel C2 voor de maanden voorafgaand aan het begin van de financiering.

De toegekende financiering op 01/07/2025 voor de radiotherapie is berekend op basis van het aantal prestaties afkomstig uit Finhosta 2023. Er moet echter wel in herinnering gebracht worden dat deze financiering een provisioneel karakter heeft, en dus herzien zal worden in functie van de gegevens van het betrokken dienstjaar.

(cf. artikel 49 van het K.B. van 25/04/2002)

4.4. Onderdeel B4 (diverse forfaits)

4.4.1. Gebruikte gegevens

Dit zijn de belangrijkste gebruikte gegevens voor de berekening van onderdeel B4:

- De verantwoorde bedden op 01/07/2025, met inbegrip van de plaatsen chirurgische daghospitalisatie. Indien van toepassing wordt 2% van de verantwoorde C-, D- en E-bedden, met een minimum van 6 bedden, beschouwd als "bedden van intensieve aard";
- De erkende bedden op 01/01/2025 voor de kenletters van bedden waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend;
- De Finhosta-gegevens, MZG-gegevens, en het aantal bloedzakjes geleverd door het FAGG¹⁰, van 2023;
- De MZG-gegevens 2022;
- Het aantal IVF-cycli zoals meegedeeld door het RIZIV voor de periode van 01/07/2023 tot 30/06/2024 (zie [4.4.3](#));
- Het aantal "Treatment Demand Indicator" (TDI) registraties voor het jaar 2023, aangeleverd door de dienst DIS-DGSS (via Sciensano).

4.4.2. Indexering van bepaalde overeenkomsten

Zoals hierboven reeds aangehaald (zie [2.1](#)), worden de meerjarenovereenkomsten die betrekking hebben op de financiering van personeel en/of werkingskosten vanaf nu allemaal geïndexeerd. Het K.B. van 10/04/2025 had reeds bevestigd dat dezelfde indexeringsregels van toepassing zijn als voor de overige elementen van deel B van het ziekenhuisbudget.

(cf. artikel 85 van het KB van 25/04/2002)

Lijn B4-2003 "Projecten artikel 107 – Medische functie", die vanaf het BFM van 01/07/2024 tot de automatisch geïndexeerde lijnen behoorde, wordt in het BFM van 01/07/2025 afzonderlijk behandeld. Het nationaal medico-mutualistisch akkoord 2024-2025 voorziet immers een indexering van 3,22% voor de toezichtshonoraria van artsen in 2025. Alle budgetten met betrekking tot medische toezichtshonoraria binnen de pilootprojecten geestelijke gezondheidszorg werden daarom gegroepeerd in deze lijn B4-2003 zodat dit specifieke indexeringspercentage van 3,22% kon worden toegepast. De bedragen opgenomen in kolom 2 zijn reeds met 3,22% geïndexeerd op 01/01/2025 en worden bijgevolg niet opnieuw geïndexeerd via kolommen 3 en 4.

¹⁰ Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten.

4.4.3. In-vitrofertilisatie: gegevens voor de berekening van de provisie en de herziening

De minister had de wens geuit om de RIZIV-gegevens inzake het aantal IVF-cycli te gebruiken voor de berekening van de provisie 2025 (cycli uitgevoerd in 2023 en geboekt over 18 maanden, tot 30/06/2024) en de berekening van de herzieningen.

Ondanks het negatieve advies van de FRZV (moeilijkheid om de RIZIV-gegevens te verifiëren en een te korte boekingsperiode), werden de RIZIV-gegevens effectief gebruikt voor de berekening van lijn B4-4200 "In vitro fertilisatie" in het BFM van 01/07/2025. Deze gegevens hebben betrekking op de periode 01/07/2023-30/06/2024. De gebruikte boekingsperiode wordt echter niet nader gespecificeerd.

De technische nota bevestigt dat deze gegevensbron werd gebruikt in het BFM van 01/07/2025, aangezien het K.B. voor deze kennisgeving nog niet was aangepast. Het K.B. van 30/05/2026 preciseert de berekeningsmodaliteiten en de gebruikte gegevensbron pas voor de BFM's vanaf 01/07/2026. De wijzigingen voorzien een bevrozing van de provisie voor de BFM's van 01/07/2026 en 01/07/2027, en vervolgens een financieringsberekening op basis van het aantal prestaties gefactureerd in N-2 en door het RIZIV geboekt tot 30/06/N-1 (boekingsperiode over 18 maanden). De nieuwe formulering van het K.B. lijkt erop te wijzen dat vanaf het BFM van 01/07/2028 een actualisering van de financiering zal plaatsvinden zonder herzieningsmechanisme, maar dit moet nog worden bevestigd.

(cf. artikel 74bis van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 30/05/2026)

4.4.4. Programma Pay for Performance

Het P4P-programma 2025 werd reeds uitgebreid besproken in onze [memo 2025/02](#).

In zijn [advies](#) over het BFM 2025 formuleerde de FRZV een alternatief voorstel voor de toekenning van punten voor het budgetgedeelte dat verband houdt met de HSMR-ratio. In het BFM van 01/07/2025 wordt de HSMR-enveloppe voor 50% verdeeld volgens dezelfde methode als in het BFM van 01/07/2024 en voor 50% verdeeld volgens de aangepaste methode die door de FRZV werd voorgesteld (zie pagina's 7 en 8 van het [advies](#) voor een gedetailleerde beschrijving van deze nieuwe berekeningsmethode).

4.4.5. Statutaire pensioenen (B4-1904 en B4-1906)

Een arrest van de Raad van State van 07/04/2023 had artikel 73, §5 van het K.B. van 25/04/2002, dat dient voor de berekening van lijn B4-1906, gedeeltelijk vernietigd. Als gevolg daarvan moest dit artikel worden gewijzigd en werd in 2024 een adviesaanvraag voorgelegd aan de FRZV. De Raad had van deze adviesaanvraag gebruikgemaakt om een nieuw voorstel te formuleren voor de §§4 en 5 van artikel 73, teneinde rekening te houden met de werkelijke responsabiliseringslast voor de betrokken instellingen¹¹.

Via Flash-Info van 20/08/2024 werd aan de betrokken ziekenhuizen [gecommuniceerd](#) welke definitieve modaliteiten zouden worden toegepast voor de nieuwe berekening. In afwachting van deze herberekening werden de betrokken lijnen in het BFM van 01/07/2024 bevroren op hun waarde van 01/07/2023. Deze herberekening heeft echter aanzienlijke vertraging opgelopen om

¹¹ De berekening die voordien was opgenomen in het K.B. BFM van 25/04/2002 paste op de in aanmerking genomen last een correctiefactor toe die afhankelijk was van het aantal actieve statutaire personeelsleden, waardoor geen rekening werd gehouden met de werkelijke last.

twee redenen: 1) de gegevensverzameling verliep zeer traag en complex en 2) op het moment van de verwerking van de gegevens stelde de administratie een aantal openstaande vragen vast (hoe moeten boni en mali worden behandeld? Hoe moet rekening worden gehouden met een financiële tussenkomst van lokale of regionale overheden? ...). Om deze vragen te kunnen beslechten, moest de minister een nieuwe adviesaanvraag over deze punten voorleggen aan de FRZV, waardoor de financiering voor een bijkomend jaar werd bevroren in de BFM's van 01/07/2025.

Aangezien de minister begin 2026 het advies van de FRZV heeft gevraagd, konden de nieuwe berekeningsmodaliteiten worden toegepast in het BFM van 01/07/2026 op basis van de gegevens 2024 die door de RSZ en de betrokken ziekenhuizen werden meegedeeld. Deze modaliteiten worden beschreven in de §§ 4 en 5 van artikel 73 van het KB van 25/04/2002, zoals laatst gewijzigd door het K.B. van 17/06/2026. De aldus gepubliceerde wettelijke bepalingen vermelden echter niet dat de financiering gedurende de twee betrokken boekjaren 2024-2025 en 2025-2026 werd bevroren.

(cf. artikel 73, §§4 en 5 van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 17/06/2026 met uitwerking vanaf 01/07/2026)

4.4.6. Elektronisch Patiëntendossier – BMUC programma

Sinds 2016 wordt een structureel budget toegekend aan de ziekenhuizen voor de realisatie van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Tussen 2016 en 2019 was deze structurele financiering gekoppeld aan een reeks zeer strikte voorwaarden. Naar aanleiding van de vernietiging van de wettelijke basis door de Raad van State werden de voorwaarden voor het behoud van de financiering afgeschaft op 01/07/2020. Tussen 2023 en 2024 werden de beschikbare budgetten, in afwachting van een nieuwe wettelijke basis die nieuwe toekenningsvoorwaarden vastlegt en om de continuïteit van de verdere uitrol van het EPD niet in het gedrang te brengen, zonder voorwaarden verdeeld tussen de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen.

Zo werd tussen 01/07/2020 en 30/06/2023 een budget van 53,159 miljoen euro (index 01/09/2021) verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, waarvan 15% naar rato van het aantal algemene ziekenhuizen en 85% naar rato van het aantal verantwoorde bedden (of erkende bedden voor de beddenindices waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend)¹². Voor de psychiatrische ziekenhuizen werd een budget van 9,015 miljoen euro (index 01/09/2021) verdeeld 15% naar rato van het aantal psychiatrische ziekenhuizen en 85% naar rato van het aantal erkende bedden.

De verdelingsmodaliteiten werden gewijzigd op 01/07/2023, zonder dat nieuwe toekenningsvoorwaarden werden opgelegd. Met het oog op deze wijziging werden de lijnen 910 en 911 op nul gezet en vervangen door de lijnen 912 (Governance structuur), 913 (Deelname aan *Peer Reviews*), 914 (Actieve gegevensuitwisseling), 915 (Basis BMUC functionaliteiten), 916 (Menu BMUC functionaliteiten). Het aandeel van het budget dat aan elk van deze lijnen werd toegewezen, werd vervolgens aangepast op 01/07/2024 en opnieuw op 01/07/2025 (zie [omzendbrief](#) van 11/03/2024).

Wat de toekenningsvoorwaarden betreft, bevatte de omzendbrief reeds verschillende verduidelijkingen. Het K.B. van 10/04/2025 heeft uiteindelijk de controlemodaliteiten voor de

¹² Vanaf 01/07/2020 worden de gespecialiseerde algemene ziekenhuizen beschouwd als behorend tot de groep van de algemene ziekenhuizen en niet langer tot de groep van de psychiatrische ziekenhuizen "en andere".

toekomst bevestigd: de controle gebeurt in jaar N met gevolgen voor de financiering in jaar N+1. Er waren bijgevolg geen voorwaarden gekoppeld aan de toekenning van de financiering in het BFM van 01/07/2025.

(cf. artikel 61 van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 10/04/2025)

4.4.7. Cyberveiligheid

Sinds 01/01/2023 wordt aan de ziekenhuizen een structureel budget van 15 miljoen euro (index 01/07/2023) toegekend voor cyberveiligheid. Dit budget werd tussen 2023 en 2025 verdeeld over verschillende deelbudgetten volgens de prioriteiten van het jaarlijkse "Cyberprogramma".

De theoretische verdelingsregels en toekenningsvoorwaarden die vanaf het BFM van 01/07/2025 zouden gelden, werden beschreven in de [omzendbrief](#) van 27/05/2025. In het BFM van 01/07/2025 werden hiervoor drie nieuwe lijnen gecreëerd (B4-952, B4-953 en B4-954), bovenop de reeds bestaande lijnen B4-950 en B4-951. Onderstaande tabel geeft een overzicht van deze vijf lijnen en de budgetten die ermee gepaard gaan.

Lijn	Beschrijving	Aandeel budget
B4-950	Individuele financiering	64,00 %
B4-951	Financiering van de "bijdragers" (documenten delen)	1,00 %
B4-952	Individuele financiering (prioritaire projecten)	16,00 %
B4-953	Financiering van de "bijdragers" (<i>Peer review</i>)	4,00 %
B4-954	Collectieve financiering (lidmaatschapskosten aan een derde partij)	10,35 %
B4-contract	Financiering van RFP's/MFA's op sectorniveau	4,65 %

De verdelingsmodaliteiten en toekenningsvoorwaarden die uiteindelijk werden toegepast vanaf het BFM van 01/07/2025 zijn opgenomen in artikel 61bis van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 30/05/2026. Deze bepalingen wijken af van de oorspronkelijke [omzendbrief](#) van mei 2025, aangezien de oorspronkelijk voorziene voorwaarden uiteindelijk niet konden worden toegepast¹³. Artikel 61bis voorziet daarom geen enkele toekenningsvoorwaarde meer en beperkt zich tot de verdelingsregels van het budget.

De individuele financieringen en de collectieve financiering (lijnen B4-950, B4-952 en B4-954) worden verdeeld voor 85,5% naar de algemene ziekenhuizen en voor 14,5% naar de psychiatrische ziekenhuizen, en vervolgens voor de helft per ziekenhuis (vast bedrag) en voor de helft naar rato van het aantal bedden (verantwoorde en erkende bedden voor de beddenindices waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend). De financieringen voor de "bijdragers" (B4-951 en B4-953) worden volledig verdeeld via een forfaitair bedrag per ziekenhuis.

(cf. artikel 61bis van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 30/05/2026)

Daarnaast had de FOD Volksgezondheid in het BFM van 01/07/2025 beslist om de integratie van deze financiering te verschuiven van een periode januari-december naar een periode juli-juni, terwijl het recht op financiering behouden bleef vanaf 01/01. Om die reden werd de financiering van het eerste semester 2025 teruggevorderd via onderdeel C2 (zie [5.1.5](#)). De minister heeft

¹³ De verdeling van deze financiering in het BFM van 01/07/2025 zou in principe afhangen van de antwoorden van de ziekenhuizen op bevestigingen over hun intentie tot deelname en over het delen van bepaalde documenten. Door tijdsgebrek konden de noodzakelijke gegevens echter niet tijdig worden verzameld.

evenwel een wijziging aangekondigd van de regeling voor financieringen die ingaan op 01/01¹⁴ (wettelijke basis nog niet gepubliceerd). Overeenkomstig deze nieuwe regeling werd in het BFM van 01/07/2026 een budgetlijn C2-9785 gecreëerd om het eerste semester van 2025 opnieuw te vereffenen, goed voor een budget van ongeveer 8 miljoen euro, volgens de verdeelmodaliteiten die van toepassing waren op 01/07/2025.

4.4.8. Specialisatiecomplement: verduidelijking van de herzieningsmodaliteiten

Het K.B. van 30/05/2026 heeft artikel 71/1 gewijzigd, dat de financiering regelt van het IFIC-specialisatiecomplement voor verpleegkundigen die beschikken over een bijzondere beroepstitel (BBT) of een bijzondere beroepsbekwaamheid (BBB). Deze wijziging werkt retroactief in treding vanaf 01/01/2022 en heeft tot doel de herzieningsmodaliteiten te verduidelijken.

In zijn nieuwe versie bepaalt artikel 71/1 dat ieder ziekenhuis bij de herziening een financiering ontvangt voor iedere verpleegkundige VTE die houder is van een BBT of BBB, die volgens het IFIC-model wordt verloond en die voldoet aan de voorwaarden voor de betrokken titel.

(cf. artikel 71/1 van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 30/05/2026)

4.5. Onderdeel B5 (ziekenhuisapothek)

De bedragen opgenomen in de verschillende rubrieken van onderdeel B5 op 01/07/2025 zijn bepaald volgens hun waarde op 30/06/2025. Sinds 01/01/2024 wordt lijn B5-450 "Opleiding van apothekers" geïndexeerd volgens dezelfde regels als de andere geïndexeerde lijnen van het BFM (zie [2.1](#)).

(cf. artikel 75 van het K.B. van 25/04/2002)

4.6. Onderdeel B6 (kosten afkomstig uit de bijkomende voordelen voorzien in de sociale akkoorden)

De bedragen opgenomen in de verschillende rubrieken van onderdeel B6 op 01/07/2025 zijn bepaald volgens hun waarde op 30/06/2025.

(cf. artikel 76 van het K.B. van 25/04/2002)

¹⁴ Voortaan zullen maatregelen die in werking treden op 01/01 van een jaar N, maar waarvan de verdeelmodaliteiten van het budget en de toepasselijke voorwaarden pas op 01/07 van datzelfde jaar in werking treden, systematisch worden gefinancierd via een bijkomende budgetlijn in onderdeel C2 van het BFM op 01/07, om de eerste zes maanden van het jaar te dekken. Het bedrag dat in deze budgetlijn wordt opgenomen, stemt overeen met het jaarlijkse bedrag dat gedurende zes maanden wordt vereffend (tot 31/12), zodat de financiering van een volledig semester kan worden gewaarborgd. Op deze budgetlijn worden dezelfde verdeelmodaliteiten toegepast als op de definitieve financiering. Bij een latere wijziging van de verdeelmodaliteiten van het budget zal de inwerkingtreding systematisch worden vastgesteld op 01/07. Hierdoor kunnen terugvorderingen en nieuwe toekenningen in het kader van herberekeningen van het eerste semester worden vermeden. Voor eenmalige maatregelen die slechts gedurende één jaar van toepassing zijn, zal hetzelfde principe worden toegepast, zodat een volledige financiering kan worden toegekend binnen één enkel BFM.

4.7. Onderdeel B7 (specifieke taken uitgevoerd door de academische ziekenhuizen of ziekenhuizen met universitair karakter op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën, enz.)

De gebruikte gegevens voor de herberekening van onderdeel B7A op 01/07/2025 zijn deze die door de betrokken instellingen werden meegedeeld naar aanleiding van de [omzendbrief](#) van 20/12/2024.

Ter herinnering worden de opleidingen van kandidaat-specialisten sinds 01/01/2019 gefinancierd via het RIZIV. Een arrest van de Raad van State van 03/03/2022 vernietigde evenwel bepaalde bepalingen van onderdeel B7 die in het BFM 2019 waren ingevoerd met betrekking tot de vergoeding van stagemeesters. De gevolgen van deze vernietiging werden nog niet geïntegreerd in het BFM van 01/07/2025, maar zouden op een later tijdstip worden verwerkt.

(cf. artikel 77 van het K.B. van 25/04/2002)

4.8. Onderdeel B8 (economisch en sociaal patiëntenprofiel)

Naar aanleiding van het [advies van de FRZV](#) betreffende de financiering van de meerkosten verbonden aan patiënten met een sociaal profiel, werd de berekening van onderdeel B8 aangepast vanaf 01/07/2025. De nieuwe regelgeving is opgenomen in artikel 78bis van het K.B. van 25/04/2002, ingevoerd door het K.B. van 10/04/2025.

Deze nieuwe regelgeving voorziet in de consolidatie van alle financieringen die verband houden met een patiëntenpopulatie met een sociaal profiel (met inbegrip van historisch bevroren financieringen) in één globale financiering. Deze financiering wordt jaarlijks herberekend volgens dezelfde methode die tot dan toe werd gebruikt voor de verdeling van het budget van lijn B8-201. De samengevoegde financieringen zijn de budgetten van de volgende lijnen:

- B2-370 « Sociale correctiefactor van 25 % »
- B2-375 « Sociale correctiefactor van 75 % »
- B8-201 « Massa sociale functie 50 % »
- B8-220 « Massa SCI 50 % »
- B8-270 « Massa SCI 50 % voor ziekenhuizen buiten systeem »
- B8-9000 « Wijziging »

Vanaf het BFM van 01/07/2025 wordt de som van deze lijnen (€ 60.054.307,78 op 01/07/2025) verdeeld tussen de instellingen via een nieuwe lijn B8-100 "Financiering sociaal profiel 2025". In het kader van de overgang naar de nieuwe berekeningswijze over een periode van drie jaar wordt bij de lijn B8-100 het nieuwe verdeelsysteem toegepast op 34% van het betrokken budget in het BFM van 01/07/2025. De overige 66% wordt nog verdeeld volgens het oude systeem. Na afloop van de overgangperiode zal in het BFM van 01/07/2027 de volledige financiering worden verdeeld volgens de regels van de vroegere lijn B8-201, namelijk:

- voor elk ziekenhuis worden drie ratio's berekend op basis van het aandeel patiënten MAF1, MAF2 en MediPrima in de patiëntenpopulatie. Deze drie ratio's worden gewogen en opgeteld om een score te vormen die dient als rangschikkingswaarde tussen de ziekenhuizen;
- De helft van het budget wordt verdeeld onder alle ziekenhuizen. De andere helft wordt verdeeld onder de ziekenhuizen waarvan de score boven de mediaan ligt;

- Voor elk van beide helften van het budget gelden dezelfde verdeelregels:
 - 60% wordt verdeeld naar rato van het aantal MAF1-patiënten;
 - 25% wordt verdeeld naar rato van het aantal MAF2-patiënten;
 - 15% wordt verdeeld naar rato van het aantal MediPrima-patiënten.

(cf. artikel 78bis van het K.B. van 25/04/2002, ingevoerd door het K.B. van 10/04/2025)

4.9. Onderdeel B9 (kosten met betrekking tot de sociale akkoorden)

4.9.1. Zorgpersoneelfonds (ZPF)

Het beschikbare budget van € 343.819.414,86 (waarde op 01/01/2025) wordt verdeeld over alle ziekenhuizen, per budgettaire sector en per ziekenhuiscategorie, volgens dezelfde verdeelregels als in het BFM van 01/07/2024. De gebruikte gegevens werden geactualiseerd op basis van de gegevens die werden gebruikt voor de berekening van de B2-financiering in 2024 (basispunten en urgentiepunten op 01/07/2024; B2-puntwaarde op 01/07/2024; erkende bedden op 01/01/2024).

Met het oog op de financiering van het 1^e semester 2025 werden de lijnen C2-917 en C2-918 gecreëerd voor de terugname van de financiering van het 1^e semester volgens de regels en het beschikbare budget van 2024 en voor de toekenning van de financiering van het 1^e semester volgens de regels en het beschikbare budget van 2025.

Daarnaast worden de indexeringsfouten van het Zorgpersoneelfonds voor de jaren 2022, 2023 en 2024 gecorrigeerd via een vereffening in verschillende C2-lijnen (zie [5.1.6](#)). Ten opzichte van de oorspronkelijk ontvangen bedragen komt dit neer op een relatieve correctie van:

- 2022: +1,33%
- 2023: +3,85%
- 2024: +7,67%

(cf. artikel 79duodecies van het KB van 25/04/2002)

4.9.2. Collectieve overeenkomst voor de artsen-specialisten in opleiding (ASO)

Zoals voorzien sinds het BFM van 01/07/2023 is het budget niet langer herzienbaar, maar worden de gegevens die voor de berekening worden gebruikt jaarlijks geactualiseerd. De verdeling van de financiering op 01/07/2025 is dus gebaseerd op de RSZ-gegevens met betrekking tot het aantal ASO-VTE's waarop de overeenkomst van toepassing is en die in het ziekenhuis tewerkgesteld waren tussen het vierde kwartaal van 2023 en het derde kwartaal van 2024.

De voorwaarden voor het behoud van de financiering van lijn B9-1550 "ASO-statuuut", evenals de wegingscriteria van de VTE's, worden vanaf het BFM van 01/07/2025 versterkt om rekening te houden met het akkoord van 21/12/2023 dat op 01/04/2024 in werking is getreden.

(cf. artikel 79terdecies van het K.B. van 25/04/2002, gewijzigd door het K.B. van 30/05/2026)

5. Deel C van het ziekenhuisbudget

5.1. Onderdeel C2 (inhaalbedragen)

5.1.1. Hervorming van de herzieningen

In 2025 heeft de FOD Volksgezondheid een structurele hervorming van de verwerking van de BFM-herzieningen opgestart (zie [2.3](#)). Om de vereffening van een reeks maatregelen over meerdere herzieningsjaren mogelijk te maken, werden nieuwe lijnen gecreëerd in onderdeel C2. Concreet gaat het om 43 nieuwe lijnen, genummerd van C2-20000 tot en met C2-20042. Elke lijn stemt overeen met de berekening van de herziening van één maatregel voor één specifiek jaar. De omschrijving van de lijn vermeldt telkens de betrokken maatregel en het betrokken jaar. Voor elke lijn werd bovendien een afzonderlijke bijlage voorzien. De [technische nota](#) over de hervorming van de herzieningen bevat een overzicht van de gebruikte berekeningsmethodes.

5.1.2. Medische producten van de verpleegeenheden

In onderdeel C2 van het BFM van 01/07/2025 werden verschillende lijnen gecreëerd om correcties aan te brengen in de berekening van de punten voor de medische producten van de verpleegeenheden. Deze correcties hebben geen betrekking op de twee fouten waarvoor de FRZV reeds meerdere jaren een retroactieve correctie vraagt (problematiek van de groupers en het niet in rekening brengen van de laagvariabele zorg; zie hierover het [advies van de FRZV](#) over medische producten). Het gaat om de volgende correcties:

- C2-9775, C2-9776 en C2-9777: positieve regularisaties naar aanleiding van het opnemen van de dagen van de NIC-, B- en L-indices in de casemix van de ziekenhuizen, die in de BFM's van 01/07/2021, 01/07/2022 en 01/07/2023 ten onrechte waren uitgesloten;
- C2-9778: correctie van een gelijkaardige fout in het BFM van 01/07/2024 voor de verblijven die voor 100 % in acute diensten plaatsvonden, waarbij eveneens de NIC-, B- en L-dagen waren uitgesloten.

5.1.3. Impact van spoed beroep

Bij de invoering van het nieuwe financieringssysteem voor spoeddiensten in 2013 werd voorzien in een overgangperiode van vijf jaar. Het K.B. van 30/08/2016 had deze overgang onderbroken en de situatie bevroren op het niveau van het BFM van 01/07/2015. Bij arrest van 29/05/2020 vernietigde de Raad van State deze beslissing. Vanaf het BFM van 01/07/2020 werd het nieuwe systeem bijgevolg volledig toegepast. De FOD Volksgezondheid had evenwel nog geen correcties uitgevoerd voor de jaren 2016 tot en met 2020, die eveneens door de vernietiging werden getroffen.

In het BFM van 01/07/2025 werden deze correcties voor het eerst toegepast, maar uitsluitend voor de positieve effecten en zonder detail van de berekening. Na verificatie bleek dat bepaalde correcties onvoldoende waren. De administratie beschouwde de correctie van het BFM van 01/07/2025 daarom als een provisie en voerde in het BFM van 01/07/2026 een bijkomende regularisatie uit op basis van een volledige herberekening voor alle instellingen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de situatie:

Jaar	Toegepast in het BFM		Wettelijk voorzien		Correctie in het BFM van 01/07/2025 (provisie)	Definitieve correctie in het BFM van 01/07/2026
	Oud	Nieuw	Oud	Nieuw		
2015	60 %	40 %	60 %	40 %	/	/
<i>Berekening bevroren door het K.B. van 30/08/2016 (vernietigd door de Raad van State)</i>						
2016	60 %	40 %	30 %	70 %	C2-9780	C2-9780
2017	60 %	40 %	0 %	100 %	C2-9781	C2-9781
2018	60 %	40 %	0 %	100 %	C2-9782	C2-9782
2019	60 %	40 %	0 %	100 %	C2-9783	C2-9783
<i>Overeenstemming met de oorspronkelijke wettelijke basis vanaf 2020 na het arrest van de RvS van 29/05/2020</i>						
2020	0 %	100 %	0 %	100 %	/	/

(cf. artikel 46, §3, 2^e lid, 1^o van het K.B. van 25/04/2002)

5.1.4. Correctie van de indexering 01/07/2024-30/06/2025

Het BFM van 01/07/2024 voorzag een indexering op 01/03/2025 en paste daarom een coëfficiënt van 1,0067 toe in de 4^e kolom. Uiteindelijk vond de indexering echter plaats op 01/02/2025, dus één maand vroeger. De coëfficiënt in de 4^e kolom had bijgevolg 1,0083 moeten bedragen.

Ter herinnering: in het BFM van 01/01/2025 had de administratie de indexeringshypothese reeds aangepast en een coëfficiënt van 1,0083 toegepast. Bij gebrek aan een definitief budget kon de FOD echter geen correctie uitvoeren voor de periode 01/07/2024 – 31/12/2024. Het is dus uitsluitend dit semester dat hier wordt gecorrigeerd.

5.1.5. Recuperatie van het eerste semester cyberveiligheid

In het BFM van 01/07/2025 werd een nieuwe lijn C2-9774 "B4-950 Cybersecurity – Individuele financiering: terugvordering 1^{ste} semester 2025 berekening 2024" gecreëerd om de financiering terug te vorderen die op 01/01/2025 voor cyberveiligheid was toegekend en die gebaseerd was op de berekeningen van 01/07/2024 (oude modaliteiten en wijziging van het beschikbare budget). Dit kaderde in een structurele verschuiving van de integratie van de financieringen in het BFM van een periode januari-december naar een periode juli-juni, terwijl het recht op financiering op 01/01 behouden bleef.

De ziekenhuisfederaties hebben de administratie hierover aangesproken en erop gewezen dat een dergelijke verschuiving, in het kader van een structurele maatregel, in feite leidde tot een verlies van een half jaar financiering voor de sector. Daarom betrof de adviesaanvraag van de minister over het BFM 2026 onder meer de behandeling van financieringen die openen op 01/01, zodat dit principe kon worden toegepast op de cyberveiligheidsfinanciering en op andere vergelijkbare maatregelen. Op voorstel van de FRZV heeft de minister aanvaard dat maatregelen die op 01/01 van een jaar openen, maar waarvan de verdeelsleutel en toepasselijke voorwaarden pas op 01/07 in werking treden, voortaan systematisch worden gefinancierd via een bijkomende C2-lijn in het BFM van 01/07 om de eerste zes maanden van het jaar te dekken (zie [4.4.7](#)).

Deze nieuwe regel werd toegepast in het BFM van 01/07/2026 voor cyberveiligheid. Daartoe werd de lijn C2-9785 gecreëerd om het eerder gerecupereerde budget van het eerste semester 2025

opnieuw te financieren. De bedragen worden verdeeld volgens de verdeelsleutel die van toepassing was op de cyberveiligheidsfinanciering van 01/07/2025.

(cf. artikel 61bis van het K.B. van 25/04/2002)

5.1.6. Andere lijnen C2

In onderdeel C2 van het BFM van 01/07/2025 werden verschillende lijnen gecreëerd die betrekking hebben op het Zorgpersoneelfonds (zie [4.9.1](#)):

- C2-917 en C2-918 voor de financiering van het 1^e semester 2025 op basis van het beschikbare budget voor 2025. De bedragen werden verdubbeld aangezien de vereffening over een periode van 6 maanden gebeurt;
- C2-9771, C2-9772 en C2-9773 voor de vereffening van de correctie van de indexeringsfout van de bedragen van het ZPF voor 2022, 2023 en 2024. Deze vereffening gebeurt over 1 jaar.

Daarnaast werd de lijn C2-9779 gecreëerd om de positieve bedragen te vereffenen die voortvloeien uit de verwerking van de opmerkingen op de definitieve UFFT-afrekeningen. De definitieve afrekeningen waren reeds vereffend in het BFM van 01/07/2024. Naar aanleiding van de behandeling van de opmerkingbrieven (verstuurd in september 2024) werden echter bepaalde fouten vastgesteld. Deze werden gecorrigeerd in het BFM van 01/07/2025, maar uitsluitend wanneer de impact ervan positief was.

(cf. artikel 82 van het K.B. van 25/04/2002)

5.2. Onderdeel C3 (retributies op de kamersupplementen)

Over het algemeen zijn de bedragen die zijn opgenomen in de verschillende rubrieken van het onderdeel C3 op 01/07/2025 bepaald volgens hun waarde op 30/06/2025.

(cf. artikel 83 van het K.B. van 25/04/2002)

5.3. Onderdeel C4 (provisies op de overschrijding van het quotum – psychiatrische ziekenhuizen, diensten voor de behandeling van zware brandwonden en palliatieve Sp-diensten)

Sinds 01/07/2018 is subdeel C4 geschrapt van het budget van financiële middelen voor de budgettaire sectoren van de palliatieve Sp-bedden en -diensten, de diensten voor de behandeling van zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen. Ter herinnering, subdeel C4 had tot doel om als provisie een negatief inhaalpotentieel te voorzien als gevolg van de overschrijding van het referentie-aantal (het "quotum") in de betrokken ziekenhuizen.

Te noteren is dat, ook al is subdeel C4 opgeheven, de overschrijding van het referentie-aantal en zijn invloed op onderdelen B1 en B2, een element blijft dat voor herziening vatbaar is. Enkel de provisionele raming is opgeheven. Dit inhaalbedrag moet dus verder worden geraamd.

(opheffing van de artikels 7, 3°, c), 23, 84 van het K.B. van 25/04/2002)

6. Vereffening

De opnames en dagen die in aanmerking worden genomen voor de vereffening van het variabele bedrag per opname en per dag zijn:

- de gerealiseerde opnames en dagen tijdens de periode die loopt van 01/01/2023 tot 31/12/2023;
- inclusief de dagen gefactureerd aan O.

(cf. artikel 99 van het K.B. van 25/04/2002)

Index van de lijnen van het BFM 2025-2026

Lijn	Beschrijving	Artikel	Herziening
A1			
100	Onroerend	25	H
110	Herconditionering 2011	26bis,3°	H
115	Herconditionering 2012	26bis,4°	H
116	Herconditionering 2013	26bis,5°	H
117	Herconditionering 2014	26bis,6°	H
118	Herconditionering 2015	26bis,7°	H
120	Investerings duurzame ontwikkeling	25,§3	H
200	Groot onderhoud	26	H
300	Financiële lasten	27	H
400	Eerste inrichting	26	H
500	Medisch materiaal Acute en Brandwonden	29,§2	H
560	Medisch materiaal supplement	29,§2,4°	H
570	Medisch materiaal specifieke bepalingen op 01/01/2007	29,§2,4°	H
700	Niet-medisch materiaal Acute en Brandwonden	29,§3	H
760	Niet-medisch materiaal supplement	29,§3,3°	H
770	Niet-medisch materiaal specifieke bepalingen op 01/01/2007	29,§3,3°	H
850	Medisch en Niet-medisch materiaal (Sp en Psy)	29,§§4&5,1°	H
860	Medisch en Niet-medisch materiaal (Sp en Psy) supplement	29,§§4&5,3°	H
870	Med en Niet-med. materiaal specifieke bepalingen op 1/1/2007	29,§§4&5,3°	H
900	Rollend materiaal	29,§1,3°	H
1200	Massa C1	20 & 81	H
1201	Wijziging van het budget (opening/sluiting van bedden)	88 en volg.	H
1202	Provisies C1	-	H
9000	Wijziging van het budget (opening/sluiting van bedden)	88 en volg.	H
9001	Medisch materiaal Acute en Brandwonden	88 en volg.	H
9002	Niet medisch materiaal Acute en Brandwonden	88 en volg.	H
9003	Medisch en Niet-medisch materiaal (Sp & Psy)	88 en volg.	H
9510	Provisie art. 25 § 6: onroerend	25,§6	H
9511	Provisie art. 26bis: herconditionering		H
9512	Provisie art. 25 § 3: investeringen duurzame ontwikkeling		H
9515	Provisie grote onderhoudswerken		H
9520	Provisie art. 27 § 2: financiële lasten	27,§2	H
9530	Provisie art. 25 § 6: eerste inrichting		H
9540	Provisie art. 25 § 6: medisch materiaal		H
9550	Provisie art. 25 § 6: niet-medisch materiaal		H

Lijn	Beschrijving	Artikel	Herziening
9560	Provisie art. 25 § 6: med en niet-med materiaal (Sp en Psy)		H
A2			
200	Forfait A2	30	
A3			
200	NMR: Onroerend	31,§§1 &2	H
400	NMR: Financiële lasten	31,§§1 &2	H
600	Forfait NMR	31,§3,1°	H
700	Forfait NMR - Besparing	31,§3,1°	H
900	NMR: Groot onderhoud	31,§§1&2	H
1200	Radiotherapie: Onroerend	31,§§1&2	H
1400	Radiotherapie: Financiële lasten	31,§§1&2	H
1600	Radiotherapie: Forfait	31,§3,2°	H
1601	Radiotherapie: Forfait - Besparing	31,§3,2°	H
1800	Radiotherapie: Groot onderhoud	31,§§1&2	H
2200	Petscan: Onroerend	31,§§1&2	H
2400	Petscan: Financiële lasten	31,§§1&2	H
2600	Petscan: Forfait	31,§3,3°	
2800	Petscan: Groot onderhoud	31,§§1&2	H
9500	NMR: Provisie		H
9510	Radiotherapie: Provisie		H
9520	Petscan: Provisie		H
B1			
200	Budget B1	42	
600	Transport K-patiënten	42,§1,11e op,2°	
610	Interhospitaalvervoer vanaf 2024	44ter	
650	Heelkundig dagziekenhuis art. 33 § 1 en 2	33,§§1&2	
700	Sociale dienst G-bedden	42,§1,11e op,1°	
800	Financiering van de sociale dienst	42,§1,11e op,1°	
850	Ontslagmanagement (soc. dienst geïsol. G en Sp met + 80 bedden)	43,§2	
950	Verwarming 2005	42,§3	
1000	Specifieke bepalingen op 01/07/2005 Psy	44,§3,1°	
1010	Specifieke bepalingen op 01/07/2006 Psy	44,§3,2°	
1020	Specifieke bepalingen op 01/07/2007 Psy	44,§3,3°	
9000	Wijziging van het budget (opening/sluiting van bedden)	88 en volg.	
9010	Budget B1: Besparing	44bis	
9011	Budget B1: Besparing 2024	33,§3, 42,§1,1e op, 43,§§1&3, 44,§1	
B2			
200	Budget B2	46	
206	Transfer budget P4P 2024	46bis	

Lijn	Beschrijving	Artikel	Herziening
210	Normen IB	48,§1	
600	Supplement per bed (Sp)	47,§1	
900	Ongemakkelijke prestaties	48bis	
1000	Specifieke bepalingen op 01/07/2005 Psy	48,§2	
2000	Specifieke bepalingen op 01/07/2005 en 2006 G Sp	47,§2	
2100	Specifieke bepalingen op 01/07/2007 G Sp	47,§2	
2200	Saldo specifieke bepalingen op 01/07/2007 G Sp	47,§2	
2300	Miniforfaits	47ter,§1	
2310	Budgetaire inspanning	48ter	
2311	Budget B2: Besparing 2024	45,§1, 47,§§1&3, 48,§3	
9000	Wijziging van het budget (opening/sluiting van bedden)	88 en volg.	
B3			
200	NMR	49,1°	
600	Radiotherapie	49,2°	H
800	Petscan	49,3°	
801	Petscan 50%	49,3°	
B4			
100	Recyclage	51	
300	Sociaal akkoord 1989	15,26°	
400	Bedrijfsrevisor	54	
500	Hoofdgeneesheer	53	
600	Verpleegster ziekenhuishygiëne	56,§1	
700	Geneesheer ziekenhuishygiëne	56,§1	
710	Platform hygiëne	56,§3	
720	Kwaliteit en veiligheid	56,§4	
721	Pay for performance	56,§4	
730	Borstklinieken	74nonies	
731	Functie zeldzame ziektes	74decies	
902	Art.55 Gegevensregistratie: vast deel	55,§2	
903	Art.55 Gegevensregistratie: variabel deel	55,§3	
904	Art.55 Gegevensregistratie: TDI	55,§4	
912	EPD (Governance structuur): bedrag per ziekenhuis	61	
913	EPD (Deelname aan Peer Reviews): bedrag per ziekenhuis	61	
914	EPD (Active gegevensuitwisseling): bedrag per bed	61	
915	EPD (Basis BMUC functionaliteiten): bedrag per bed	61	
916	EPD (Menu BMUC functionaliteiten): bedrag per bed	61	
950	Cybersecurity - Individuele financiering	61bis	
951	Cybersecurity - Financiering van bijdragers (Documenten delen)	61bis	
952	Cybersecurity - Individuele financiering (Prioritaire projecten)	61bis	
953	Cybersecurity - Financiering van bijdragers (Peer Review)	61bis	

Lijn	Beschrijving	Artikel	Herziening
954	Cybersecurity - Collectieve financiering (lidmaatschapskosten aan een derde partij)	61bis	
1000	MUG	68	
1100	Integratiepremie	62	
1200	Opneming ter observatie	57	
1300	Intern transport	59	
1500	Permanente vorming	58,§1	
1510	Supplement permanente vorming 01/01/2009	58,§2	
1600	Permanente vorming PU	58,§1	
1700	Eerste tewerkstelling (ex RVA stagairs)	73,§2	
1800	Langdurige afwezigheid	73ter	H elk 3 jaar
1900	Historisch deel patronale bijdragen voor pensioenen	73,§1	
1901	Verhoging RSZ-PPO voor de periode 2005-2007	73,§3	
1904	Pensioe. Stat: Act. Art. 73 §4	73,§4	
1906	Pensioe. Stat: Act. Art. 73 §5	73,§5	
1910	0,25 % voor compens.maatregel IPA openbare ziekenhuizen	73bis	
1960	Pilootstudies - Deel niet geïndexeerd	63, §§1&2	
1970	Projecten Art. 107: coördinator - Deel niet geïndexeerd	63,§2	
1980	Geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren - Deel niet geïndexeerd	63,§2	
1990	Pilootstudies Art. 63 § 3 - Deel niet geïndexeerd	63,§3	
2000	Pilootstudies	63, §§1, 2	
2001	Projecten Art. 107: coördinator	63,§2	
2003	Projecten Art. 107: medische functie	63,§2	
2006	Geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren	63,§2	H onder contrat
2007	Pilootstudies Art. 63 § 3	63,§3	
2010	Zorgprogramma G: Geriatrisch dagziekenhuis	63ter	
2015	Zorgprogramma G: Interne liaison G	63bis	
2021	Multidisciplinair algologisch team	63quater	
2022	Hemovigilantiefunctie	63quinquies	
2023	Lokale coördinatiefunctie orgaandonatie	63sexies	
2024	Voedingsteams	63septies	
2040	Kankerplan: Pilootstudie	63,§1	
2050	Kankerplan: Multidisciplinaire equipe	64,§1	H
2051	Kankerplan: Datamanager	64,§2	H
2052	Kankerplan: Ondersteuning ped. oncol eenheid	64,§3	
2053	Kankerplan: Ondersteuning celbank	64,§4	
2054	Kankerplan: Ondersteuning tumorotheek	64,§5	
2055	Kankerplan: Coördinatie translationeel onderzoek	64,§6	
2056	Kankerplan: Nutritionele ondersteuning	64,§7	H
2057	Kankerplan: Liaisonfunctie Pediatrie	64,§8	
2200	Palliatieve functie: mobiele equipe	65	

Lijn	Beschrijving	Artikel	Herziening
2310	Art. 69: UROD	69	
2311	Personeelsomkadering TBC	70	
2400	Nosocomiale infecties	56,§2	
2500	Gesubsidieerde contractuelen IBF	60	
2700	Tewerkstelling T1 T2	67	
3500	Begeleider intreders en herintreders	15,26°	
3600	Mobiele equipe (Sp, Sp pal, Psy)	15,26°	
3700	Ludieke activiteiten en psy. Soc. Beg.	15,26°	
3800	Bijkomend personeel	15,26°	
3900	Kinderoncologie	15,26°	
4000	Transplantaties	15,26°	
4100	Artikel 74	74	
4200	In vitro fertilisatie	74bis	H
4300	Bemiddelingsfunctie	74ter	
4400	Coördinatie en psy. omkadering brandwondenpatiënten	15,32°	
4600	Artikel 91 quater van het KB van 25 april 2002	91quater	
4800	Expertisecentrum voor comapatiënten	74quinquies	
4900	Tewerkstelling Veiligheid	74octies	
4901	Tewerkstelling Kinderverzorgsters	74octies	
4902	Tewerkstelling Geïnterneerden	74octies	
5000	Valorisatie van de titels en kwalificaties	71	H
5100	Specialisatiecomplement in loopbaan IFIC	71/1	H
9000	Wijziging van het budget (opening/sluiting van bedden)	88 et suiv.	
B5			
200	Massa B5	75	
400	Antibiotherapiebeheer	75,§6	
420	Opleiding van de apothekers	75,§7	
430	Medico-farmaceutisch Comité	75,§5	
440	Klinische pharmacie	75,§8	
9000	Wijziging van het budget (opening/sluiting van bedden)	88 en volg.	
B6			
200	Massa B6	76	
9000	Wijziging	88 en volg.	
B7			
250	Verschil punten B2	77,§2	
300	Vermindering B2	77,§2	
600	Massa C	77,§2	
900	Onderdeel B7A	77,§1	
910	Miniforfaits	77,§1/1 à 1/3	
9000	Wijziging	88 en volg.	
B8			
100	Financiering sociaal profiel 2025	78bis	

Lijn	Beschrijving	Artikel	Herziening
B9			
100	Financiering eindeloopbaan	79	H
200	Attractiviteitspremie	79bis	H
300	Vakantiegeld statutairen (65-80)	79ter,§1	
305	Vakantiegeld statutairen (80-92)	79ter,§1	
310	Onderfinanciering vakantiegeld	79ter,§2	
700	Supplementair personeel operatiekwartier	79quinquies,§3	
800	Versterking nachtequipe algemene ziekenhuizen	79quinquies,§4	
850	Versterking nachtequipes A et An bedden psy	79quinquies,§4	
900	Verhoging 50 naar 56 % supplement zondagnacht en feestdagen	79sexies	
917	Zorgpersoneelfonds ZSG 2025	79duodecies	
918	Zorgpersoneelfonds 2025	79duodecies	
1000	Functiecomplement	79septies	H
1110	Mobiele equipe - Bijkomende betrekkingen	79octies	
1120	Bijkomende tewerkstelling: Akkoord 2011 - Publieke Sector	79decies,b	
1140	Bijkomende tewerkstelling: Akkoord 2011 - Private Sector	79decies,a	
1150	Sociaal akkoord: harmonisatie barema 1,35	79undecies	
1200	Pediatrische hemato-oncologie	79quinquies,§6	
1300	Ongemakkelijke prestaties: complement openbare sector	79nonies,§1	
1305	Ongemakkelijke prestaties: complement private sector	79nonies,§2	
1312	Sociaal akkoord 2017 - IFIC PR	79quater	H
1313	Sociaal akkoord 2017 - IFIC PU	79quater	H
1314	Sociaal akkoord 2021 - IFIC PR	79quater	H
1315	Sociaal akkoord 2021 - IFIC PU	79quater	H
1320	Sociaal akkoord 2022 - IFIC PR	79quater	
1321	Sociaal akkoord 2022 - IFIC PU	79quater	
1322	Sociaal akkoord 2022 PR - Verhoging van de eindejaarspremie	79bis/1	H
1323	Sociaal akkoord 2022 PU - Verhoging van de attractiviteitspremie	79bis,§1/1	H
1324	Sociaal akkoord 2022 PR - Ondersteuning HR	79quaterdecies	
1325	Sociaal akkoord 2022 PU - Ondersteuning HR	79sexiesdecies	
1550	Statuut ASO	79terdecies	
9000	Wijziging	88 en volg.	
C2			
200	Massa C2	92&93	
917	B9-916 ZPF 2025: Terugv. 1ste sem 2025 berekening 2024	79duodecies	
918	B9-918 ZPF 2025: Toekenning 1ste sem 2025 berekening 2025	79duodecies	
9173	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2011		
9175	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2012		

Lijn	Beschrijving	Artikel	Herziening
9185	Comp. opmerkingen op budget 1 juli 2013		
9224	Comp. m.b.t. opmerkingen op A1 en A3 ander dan herzieningen		
9400	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2014		
9401	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 januari 2016		
9404	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 januari 2017		
9411	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2016		
9414	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 januari 2015		
9426	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2015		
9427	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2017		
9428	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 januari 2018		
9433	Comp. m.b.t. herziening 2013 A1-A3-C1		
9434	Comp. m.b.t. herziening 2014 A1-A3-C1		
9435	Comp. m.b.t. herziening 2013 ander dan A1-A3-C1		
9436	Comp. m.b.t. herziening 2014 ander dan A1-A3-C1		
9437	Comp. m.b.t. herziening 2015 A1-A3-C1		
9438	Comp. m.b.t. herziening 2015 ander dan A1-A3-C1		
9441	Comp. m.b.t. herziening 2016 A1-A3-C1		
9442	Comp. m.b.t. herziening 2017 A1-A3-C1		
9443	Comp. m.b.t. herziening 2016 ander dan A1-A3-C1		
9444	Comp. m.b.t. herziening 2017 ander dan A1-A3-C1		
9600	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2018		
9601	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 januari 2019 A1-A3		
9602	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 januari 2019 ander dan A1-A3-C1		
9604	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2020 A1 A3		
9606	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 januari 2020		
9608	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2020		
9750	Terugvordering budgette GGKJ 2022		
9763	B4 950 Cybersecurity - Individuele financiering - Correctie indexatie 2024	61bis	
9764	B4 951 Cybersecurity - Financiering van bijdragers - Correctie indexatie 2024	61bis	
9769	Data Capabilities - 2023 - Correctie indexatie		
9770	Innovation - 2024 - Correctie indexatie		
9771	B9 910 ZPF 2022 - correctie indexatie vanaf 1 januari 2021		
9772	B9 912 ZPF 2023 - correctie indexatie vanaf 1 januari 2021		
9773	B9 916 ZPF 2024 - correctie indexatie vanaf 1 januari 2021		
9774	B4-950 Cybersecurity - Individuele financiering: Terugv. 1ste sem 2025 berekening 2024		

Lijn	Beschrijving	Artikel	Herziening
9775	Correctie Medische producten Verpleegeenheden 2021-2		
9776	Correctie Medische producten Verpleegeenheden 2022-2		
9777	Correctie Medische producten Verpleegeenheden 2023-2		
9778	Correctie Medische producten Verpleegeenheden 2024-2		
9779	Comp. m.b.t. opmerkingen op budget 1 juli 2024 - Definitieve afrekening - UFFT		
9780	Impact van spoed beroep 2016	46,§3,al.2,1°	
9781	Impact van spoed beroep 2017	46,§3,al.2,1°	
9782	Impact van spoed beroep 2018	46,§3,al.2,1°	
9783	Impact van spoed beroep 2019	46,§3,al.2,1°	
9810	Correctie Indexatie juli 2024 -Juni 2025		
[20000 20042]	Herzieningen 2018-2023 maatregel per maatregel en jaar per jaar (hervorming herzieningen van 2025)		
C3			
200	Massa C3	83	
9000	Wijziging van het budget (opening/sluiting van bedden)	88 en volg.	

K.B. van 25/04/2002 – Inhoudstafel

HOOFDSTUK I – BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	2
Artikel 1	2
HOOFDSTUK II – ALGEMENE BEPALINGEN.....	3
Artikel 2.....	3
Artikel 3.....	4
HOOFDSTUK III – HET BUDGET VAN FINANCIËLE MIDDELEN	5
Artikel 4.....	5
Artikel 5.....	5
HOOFDSTUK IV – PERIODE VOOR DEWELKE HET BUDGET TOEGEKEND WORDT	6
Artikel 6.....	6
HOOFDSTUK V – VASTSTELLING VAN HET BUDGET EN VAN ZIJN ONDERSCHIEDENE DELEN, ONDERDELEN EN SAMENSTELLLENDE BESTANDDELEN.....	7
Afdeling 1 – Het budget en zijn delen	7
Artikel 7	7
Afdeling 2 – Bestanddelen van de onderscheidene delen van het budget en van hun onderdelen	9
<i>Onderafdeling 1 – Algemene bepalingen</i>	<i>9</i>
Artikel 8.....	9
<i>Onderafdeling 2 – Deel A van het budget</i>	<i>11</i>
Artikel 9.....	11
Artikel 10	12
Artikel 11	12
<i>Onderafdeling 3 – Deel B van het budget.....</i>	<i>13</i>
Artikel 12	13
Artikel 13	15
Artikel 14	16
Artikel 15	16
Artikel 16	19
Artikel 17	19
Artikel 18	19
Artikel 19	19
[Artikel 19bis	20
<i>Onderafdeling 4 – Deel C van het budget.....</i>	<i>21</i>
Artikel 20	21
Artikel 21	21
Artikel 22	21
Artikel 23	21
HOOFDSTUK VI – MODALITEITEN VOOR DE VASTSTELLING VAN HET BUDGET EN CRITERIA VOLGENS DEWELKE DE KOSTEN WORDEN AANVAARD	22
Afdeling 1 – Deel A van het budget	22
<i>Onderafdeling 1 – Onderdeel A1 van het budget.....</i>	<i>22</i>

Artikel 24	22
Artikel 25	23
Artikel 26	25
Artikel 26bis.....	26
Artikel 27	29
Artikel 28	30
Artikel 29	31
[Artikel 29bis	37
<i>Onderafdeling 2 – Onderdeel A2 van het budget</i>	<i>38</i>
Artikel 30	38
<i>Onderafdeling 3 – Onderdeel A3 van het budget</i>	<i>38</i>
Artikel 31	38
Afdeling 2 – Deel B van het budget	43
<i>Onderafdeling 1 – Algemene bepalingen</i>	<i>43</i>
Rubriek 1 – Onderdeel B1.....	43
Artikel 32	43
Artikel 33	43
Artikel 34	44
Artikel 35	44
Rubriek 2 – Onderdeel B2.....	44
Artikel 36	44
<i>Onderafdeling 2 – Onderdeel B1 van het budget van de acute ziekenhuizen</i>	<i>44</i>
Rubriek 1 – Samenstelling van de ziekenhuisgroepen	44
Artikel 37	44
Artikel 38	44
Artikel 39	44
Artikel 40	45
Rubriek 2 – Vaststelling van het forfait B1.....	45
Artikel 41	45
Artikel 42	45
<i>Onderafdeling 3 – Onderdeel B1 van de geïsoleerde G-diensten en van de Sp-diensten.....</i>	<i>52</i>
Artikel 43	52
<i>Onderafdeling 4 – Onderdeel B1 van de psychiatrische ziekenhuizen</i>	<i>54</i>
Artikel 44	54
<i>Onderafdeling 4bis – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B1 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.....</i>	<i>55</i>
[Artikel 44bis	55
[Artikel 44ter	56
<i>Onderafdeling 5 – Onderdeel B2 van het budget van de acute ziekenhuizen</i>	<i>56</i>
Artikel 45	56
Artikel 46	60
Artikel 46bis.....	74
[Artikel 46ter	74
<i>Onderafdeling 6 – [Onderdeel B2 van de geïsoleerde G-diensten en van de Sp-diensten]^{P2}</i>	<i>74</i>
Artikel 47	74
<i>[Onderafdeling 6bis – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van de algemene ziekenhuizen.....</i>	<i>76</i>
[Artikel 47bis	76
[Artikel 47ter	76

<i>Onderafdeling 7 – Onderdeel B2 van de psychiatrische ziekenhuizen</i>	<i>77</i>
Artikel 48	77
<i>Onderafdeling 7bis – Gemeenschappelijke bepalingen voor Onderdeel B2 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.....</i>	<i>78</i>
[Artikel 48bis	78
[Artikel 48ter	79
<i>Onderafdeling 8 – Onderdeel B3 van het budget</i>	<i>79</i>
Artikel 49	79
<i>Onderafdeling 9 – Onderdeel B4 van het budget</i>	<i>81</i>
Artikel 50	81
Artikel 51	82
[Artikel 51bis	82
Artikel 52	82
Artikel 53	83
Artikel 54	84
[Artikel 55.....	84
Artikel 56	86
Artikel 57	91
Artikel 58	92
Artikel 59	92
Artikel 60	92
Artikel 61	92
[Artikel 61bis.....	99
[Artikel 61ter	100
Artikel 62	100
Artikel 63	100
[Artikel 63bis	102
[Artikel 63ter	103
[Artikel 63quater.....	103
[Artikel 63quinquies.....	104
[Artikel 63sexies	106
[Artikel 63septies	107
Artikel 63octies	108
Artikel 64	108
Artikel 65	113
Artikel 66	114
Artikel 67	115
Artikel 68	115
Artikel 69	115
Artikel 70	115
Artikel 71	116
[Artikel 71/1	117
Artikel 72	118
[Artikel 73] ¹⁷	118
[Artikel 73bis.....	126
Artikel 73ter.....	126
[Artikel 74] ¹⁷	127
[[Artikel 74bis] ¹⁷	127
[[Artikel 74ter] ¹⁷	129
[[Artikel 74quater] ¹⁷	130
[[Artikel 74quinquies] ¹⁷	130
[Artikel 74sexies	130
Artikel 74septies.....	131
[Artikel 74octies	131

[Artikel 74nonies.....	131
[Artikel 74decies.....	131
[Artikel 74undecies.....	132
[Artikel 74duodecies.....	133
[Artikel 74terdecies.....	133
<i>Onderafdeling 10 – Onderdeel B5 van het budget.....</i>	<i>135</i>
[Artikel 75] ¹⁷	135
<i>Onderafdeling 11 – Onderdeel B6 van het budget.....</i>	<i>142</i>
[Artikel 76] ¹⁷	142
<i>Onderafdeling 12 – Onderdeel B7 van het budget.....</i>	<i>142</i>
[Artikel 77] ¹⁷	142
<i>Onderafdeling 13 – Onderdeel B8 van het budget.....</i>	<i>146</i>
[Artikel 78] ¹⁷	146
[Artikel 78bis.....	149
<i>Onderafdeling 14 – Onderdeel B9 van het budget.....</i>	<i>151</i>
[Artikel 79] ¹⁷	151
Artikel 79bis.....	159
[Artikel 79bis/1.....	160
[Artikel 79ter.....	161
[Artikel 79quater.....	161
[Artikel 79quinqies.....	163
[Artikel 79sexies.....	164
[Artikel 79septies.....	165
Artikel 79octies.....	165
[Artikel 79nonies.....	166
[Artikel 79decies.....	167
[Artikel 79undecies.....	167
[Artikel 79duodecies.....	168
[Artikel 79terdecies.....	172
[Artikel 79quaterdecies.....	175
[Artikel 79quinqiesdecies.....	175
[Artikel 79sexiesdecies.....	176
[Artikel 79septiesdecies.....	176
Afdeling 2bis – Gemeenschappelijke bepalingen voor deel B, met uitzondering van B6, van het budget.....	177
[Artikel 80] ¹⁷	177
[Artikel 80/1.....	178
Afdeling 3 – Deel C van het budget.....	178
[Artikel 81.....	178
<i>Onderafdeling 2 – Onderdeel C2 van het budget.....</i>	<i>178</i>
Artikel 82.....	178
<i>Onderafdeling 3 – Onderdeel C3 van het budget.....</i>	<i>178</i>
Artikel 83.....	178
<i>Onderafdeling 4.....</i>	<i>179</i>
Artikel 84.....	179
Afdeling 4 – Indexering van de delen van het budget.....	179
Artikel 85.....	179
HOOFDSTUK VII – VASTSTELLING VAN HET VASTE EN VARIABLE GEDEELTE VAN HET BUDGET.....	180

Artikel 86	180
HOOFDSTUK VIII – VASTSTELLING VAN HET REFERENTIEAANTAL BEDOELD IN ARTIKEL 97, § 1, E), VAN DE WET OP DE ZIEKENHUIZEN	181
Artikel 87	181
HOOFDSTUK IX – AANPASSING VAN HET BUDGET	182
Afdeling 1 – Acute ziekenhuizen	182
<i>Onderafdeling 1 – Afschaffing van ziekenhuisbedden.....</i>	<i>182</i>
Artikel 88	182
<i>Onderafdeling 2 – Opening van ziekenhuisbedden.....</i>	<i>183</i>
Artikel 89	183
<i>Onderafdeling 3 – Omschakeling van ziekenhuisbedden</i>	<i>183</i>
Artikel 90	183
Afdeling 2 – Sp-diensten, geïsoleerde G-diensten en Psychiatrische Ziekenhuizen	184
Artikel 91	184
[Afdeling 3 – Budgettaire neutralisatie	184
Artikel 91bis.....	184
Artikel 91ter.....	185
[Afdeling 4 - ...] ^{B5}	185
<i>[Onderafdeling 1 - ...]^{B5}</i>	<i>185</i>
Artikel 91quater.....	185
<i>[Onderafdeling 2 ...]^{B5}</i>	<i>185</i>
Artikel 91quinquies.....	185
Artikel 91sexies	186
Artikel 91septies	186
Artikel 91octies	186
Artikel 91nonies.....	186
Artikel 91decies	186
<i>[Onderafdeling 3 ...]^{B5}</i>	<i>186</i>
Artikel 91undecies	186
Artikel 91duodecies.....	186
Artikel 91terdecies.....	186
Artikel 91quaterdecies.....	186
<i>[Onderafdeling 4 ...]^{B5}</i>	<i>187</i>
Artikel 91quinquiesdecies	187
<i>[Onderafdeling 5...]^{B5}</i>	<i>187</i>
Artikel 91sexiesdecies	187
HOOFDSTUK X – VOORWAARDEN EN REGELEN VOOR DE HERZIENING VAN HET BUDGET	188
Afdeling 1 – Herziening van sommige bestanddelen	188
Artikel 92	188
Afdeling 2 – Herziening van de budgetten B1 en B2 ingevolge de niet-realiserende of overschrijding van het referentieaantal	189
Artikel 93	189
HOOFDSTUK XI – NIEUWBOUW OF BELANGRIJKE STRUCTURELE WIJZIGINGEN	191

Afdeling 1 – Algemene bepalingen	191
Artikel 94	191
Afdeling 2 – Nieuwbouw	191
Artikel 95	191
Artikel 96	191
Afdeling 3 – Fusie van ziekenhuizen	191
Artikel 97	191
[Afdeling 4 ...] ⁸⁵	193
Artikel 97bis	193
HOOFDSTUK XII – GEZINSPLAATSING	194
Artikel 98	194
HOOFDSTUK XIII – VEREFFENING VAN HET BUDGET	195
Afdeling 1 – Patiënten die vallen onder één van de verzekeringsinstellingen bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	195
Artikel 99	195
Afdeling 2 – Patiënten die niet onder een in Afdeling 1 bedoelde verzekeringsinstelling vallen	196
Artikel 100	196
HOOFDSTUK XIV – SLOTBEPALINGEN	197
Artikel 101	197
[Artikel 101bis	197
Artikel 101ter	197
Artikel 102	197
Artikel 103	198
Artikel 104	198

K.B. van 25/04/2002 – Overzicht van de bijlagen

BIJLAGE 1: CRITERIA INZAKE DE BEHANDELINGSEENHEDEN VOOR ZWARE BRANDWONDEN.....	199
BIJLAGE 2: LIJST VAN DE VTE'S CONTRACTUELEN VALLEND ONDER HET INTERDEPARTEMENTAAL BEGROTINGSFONDS TER BEVORDERING VAN DE WERGELEGENHEID	200
BIJLAGE 3: VASTSTELLING VAN EEN GEMIDDELDE LIGDUUR PER DIAGNOSEGROEP EN BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE BEDDEN.....	202
BIJLAGE 4: LIJST VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN BEDOELD IN ARTIKEL 46.....	215
BIJLAGE 5	217
BIJLAGE 6: BEPALINGEN VAN HET AANTAL UNITS SPOEDGEVALLEN (US) IN HEEL HET LAND	218
BIJLAGE 7	220
BIJLAGE 8: VASTSTELLING VAN DE SCORE MET HET OOG OP DE DECIELINDELING DER ZIEKENHUIZEN IN DE DIENSTEN ERKEND ONDER DE KENLETTERS C, D EN E ZOALS BEPAALD IN ARTIKEL 46, § 2, c.3) 3° BEREKENING	221
BIJLAGE 9: LIJST VAN DE TIJDEN IN MINUTEN PER NUMMER VAN NOMENCLATUUR VAN DE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING	224
BIJLAGE 10: [DE TUSSENKOMST VAN DE ZIEKTEVERZEKERING, GEVISEERD IN ARTIKEL 75, § 1, D), IS DEZE BETREFFENDE DE LEVERANCIERS VAN IMPLANTATEN BEDOELD IN ARTIKEL 28* EN 35 VAN DE ZIV NOMENCLATUUR, UITGEZONDERD DE VOLGENDE NUMMERS:] ¹⁷	244
BIJLAGE 11: [LIJST VAN DE PRESTATIES (NOMENCLATUUR RIZIV) BEDOELD IN ARTIKEL 75, § 1, E), VAN HET KONINKLIJK BESLUIT VAN 25 APRIL 2002] ¹⁷	245
BIJLAGE 12: [VOORWAARDEN VOOR DE TOEKENNING VAN DE FINANCIERING VAN DE NIEUWE MEDISCHE TECHNIEKEN BEDOELD IN ARTIKEL 77] ⁶⁷	247
BIJLAGE 13	250
[BIJLAGE 14: REGELS VOOR DE BEREKENING VAN DE GENORMALISEERDE WAARDE VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN	251
[BIJLAGE 15: MODALITEITEN VOOR DE REGELING INZAKE MEDISCH GEASSISTEERDE VOORTPLANTING	254
[BIJLAGE 16: LIJST VAN DE ZIEKENHUIZEN EN DE FINANCIERINGSBEDRAGEN VOOR DE FORFAITS BEDOELD IN ARTIKEL 47TER.....	255
[BIJLAGE 17: [DEFINITIES VAN DE VERKLARENDE VARIABELEN EN PARAMETERS M.B.T. HET SOCIALE PROFIEL VAN HET ZIEKENHUIS EN BEREKENING VAN EEN SOCIALE CORRECTIE-INDEX] ³³	261
BIJLAGE 18: HET BEPALEN VAN NRG'S OP BASIS VAN DE VG-MZG	264

[BIJLAGE 19: GEÏNTEGREERD ELEKTRONISCH PATIËNTENDOSSIER – BELGIAN “MEANINGFUL USE” CRITERIA (BMUC).....	268
[BIJLAGE 19BIS:.....	279
[BIJLAGE 19TER:	280
[BIJLAGE 19QUATER:	281
[BIJLAGE 19QUINQUES:.....	282
[BIJLAGE 20: <i>BELGIAN MEANINGFUL USE CRITERIA (BMUC) VOOR DE GEÏSOLEERDE GERIATRIEDIENSTEN, VERMELD IN ARTIKEL 5, § 1, I, 3°, VAN DE BIJZONDERE WET VAN 8 AUGUSTUS 1980 TOT HERVORMING DER INSTELLINGEN, EN DE GEÏSOLEERDE DIENSTEN VOOR BEHANDELING EN REVALIDATIE, VERMELD IN ARTIKEL 5, § 1, I, 4°, VAN DE VOORMELDE BIJZONDERE WET ALS VERMELD IN ARTIKEL 61/1</i>	283
BIJLAGE 21: ARTIKEL 79QUATER, § 3: LIJST VAN VTE’S PER ZH IN HET KADER VAN DE INVOERING VAN IF-IC.....	285
BIJLAGE 22: HERZIENINGSMODALITEITEN VAN DE PROVISIES TOEGEKEND AAN DE PRIVATE ZIEKENHUIZEN EN OPENBARE ZIEKENHUIZEN KRACHTENS ARTIKEL 79QUATER.....	286
BIJLAGE 23: ARTIKEL 74UNDECIES: AANTAL VTE’S PER ZIEKENHUIS	296
BIJLAGE 24: ARTIKEL 74TERDECIES: DE HUB ZIEKENHUIZEN	298

K.B. van 25/04/2002 – Verwijzingenlijst

- | | |
|--|---|
| 1. K.B. 25/04/2002 – B.S. 03/10/2002 (Ed. 2) – Erratum
(inwerkingtreding: 01/07/2002) | 11/07/2005 werden wel gehandhaafd tot 16/09/2009 |
| 2. K.B. 22/10/2002 – B.S. 31/10/2002
(inwerkingtreding: 31/10/2002) | 15. K.B. 15/07/2005 – B.S. 04/08/2005
(inwerkingtreding: 01/01/2005) |
| 3. K.B. 11/11/2002 – B.S. 21/11/2002
(inwerkingtreding: 21/11/2002) | 16. K.B. 13/03/2006 – B.S. 20/03/2006 (Ed. 2)
(inwerkingtreding: 01/10/2005) |
| 4. K.B. 29/01/2003 – B.S. 18/02/2003
(inwerkingtreding: 01/01/2003) | 17. K.B. 12/05/2006 – B.S. 23/05/2006 (Ed. 2)
(inwerkingtreding: 01/01/2006) |
| 5. K.B. 04/06/2003 – B.S. 16/06/2003
(inwerkingtreding: 01/07/2003) | 18. K.B. 10/11/2006 – B.S. 24/11/2006 (Ed. 2)
(inwerkingtreding: 01/07/2006) |
| 6. K.B. 08/07/2003 – B.S. 04/08/2003
(inwerkingtreding: 01/07/2003) | 19. K.B. 10/11/2006 – B.S. 16/01/2007 – Erratum
(inwerkingtreding: 01/07/2006) |
| 7. K.B. 11/07/2003 – B.S. 15/10/2003 (Ed. 1)
(inwerkingtreding: 15/10/2003) | 20. K.B. 19/06/2007 – B.S. 28/06/2007 (Ed. 2)
(inwerkingtreding: 01/07/2007) |
| 7bis. K.B. 11/07/2003 – B.S. 17/12/2003 – Erratum
(inwerkingtreding: 15/10/2003) | 21. K.B. 19/06/2007 – B.S. 09/08/2007 – Erratum
(inwerkingtreding: 01/07/2007) |
| 8. K.B. 16/03/2004 – B.S. 02/04/2004
(inwerkingtreding: 01/04/2004) | 22. K.B. 18/09/2008 – B.S. 07/10/2008 (Ed. 2)
(inwerkingtreding: 01/01/2008) |
| 9. K.B. 16/03/2004 – B.S. 13/05/2004 (Ed. 2) – Erratum
(inwerkingtreding: 01/04/2004) | 23. K.B. 19/09/2008 – B.S. 07/10/2008 (Ed. 2)
(inwerkingtreding: 01/01/2008)
Opgeheven door het K.B. van 17/12/2012 – B.S. 09/01/2013 |
| 10. K.B. 07/06/2004 – B.S. 21/06/2004 (Ed. 3)
(inwerkingtreding: 01/07/2004) | 24. K.B. 19/09/2008 – B.S. 17/10/2008 – Erratum
(inwerkingtreding: 01/01/2008) |
| 11. K.B. 26/10/2004 – B.S. 08/12/2004
(inwerkingtreding: 01/07/2002) | 25. K.B. 20/09/2009 – B.S. 06/10/2009
(inwerkingtreding: 01/07/2009) |
| 12. K.B. 26/10/2004 – B.S. 29/12/2004 (Ed. 2) – Erratum
(inwerkingtreding: 01/07/2002) | |
| 13. K.B. 22/02/2005 – B.S. 11/03/2005
(inwerkingtreding: 01/07/2004) | |
| 14. K.B. 11/07/2005 – B.S. 25/07/2005
(inwerkingtreding: 01/07/2005)
Vernietigd bij arrest nr. 196.106 van de Raad van State van 16/09/2009 (B.S. 28/10/2009 – Ed. 2). De gevolgen van het besluit van | |

- | | |
|---|--|
| <p>* Arrest nr. 196.106 van de Raad van State van 16/09/2009 (B.S. 28/10/2009) vernietigt het K.B. van 11/07/2005*</p> <p>26. K.B. 26/02/2010 – B.S. 16/03/2010 (inwerkingtreding: 01/01/2010)</p> <p>* Arrest nr. 205.344 van de Raad van State van 17/06/2010 (B.S. 10/08/2010 - Ed. 2) vernietigt sommige bepalingen van het K.B. van 19/08/2008</p> <p>* Arrest nr. 208.434 van de Raad van State van 26/10/2010 (B.S. 24/11/2010) vernietigt sommige bepalingen van het K.B. van 19/06/2007</p> <p>27. K.B. 26/11/2010 – B.S. 16/12/2010 (inwerkingtreding: 01/07/2010)</p> <p>* Arrest nr. 208.435 van de Raad van State van 26/10/2010 (B.S. 14/01/2011 - Ed. 2) vernietigt sommige bepalingen van het K.B. van 10/11/2006</p> <p>28. K.B. 26/10/2011 – B.S. 29/11/2011 (inwerkingtreding: 01/07/2011)</p> <p>29. K.B. 12/06/2012 – B.S. 22/06/2012 (Ed. 2) (inwerkingtreding: 01/01/2012)</p> <p>30. K.B. 19/11/2012 – B.S. 03/12/2012 (inwerkingtreding: 01/07/2012)</p> <p>31. K.B. 17/12/2012 – B.S. 09/01/2013 (inwerkingtreding: 01/01/2008)</p> <p>32. K.B. 17/12/2012 – B.S. 09/01/2013 (inwerkingtreding: 16/09/2009)</p> <p>33. K.B. 17/12/2012 – B.S. 09/01/2013 (inwerkingtreding: 01/01/2007)</p> <p>34. K.B. 17/12/2012 – B.S. 23/01/2013 – Erratum (inwerkingtreding: 01/01/2007)</p> | <p>35. K.B. 17/12/2012 – B.S. 22/03/2013 – Erratum (inwerkingtreding: 01/01/2008)</p> <p>36. K.B. 18/04/2013 – B.S. 30/04/2013 (inwerkingtreding: 01/01/2013)</p> <p>37. K.B. 26/12/2013 – B.S. 17/01/2014 (inwerkingtreding: 01/07/2013)</p> <p>38. K.B. 25/04/2014 – B.S. 04/06/2014 (inwerkingtreding: 01/01/2014)</p> <p>39. K.B. 13/06/2014 – B.S. 04/07/2014 (inwerkingtreding: 01/01/2014)</p> <p>40. K.B. 08/01/2015 – B.S. 27/01/2015 (inwerkingtreding: 01/07/2014)</p> <p>41. K.B. 12/10/2015 – B.S. 23/10/2015 (Ed. 2) (inwerkingtreding: 01/01/2015)</p> <p>42. Besluit van de Waalse Regering 17/12/2015 – B.S. 31/12/2015 (inwerkingtreding: 01/01/2016)</p> <p>- Decreet van het Waalse Gewest 21/12/2016 – B.S. 27/01/2017 (Ed. 2) – Begrotingsjaar 2017</p> <p>- Decreet van het Waalse Gewest 13/12/2017 – B.S. 26/01/2018 – Begrotingsjaar 2018</p> <p>- Decreet van het Waalse Gewest 30/11/2018 – B.S. 26/02/2019 – Begrotingsjaar 2019</p> <p>43. Besluit van de Vlaamse Regering 18/12/2015 – B.S. 19/01/2016 (inwerkingtreding: 01/01/2016)</p> <p>44. Programmadecreet van de Franse gemeenschap 10/12/2015 – B.S. 27/01/2016 (inwerkingtreding: 01/01/2016)</p> <p>45. K.B. 26/01/2016 – B.S. 02/02/2016 (inwerkingtreding: 01/07/2015)</p> |
|---|--|

* De vernietigde bepalingen zijn grotendeels gepubliceerd door de K.B. van 17 december 2012 (B.S. van 9 januari 2013).

- 45bis. Programmadecreet van de Duitstalige gemeenschap 22/02/2016 – B.S. 14/04/2016 (Ed. 2) (inwerkingtreding: 01/01/2016)
46. K.B. 16/05/2016 – B.S. 27/05/2016 (inwerkingtreding: 01/01/2016)
47. Besluit van de Vlaamse Regering 17/06/2016 – B.S. 20/07/2016 (Ed. 2) (inwerkingtreding: 01/01/2017)
48. K.B. 30/08/2016 – B.S. 07/09/2016 (inwerkingtreding: 01/07/2016)
49. K.B. 06/09/2016 – B.S. 12/09/2016 (Ed. 2) (inwerkingtreding: 01/07/2016)
50. K.B. 03/10/2016 – B.S. 13/10/2016 (inwerkingtreding: 01/07/2016)
51. K.B. 22/12/2016 – B.S. 29/12/2016 (Ed. 2) (inwerkingtreding: 01/01/2017)
52. K.B. 24/01/2017 – B.S. 26/01/2017 (inwerkingtreding: 01/01/2017)
53. K.B. 22/06/2017 – B.S. 30/06/2017 (inwerkingtreding: 01/07/2017)
54. K.B. 21/07/2017 – B.S. 02/08/2017 (inwerkingtreding: 01/07/2017)
55. Besluit van de Vlaamse Regering 07/07/2017 – B.S. 04/08/2017 (inwerkingtreding: 01/01/2017)
56. Besluit van de Vlaamse Regering 14/07/2017 – B.S. 06/09/2017 (inwerkingtreding: 01/01/2017)
57. Besluit van de Vlaamse Regering 15/09/2017 – B.S. 13/10/2017 (Ed. 2) (inwerkingtreding: 01/07/2016 en 02/09/2016)
58. K.B. 19/12/2017 – B.S. 29/12/2017 (inwerkingtreding: 01/01/2018)
59. K.B. 01/02/2018 – B.S. 08/02/2018 (inwerkingtreding: 01/01/2018)
60. K.B. 28/03/2018 – B.S. 03/04/2018 (inwerkingtreding: 01/04/2018)
- * Arrest nr 241.197 van de Raad van State van 30/03/2018 (B.S. 26/04/2018) vernietigt het K.B. van 03/10/2016
61. K.B. 29/05/2018 – B.S. 13/06/2018 (inwerkingtreding: 01/07/2018)
62. K.B. 24/06/2018 – B.S. 28/06/2018 (inwerkingtreding: 01/07/2018)
63. K.B. 30/07/2018 – B.S. 09/08/2018 (inwerkingtreding: 01/09/2018)
64. Besluit van de Vlaamse Regering 06/07/2018 – B.S. 01/10/2018 (inwerkingtreding: 01/01/2019)
65. K.B. 30/10/2018 – B.S. 13/11/2018 (inwerkingtreding: 01/07/2018)
66. K.B. 30/10/2018 – B.S. 19/11/2018 – Erratum (inwerkingtreding: 01/07/2018)
67. K.B. 12/12/2018 – B.S. 24/12/2018 (inwerkingtreding: 01/01/2019)
68. Besluit van de Vlaamse Regering 07/12/2018 – B.S. 28/01/2019 (inwerkingtreding: 01/01/2019)
69. K.B. 15/01/2019 – B.S. 31/01/2019 (inwerkingtreding: art. 1: 01/01/2016 en art. 2: 01/01/2018)
70. K.B. 17/05/2019 – B.S. 05/06/2019 (inwerkingtreding: 01/01/2019)
71. K.B. 12/06/2019 – B.S. 20/06/2019 (Ed. 2) (inwerkingtreding: 01/07/2019)
72. K.B. 23/06/2019 – B.S. 01/07/2019 (inwerkingtreding: 01/07/2019)
73. K.B. 08/09/2019 – B.S. 13/09/2019 (inwerkingtreding: 01/07/2019)
74. K.B. 08/09/2019 – B.S. 10/10/2019 – Erratum (inwerkingtreding: 01/07/2019)
75. K.B. 28/08/2020 – B.S. 09/09/2020 (inwerkingtreding: 10/09/2020)

76. K.B. 10/09/2020 – B.S. 17/09/2020
(inwerkingtreding: 18/09/2020)
77. K.B. 14/12/2020 – B.S. 24/12/2020
(inwerkingtreding: 25/12/2020)
- 77bis. Besluit van de Vlaamse Regering
18/12/2020 – B.S. 14/01/2021
(inwerkingtreding: 01/01/2021)
- * Arrest nr 252.545 van de Raad van State van
23/12/2021 (B.S. 18/02/2022) vernietigt
sommige bepalingen van het K.B. van
22/12/2016 en vernietigt het K.B. van
24/01/2017
- * Arrest nr 253.153 van de Raad van State van
03/03/2022 (B.S. 22/04/2022) vernietigt
het K.B. van 12/06/2019
78. K.B. 17/07/2022 – B.S. 12/08/2022
(inwerkingtreding: 12/08/2022)
- * Arrest nr 256.243 van de Raad van State van
07/04/2023 (B.S. 30/05/2023) vernietigt
sommige bepalingen van het K.B. van
08/09/2019
79. K.B. 11/07/2023 – B.S. 22/08/2023
(inwerkingtreding: 23/08/2023)
80. K.B. 24/04/2024 – B.S. 15/05/2024
(inwerkingtreding: 16/05/2024)
81. K.B. 03/05/2024 – B.S. 10/06/2024
(inwerkingtredingen: zie * – 01/01/2021 –
01/07/2021 – 01/08/2021 – 01/01/2022 –
01/07/2022 – 01/09/2022 – 01/01/2023 –
01/07/2023)
82. Besluit van de Waalse Regering 25/04/2024
– B.S. 20/08/2024
(inwerkingtreding: 01/01/2024)
83. K.B. 03/05/2024 – B.S. 16/09/2024 –
Erratum
(inwerkingtreding: 01/07/2021)
84. Besluit van de Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie 03/10/2024 –
B.S. 30/12/2024
(inwerkingtreding: 01/01/2025)
85. K.B. 10/04/2025 – B.S. 23/04/2025
(inwerkingtredingen: zie * – 01/01/2018 –
01/07/2021 – 01/08/2021 – 01/01/2022 –
01/07/2022 – 01/01/2023 – 01/01/2024 –
01/07/2024 – 01/01/2025 – 01/07/2025)
86. Besluit van de Vlaamse Regering
19/12/2025 – B.S. 24/12/2025
(inwerkingtreding: 01/01/2026)
87. K.B. 30/05/2026 – B.S. 11/06/2026
(inwerkingtredingen: zie * – 01/01/2022 –
01/01/2025 – 01/07/2025 – 01/07/2026 –
30/06/2027)
88. K.B. 17/06/2026 – B.S. 25/06/2026
(inwerkingtreding: 01/07/2026)

KONINKRIJK VAN BELGIË

Ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

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

(Belgisch Staatsblad van 30 mei 2002 - Ed. 3)

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 88, gewijzigd bij de wetten van 30 december 1988 en 14 januari 2002, artikel 94, gewijzigd bij de wetten van 6 augustus 1993 en 14 januari 2002, artikel 97, vervangen bij de wet van 14 januari 2002, artikel 102, gewijzigd bij de wet van 14 januari 2002, en de artikelen 104bis en 104ter, beide ingevoegd bij de wet van 14 januari 2002;

Gelet op de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, inzonderheid artikel 127;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling financiering, van 8 november 2001, 14 november 2001 en 17 januari 2002;

Gelet op het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten gewijzigd door de ministeriële besluiten van 21 april 1987, 11 augustus 1987, 7 november 1988, 12 oktober 1989, 20 december 1989, 23 juni 1990, 10 juli 1990, 28 november 1990, 26 februari 1991, 20 maart 1991, 10 april 1991, 20 november 1991, 21 november 1991, 19 oktober 1992, 30 oktober 1992, 30 december 1993, 23 juni 1994, 19 juli 1994, 28 december 1994, 27 december 1995, 30 december 1996, 8 september 1997, 10 december 1997, 29 december 1997, 26 augustus 1998, 30 december 1998, 24 maart 1999, 15 juni 1999, 22 juni 1999, 25 september 2000, 12 januari 2001, 4 juli 2001 en 4 oktober 2001;

Gelet op het ministerieel besluit van 5 maart 2002 houdende vaststelling, voor het dienstjaar 2002, van de voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 1 maart 2002;

Gelet op het akkoord van de Minister van Begroting, gegeven op 4 maart 2002;

Gelet op het advies nr 33.108/3 van de Raad van State, gegeven op 19 maart 2002;

Op voorstel van Onze Minister van Sociale Zaken,

Besluit:

HOOFDSTUK I – Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Voor de toepassing van dit besluit dient te worden verstaan onder:

- **het ministerieel besluit van 2 augustus 1986:** het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten;
- **het koninklijk besluit van 14 augustus 1989:** het koninklijk besluit van 14 augustus 1989 tot bepaling van de algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46bis, eerste lid, van de wet op de ziekenhuizen;
- **het koninklijk besluit van 30 januari 1989:** het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen;
- **het koninklijk besluit van 12 augustus 2000:** het koninklijk besluit van 12 augustus 2000 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;
- **het koninklijk besluit van 10 november 2001:** het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot uitvoering van artikel 94, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;
- **de B-, C-, D-, E-, H-, L-, M-, MIC-, NIC-, G-, Sp-, A-, T- en K-diensten:** respectievelijk de diensten voor tuberculosebehandeling, voor diagnose en heelkundige behandeling, voor diagnose en geneeskundige behandeling, voor kindergeneeskunde, voor gewone verpleging, voor besmettelijke aandoeningen, de kraamdiensten, voor intensieve kraamdiensten, voor intensieve neonatale zorgen, voor geriatrie, gespecialiseerd voor behandeling en functionele readaptatie, neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling, psychiatrisch voor behandeling en neuro-psychiatrische voor kinderen;
- **PAL en NAL:** het verschil in aantal van respectievelijk de positieve ligdagen en negatieve ligdagen zoals bedoeld in artikel 46bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986.

HOOFDSTUK II – Algemene bepalingen

Artikel 2

- § 1 Dit besluit bepaalt voor de ziekenhuizen en bepaalde ziekenhuisdiensten:
- a) de voorwaarden en regels voor de vaststelling van het aan het ziekenhuis toegekende budget van financiële middelen, hieronder «het budget» genoemd en van de verschillende delen ervan, met name:
 - de periode voor dewelke het budget toegekend wordt;
 - de splitsing van het budget in een vast gedeelte en variabel gedeelte;
 - de criteria en modaliteiten van berekening, met inbegrip van de vaststelling van de verantwoorde activiteiten en de indexeringsmodaliteiten;
 - wat het variabel gedeelte betreft: de vergoeding van de activiteiten, ten aanzien van een referentieaantal dat meer gerealiseerd is of niet gerealiseerd;
 - de vaststelling van het referentieaantal bedoeld in het vorige lid met betrekking tot de activiteitenparameters die in rekening worden gebracht;
 - de voorwaarden en modaliteiten ter herziening van bepaalde bestanddelen;
 - b) de modaliteiten voor de betaling van het budget van financiële middelen.
- § 2 In uitvoering van artikel 97, § 1, derde lid, van de wet op de ziekenhuizen zijn alle bepalingen van hetzelfde artikel, § 1, tweede lid, van toepassing op de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van punt c) met betrekking tot de vaststelling van de verantwoorde activiteiten, dewelke overeenstemmen met de erkende bedden van dit type van afdeling of ziekenhuis.
- § 3 Dit besluit bepaalt eveneens de voorwaarden en regelen krachtens dewelke activiteiten in rekening kunnen worden gebracht bij de dekking van de kosten die veroorzaakt zijn door het naleven van de normen, rekening houdend met de specifieke omstandigheden die van aard zijn deze activiteiten te beïnvloeden en die een afwijkende regeling ten aanzien van de voormelde voorwaarden rechtvaardigen.

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap*

- [§ 4 *Dit besluit is niet van toepassing op de revalidatieziekenhuizen, vermeld in artikel 2, 17°, van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.*⁶⁸

* Art. 349 van het besluit van de Vlaamse Regering van 07.12.2018 houdende de uitvoering van het decreet van 06.07.2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging – Inwerkingtreding: 01.01.2019.

Artikel 3

- § 1 De bepalingen van dit besluit kunnen door Ons worden geconcretiseerd en desgevallend aangevuld door regelen die specifiek gelden voor één of voor meerdere dienstjaren.
- § 2 Onder dienstjaar wordt verstaan, de periode die begint op 1 juli van een jaar en op 30 juni van het volgende jaar eindigt.

HOOFDSTUK III – Het budget van financiële middelen

Artikel 4

Overeenkomstig artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen bepaalt de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheden heeft een budget van financiële middelen voor elk ziekenhuis, bestaande uit een vast en een variabel gedeelte. In voorkomend geval kan op 1 januari van ieder jaar een wijziging van het budget gebeuren. [In voorkomend geval, in geval van onmogelijkheid om een budget van financiële middelen te berekenen ten gevolge van een situatie van ramp, catastrofe, epidemie, pandemie bepaald volgens de voorwaarden bedoeld in artikel 101 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen of in geval van overmacht, blijft het laatste berekende budget van financiële middelen van toepassing.]⁷⁶

Artikel 5

- § 1 Voor de hieronder bedoelde diensten wordt er een afzonderlijk budget vastgesteld:
- 1° gespecialiseerde diensten voor de behandeling en de readaptatie (kenletter Sp) buiten Sp-diensten voor palliatieve verzorging en psychogeriatrische aandoeningen Sp-diensten in de psychiatrische ziekenhuizen, hierna Sp-diensten genoemd, welke deel uitmaken van een ziekenhuisentiteit met één of meer diensten van verschillende aard;
 - 2° de gespecialiseerde diensten voor de behandeling en de readaptatie - Sp-diensten voor palliatieve zorgen;
 - 3° de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden die aan de criteria bedoeld in bijlage 1 van dit besluit voldoen.
- § 2 De bepalingen van dit besluit met betrekking tot de ziekenhuizen, gelden mutatis mutandis voor de in § 1 bedoelde diensten.

HOOFDSTUK IV – Periode voor dewelke het budget toegekend wordt

Artikel 6

Behoudens expliciete vermelding wordt het budget voor een dienstjaar vastgesteld.

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

Afdeling 1 – Het budget en zijn delen

Artikel 7

Het budget dat voor elk ziekenhuis wordt vastgesteld, bestaat uit drie delen:

- 1° **Deel A** dat bestaat uit drie Onderdelen die respectievelijk volgende soorten van lasten dekken:
- a) Onderdeel A1: de investeringslasten en de aanloopkosten;]³⁸
 - b) Onderdeel A2: de korte termijn kredietlasten;
 - c) Onderdeel A3: investeringslasten van medisch-technische diensten.

Wetgeving voor de Franse gemeenschap^{*}

- 1° **Deel A** dat bestaat uit drie Onderdelen die respectievelijk volgende soorten van lasten dekken:
- a) ...]⁴⁴
 - b) Onderdeel A2: de korte termijn kredietlasten;
 - c) ...]⁴⁴

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap[†]

- 1° **Deel A** dat bestaat uit drie Onderdelen die respectievelijk volgende soorten van lasten dekken:
- a) ...]^{45bis}
 - b) Onderdeel A2: de korte termijn kredietlasten;
 - c) ...]^{45bis}

Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie[‡]

- 1° **Deel A** dat bestaat uit drie Onderdelen die respectievelijk volgende soorten van lasten dekken:
- a) ...]³⁴
 - b) Onderdeel A2: de korte termijn kredietlasten;
 - c) ...]³⁴

* Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de Franse gemeenschap van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

† Art. 54 van het programmadecreet van de Duitstalige Gemeenschap van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 56, 5°, a) van het Besluit (Brussel) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025..

2° **Deel B** bestaat uit [negen Onderdelen]^{25*} die respectievelijk volgende soorten lasten dekken:

- a) Onderdeel B1: de kosten voor de gemeenschappelijke diensten;
- b) Onderdeel B2: de kosten voor de klinische diensten;
- c) Onderdeel B3: de werkingskosten voor medisch-technische diensten;
- d) Onderdeel B4: de kosten die gedekt worden door het bijzonder bedrag voorzien in artikel 99 van de voormelde wet op de ziekenhuizen evenals de kosten die op een forfaitaire wijze worden gedekt;
- e) Onderdeel B5: kosten voor de werking van de ziekenhuisapotheek;
- f) Onderdeel B6: de kosten voortvloeiend uit de aanvullende voordelen, waarin voorzien wordt door de sociale akkoorden van 4 juli 1991, 22 november 1991, 1 maart 2000 en 28 november 2000, toegekend aan het ziekenhuispersoneel waarvan de financiering geheel of gedeeltelijk ten laste valt van de erelonen en die hun oorsprong vinden in de in artikel 95, 2°, van de wet op de ziekenhuizen bedoelde gezondheidsverstrekkingen;
- g) Onderdeel B7: de specifieke kosten voor de specifieke taken op het gebied van de patiëntenzorg, [...] ⁶⁷ het toegepast wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de evaluatie van de medische activiteiten.

Onderdeel B7 wordt gesplitst in:

- 1° [een Onderdeel B7A voor de universitaire ziekenhuizen, aangewezen bij koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot aanwijzing van ziekenhuizen als universitair ziekenhuis;]²⁰
 - 2° een Onderdeel B7B voor de ziekenhuizen die genieten van een financiering voorzien voor de ontwikkeling, de evaluatie en de toepassing van de nieuwe medische technologieën [...] ⁶⁷, behoudens de ziekenhuizen die genieten van de B7A;
 - h) Onderdeel B8: de specifieke kosten van een ziekenhuis met een op sociaal-economisch vlak zeer zwak patiëntenprofiel;
 - [i] Onderdeel B9: de kosten voortvloeiend uit de aanvullende voordelen toegekend aan het ziekenhuispersoneel via de akkoorden betreffende de non-profitsector.] ⁷⁸
- [3° **Deel C** dat bestaat uit drie onderdelen die respectievelijk de volgende soorten van kosten dekken:
- a) Onderdeel C2: de kosten met betrekking tot vorige of lopende dienstjaren die via inhaalbedragen worden gerectificeerd;

* Inwerkingtreding: 01.01.2006.

- b) Onderdeel C3: het te verminderen bedrag voor de eenpersoonskamers waarvoor overeenkomstig artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, supplementen boven het budget van financiële middelen worden geïnd;
- [c) ...]⁶²

Afdeling 2 – Bestanddelen van de onderscheidene delen van het budget en van hun onderdelen

Onderafdeling 1 – Algemene bepalingen

Artikel 8

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

- a) de verpleegeenheden voor de in artikel 7, 1°, a) en b), 2°, a), b), d), g) en h) en [3°, a), b) en c)]³⁸ bedoelde elementen;
- b) de hiernavolgende hulpdiensten: de anesthesie, het operatiekwartier, de gipskamer, het verloskwartier, de centrale sterilisatie, de spoedgevallendienst, de aan de A-, T-, K-, G- en Sp-diensten verbonden revalidatie- en readaptatie-diensten voor de in artikel 7, 1°, a) en b) en 2°, a), b) en d) en [3°, a)]³⁸ bedoelde elementen;
- c) de volgende medisch-technische diensten: de magnetische resonantie tomograaf met geïntegreerd elektronisch telsysteem, de radiotherapiedienst, de scanners met positronemissie, voor de in artikel 7, 1°, c) en 2°, c) bedoelde elementen;
- d) de apotheek, zoals bedoeld in artikel 7, 1°, a), 2°, e) [...];³⁸
- e) de daghospitalisatie wat betreft de elementen bedoeld in artikel 7, 1°, a) en b), 2°, a), b) en d), voor de financiering van de maatregelen bedoeld in artikel 71 van dit besluit, [en 3°, b);]³⁸
- f) het geheel van de diensten bedoeld in de kostenplaatsen 020 tot en met 909, zoals bepaald in bijlage 2 «Lijst en codering van de rekeningen van kosten die wachten op een bestemming en van de kostenplaatsen» van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen, voor het in artikel 7, 2°, i), opgenomen element.]^{28*}

* Inwerkingtreding: 01.01.2010.

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap*

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

- a) de verpleegeenheden voor de in artikel 7, 1°, [...]45bis b), 2°, a), b), d), g) en h) en [3°, a), b) en c)]⁷⁸ bedoelde elementen;*
- b) de hiernavolgende hulpdiensten: de anesthesie, het operatiekwartier, de gipskamer, het verloskwartier, de centrale sterilisatie, de spoedgevallendienst, de aan de A-, T-, K-, G- en Sp-diensten verbonden revalidatie- en readaptatie-diensten voor de in artikel 7, 1°, [...]45bis b) en 2°, a), b) en d) en [3°, a)]⁷⁸ bedoelde elementen;*
- c) de volgende medisch-technische diensten: de magnetische resonantie tomograaf met geïntegreerd elektronisch telsysteem, de radiotherapiedienst, de scanners met positronemissie, voor de in artikel 7, [...]45bis 2°, c) bedoelde elementen;*
- d) de apotheek, zoals bedoeld in artikel 7 [...]45bis, 2°, e) [...]78*
- e) de daghospitalisatie wat betreft de elementen bedoeld in artikel 7, 1°, [...]45bis b, 2°, a), b) en d), voor de financiering van de maatregelen bedoeld in artikel 71 van dit besluit, [en 3°, b);]⁷⁸*
- f) het geheel van de diensten bedoeld in de kostenplaatsen 020 tot en met 909, zoals bepaald in bijlage 2 «Lijst en codering van de rekeningen van kosten die wachten op een bestemming en van de kostenplaatsen» van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen, voor het in artikel 7, 2°, i), opgenomen element.^{78†}*

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap†

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

- a) de verpleegeenheden voor de in artikel 7, 1°, a) en b), 2°, a), b), d), g) en h) en [3°, a), b) en c)]⁷⁸ bedoelde elementen;*
- b) de hiernavolgende hulpdiensten: de anesthesie, het operatiekwartier, de gipskamer, het verloskwartier, de centrale sterilisatie, de spoedgevallendienst, de aan de A-, T-, K-, G- en Sp-diensten verbonden revalidatie- en readaptatie-diensten voor de in artikel 7, 1°, a) en b) en 2°, a), b) en d) en [3°, a)]⁷⁸ bedoelde elementen;*

* Art. 55 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

† Inwerkingtreding: 01.01.2010.

‡ Art. 1 van het besluit van de **Vlaamse Regering** van 15.09.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen – Inwerkingtreding: 02.09.2016.

- c) *de volgende medisch-technische diensten: de magnetische resonantie tomograaf met geïntegreerd elektronisch telsysteem, de radiotherapiedienst, de scanners met positronemissie, voor de in artikel 7, 1°, c) en 2°, c) bedoelde elementen;*
- d) *de apotheek, zoals bedoeld in artikel 7, 1°, a), 2°, e) [...];⁷⁸*
- e) *de daghospitalisatie wat betreft de elementen bedoeld in artikel 7, 1°, a) en b), 2°, a), [en b)]⁷⁷ [en 3°, b)];⁷⁸*
- f) *het geheel van de diensten bedoeld in de kostenplaatsen 020 tot en met 909, zoals bepaald in bijlage 2 «Lijst en codering van de rekeningen van kosten die wachten op een bestemming en van de kostenplaatsen» van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen, voor het in artikel 7, 2°, i), opgenomen element.⁷⁸*

Onderafdeling 2 – Deel A van het budget

Artikel 9

[Onderdeel A1 heeft betrekking op de investeringslasten en de aanloopkosten. De bestanddelen waarvan de kost door onderdeel A1 van het budget wordt gedekt, zijn:

- 1° de afschrijving van de lasten van opbouw;
- 2° de afschrijving van de lasten van uitrusting en apparatuur;
- 3° de afschrijving van de lasten van grote onderhoudswerken, meer bepaald van belangrijke herstellings- en onderhoudswerken, al dan niet periodiek;
- 4° de afschrijving van de lasten voor herconditioneringswerken, meer bepaald grote verbouwingen die de structuur van het gebouw niet wijzigen - zoals, onder andere, de wijziging van de bestemming van de plaatsen of de verandering van de aard of configuratie binnen de bestaande structuur - en die geen nieuwbouw, noch een uitbreiding van bestaande gebouwen zijn;
- 5° de afschrijving van de lasten voor investeringen in het kader van duurzame ontwikkeling;
- 6° de afschrijving van de lasten voor de aankoop van rollend materiaal;
- 7° de afschrijving van de lasten voor een eerste inrichting;
- 8° de financiële lasten, meer bepaald de lasten van leningen aangegaan ter financiering van de hierboven vermelde investeringen;
- 9° de aanloopkosten, luidende:
 - a) voor de bestaande ziekenhuizen of bestaande ziekenhuisdiensten:
 - 1° de oprichtingskosten van een VZW of van andere rechtspersonen zonder winstoogmerk;
 - 2° de kosten van hypothecaire akten.
 - b) voor de ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten in opbouw:
 - 1° de bouwbelastingen;

* Inwerkingtreding: 01.01.2010.

- 2° de verzekeringskosten;
- 3° de kosten van verwarming;
- 4° de kosten van schoonmaak voor de ingebruikstelling;
- 5° de financiële lasten van leningen of overbruggingskredieten voor financiering van het eigen aandeel;
- 6° de notaris- en registratiekosten ingevolge de sub 5° bedoelde leningen.

Voor de toepassing van dit besluit worden de lasten voor het huren van gebouwen gelijkgesteld met afschrijvingen.]³⁸

*Wetgeving voor de Franse gemeenschap**

[Artikel 9

...] ⁴⁴

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap†

[Artikel 9

...] ^{45bis}

Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie‡

[Artikel 9

...] ⁸⁴

Artikel 10

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

Artikel 11

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

Wetgeving voor de Franse gemeenschap

[Artikel 11

...] ⁴⁴

* Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

† Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 56, 5°, b) van het Besluit (**Brussel**) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

*Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap***[Artikel 11]**...]^{45bis}**Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie†**[Artikel 11]**...]⁸⁴***Onderafdeling 3 – Deel B van het budget****Artikel 12**

- § 1 Onderdeel B1 van het budget heeft betrekking op de gemeenschappelijke diensten met name:
- a) algemene kosten;
 - b) onderhoud;
 - c) verwarming;
 - d) administratie;
 - e) was en linnen;
 - f) voeding;
 - g) internaat.
- § 2 De onderscheidene bestanddelen van ieder der gemeenschappelijke diensten waarvan de kost door Onderdeel B1 van het budget worden gedekt zijn:
- a) voor de algemene kosten:
 - 1° de personeelslasten van huisbewaarders, portiers, nachtwakers, parkingbewakers, tuiniers, liftpersoneel, wagenbestuurders uitgezonderd deze van ziekenwagens;
 - 2° de werkings- en onderhoudskosten van siertuinen, wegen, koeren, parkings, vervoermiddelen met uitzondering van die van ziekenwagens;
 - 3° de vervoerkosten voor het:
 - interne en externe vervoer van de verbruiksgoederen;
 - interne patiëntenvervoer;
 - [extern patiëntenvervoer, om medische redenen, van patiënten opgenomen op de verpleegeenheden of verblijvend op de spoedgevallendienst naar een ander ziekenhuis]^{85†}
 - vervoer van bloed;

* Art. 56 van het programmadecreet van de Duitstalige Gemeenschap van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

† Art. 56, 5°, c) van het Besluit (Brussel) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2024.

- 4° de belastingen en taksen, zoals patrimoniumtaksen, onroerende voorheffingen, belastingen op het afhalen van huisvuil en afvalstoffen of op de aansluiting op het rioolnet, alsmede die op gevaarlijke, hinderlijke en schadelijke bedrijven en op tewerkgesteld personeel;
- 5° de verzekeringskosten voor risico's van brand, waterschade en andere risico's, voor burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de instelling en van het tewerkgesteld personeel [...] ⁵¹
- 6° de kosten van brandbestrijding;
- 7° de kosten van ophaling en behandeling van vuilnis en van afvalstoffen;
- 8° de kosten van erediensten en gelijkgestelde diensten;
- 9° de kosten van het mortuarium;
- b) voor de kosten voor onderhoud:
 - 1° de kosten van personeel voor schoonmaak, technisch onderhoud, en veiligheid;
 - 2° de normale kosten van schoonmaak, van technisch onderhoud, en van de herstelling van werkhuizen;
 - 3° de kosten van water, gas en elektriciteit;
 - 4° de onderhoudskosten van de liften en de verwarming;
- c) voor de kosten van verwarming:
 - 1° de kosten van het personeel voor het toezicht op de verwarmingsinstallaties;
 - 2° de kosten van brandstoffen;
 - 3° de herstellingskosten van de stookinstallaties;
- d) voor de administratieve kosten:
 - 1° de personeels- en werkingskosten van de directie, de administratie, de boekhouding, de personeelsdienst, het onthaal, de sociale dienst voor de patiënten, de tarificatie, de geschillen, de gecentraliseerde archieven, de kasdienst, het economaat, de magazijnen, de telefooncentrale, de deurwachters, de loopjongens en de boodschappers;
 - 2° de kosten van beheer en representatie;
 - 3° de informaticakosten;
 - 4° de kosten voor aansluiting bij ziekenhuisorganisaties;
 - 5° de kantoorbenodigdheden, drukwerken en documentatie;
 - 6° de verzendingskosten;
 - 7° de kosten voor de werving van personeel, de kosten voor opleiding en vervolmaking, waarin door artikel 15, 10°, niet wordt voorzien;
 - 8° de kosten voor het functioneren van verschillende raden en comités die ingesteld zijn krachtens de vigerende wetgeving.

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

e) voor de kosten van was en linnen:

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

f) voor de voedingskosten:

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

g) voor de internaatskosten:

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

Artikel 13

De bestanddelen waarvan de kostprijs door Onderdeel B2 van het budget wordt gedekt zijn:

- 1° de kosten van het verplegend en verzorgend personeel [, behalve de instrumentisten van de operatieafdeling;]³²
- 2° de kosten van de courante geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 1, 1° van het koninklijk besluit van 6 juni 1960 betreffende de fabricage, de bereiding en distributie in het groot en de terhandstelling van geneesmiddelen, en de kosten van medische gassen en magistrale bereidingen;
- 3° [de verbandmiddelen;]⁵⁸
- 4° [de medische verbruiksgoederen, de producten voor de zorgverlening en het klein instrumentarium;]²
- 5° de kosten van bewaring van het bloed;
- 6° de kosten van revalidatie en herscholing met betrekking tot gehospitaliseerde patiënten in de A-, T-, K-, G en Sp- diensten;
- [7° [...]^{85*}]²⁰

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

Artikel 14

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

- 1° de kosten van onderhoud voor de uitrusting en van de lokalen;
- 2° de kosten van verbruiksgoederen;
- 3° de algemene onkosten;
- 4° de kosten van verplegend en technisch gekwalificeerd personeel;
- 5° de administratiekosten.

Artikel 15

Onderdeel B4 bevat de middelen die forfaitair de lasten dekken met betrekking tot:

- 1° de verbetering van de kwaliteit van de zorgverstrekking zoals bedoeld in artikel 99 van voormelde wet op de ziekenhuizen; de toegekende middelen vertegenwoordigen een deel van het budget dat door de buitengebruikstelling van bedden vrijgemaakt wordt;
- 2° de hoofdgeneesheer;
- 3° de verpleegkundige en geneesheer-ziekenhuishygiënist en de registratie van de nosocomiale ziekenhuisinfecties;
- 4° de registratie van de minimale verpleegkundige gegevens, de minimale klinische gegevens, de minimale psychiatrische gegevens en de activiteit van de spoedgevallendienst en de MUG;
- 5° de bedrijfsrevisor;
- 6° het personeel toegekend aan de openbare ziekenhuizen om het intern transport van de gehospitaliseerde patiënten te verzekeren;
- 7° samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten die als overlegplatform fungeren alsmede initiatieven die betrekking hebben op de verwezenlijking van piloot projecten betreffende de bemiddelingsfunctie in de sector psychiatrie;
- 8° de evaluatie van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteiten en de bevordering van de integratie van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten;
- 9° de kosten die met de overeenkomsten van eerste tewerkstelling gepaard gaan;
- 10° de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel;
- 11° [...] ¹⁰ de bijkomende kosten voor de contractuele personeelsleden die gesubsidieerd worden door het Interdepartementaal Begrotingsfonds, ter bevordering van de werkgelegenheid;
- 12° de kosten met betrekking tot het personeel dat belast is met de coördinatie, op een multidisciplinaire wijze, van de verzorging van de patiënten, teneinde het ontslag van de

- patiënt voor te bereiden met het oog op het waarborgen van de continuïteit van een efficiënte zorgverlening en van de kwaliteit;
- 13° voor de acute ziekenhuizen, de kosten met betrekking tot de analyse en het gebruik van de statistische gegevens met het oog op de coördinatie van de kwaliteitsstrategie van het ziekenhuis;
- 14° de kosten met betrekking tot de palliatieve functie;
- 15° de middelen toegekend om de verhoging van de werkgeversbijdragen voor de pensioenen in de openbare ziekenhuizen te dekken;

Wetgeving van toepassing vanaf 01/07/2026

- [15° *de middelen toegekend om de stijging van de werkgeversbijdragen voor de pensioenen in de openbare ziekenhuizen ten laste te nemen, om een deel van de lasten van de basispensioenbijdrage te compenseren en om een deel van de lasten van de aanvullende pensioenbijdrage in het kader van de individuele responsabilisering te compenseren, voortvloeiend uit de wet van 24 oktober 2011 tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en van de lokale politiezones, tot wijziging van de wet van 6 mei 2002 tot oprichting van het pensioenfonds van de geïntegreerde politie en houdende bijzondere bepalingen inzake sociale zekerheid en houdende diverse wijzigingsbepalingen.*]⁸
- 16° de middelen toegekend om de vervanging van de afwezigheden van lange duur van het statutair personeel in de openbare ziekenhuizen te dekken;
- 17° de toegekende middelen met het oog op de registratie van de minimale psychiatrische gegevens in de psychiatrische verzorgingstehuizen;
- 18° de kosten voor de banen toegekend op 1 juli 1990, 1 januari 1991, 1 januari 1992, 1 januari 1994 in de psychiatrische ziekenhuizen met erkende T-diensten;
- 19° de middelen die worden toegekend teneinde de financiering van de erkende MUG-functie en de in de dringende geneeskundige hulpverlening opgenomen te waarborgen;
- 20° de middelen toegekend met het oog op de realisatie van pilootstudies over de registratie en verzameling van gegevens waardoor de financiering kan verfijnd worden en de kwaliteit van zorgen kan verbeterd worden;
- 21° de middelen toegekend met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening in psychiatrische voorzieningen, overeenkomstig de voorwaarden en modaliteiten nader bepaald in artikel 52, § 2;
- 22° de middelen die worden toegekend met het oog op de bevordering van een doelmatig opname- en ontslagbeleid in de acute ziekenhuizen;
- 23° [...]^{29*}
- 24° de middelen toegekend voor de uitvoering van pilootstudies over de psychiatrische ziekenhuizen, met name over de behandeling van patiënten met gedragsstoornissen

* Inwerkingtreding: 01.07.2011.

- en/of agressieve stoornissen, over de resocialisering van de geïnterneerden, over de gezinsplaatsing van kinderen met geestesstoornissen, over de behandeling van kinderen met gedragsstoornissen en/of agressieve stoornissen en over de behandeling thuis van kinderen met geestesstoornissen;
- 25° [...] ¹⁸
- 26° de op 30 juni 2002 toegekende middelen voor de medische producten voor transplantaties, het krachtens de sociale akkoorden toegekende aanvullende personeel, het aanvullende personeel toegekend voor de erkende K-bedden, de bedden voor pediatrie oncologie, voor de oprichting van een mobiel team, voor het personeel ter begeleiding van het verplegend en verzorgend personeel, hetwelk pas aangeworven werd of een loopbaanonderbreking beëindigd heeft en voor het aanvullende personeel belast met ludieke activiteiten en psychisch-sociale ondersteuning in de E-bedden;
- 27° de middelen toegekend aan de ziekenhuizen met niet in artikel 18 bedoelde universitaire bedden;
- [28° de middelen toegekend aan de ziekenhuizen die beschikken over een erkend zorgprogramma «Reproductieve Geneeskunde B »;
- 29° de middelen die worden toegekend voor de forfaitaire dekking van de kosten die voortvloeien uit de bemiddelingsfunctie in de acute ziekenhuizen en de geïsoleerde Sp-diensten;]⁵
- [30° de middelen toegekend aan de ziekenhuizen bedoeld onder [artikel 74quater]¹⁷;⁶
- [31° [de middelen toegekend aan de ziekenhuizen die erkend zijn overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 4 juni 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de afdeling «expertisecentrum voor comapatiënten » moet voldoen om te worden erkend;]²⁷]¹³
- [32° de middelen die worden toegekend aan de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden teneinde de coördinatie van het zorgtraject te garanderen en de psychologische begeleiding van zwaar verbrande patiënten te ondersteunen;
- 33° [...] ⁷⁶]³²
- [34° in voorkomend geval, het bijzonder bedrag, ter verbetering van de werking van het ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 91quater;]¹⁸
- [35° de financiering van de arbeidsplaatsen die werden gecreëerd krachtens de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, Titel V, Hoofdstuk III « Tewerkstelling van jongeren in de non-profitsector »;]³¹
- [36° de kosten met betrekking tot de techniek van snelle desintoxicatie onder narcose van patiënten met een opiatenafhankelijkheid « Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) » genoemd;]²⁶
- [37° de financiering van een jaarlijkse premie toegekend aan bepaalde verpleegkundigen volgens de voorwaarden zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep,

* Inwerkingtreding: 01.07.2008.

in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties;]⁶³

*Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap**

[37° ...]⁷

[38° de financiering van de uitgaven die kunnen worden gemaakt ten laste van het Zorgpersoneelfonds bedoeld in de wet van 9 december 2019 tot oprichting van een Zorgpersoneelfonds, voor het jaar 2020;]^{78†}

[39° de financiering van het specialisatiecomplement voor verpleegkundigen toegekend overeenkomstig het koninklijk besluit van 17 juli 2022 tot invoering van een specialisatiecomplement en tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties en het koninklijk besluit van 25 september 2014 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in de thuisverpleging, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden;]^{81‡}

[40° de kosten verbonden aan cybersecurity.]^{81§}

[Bovendien dekt onderdeel B4 ook de kosten bedoeld in artikel 101 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en de andere verzorgingsinrichtingen.]⁷⁶

Artikel 16

Onderdeel B5 dekt werkingskosten van de ziekenhuisapotheek.

Artikel 17

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

Artikel 18

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

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

Artikel 19

[Onderdeel B8 dekt de specifieke kosten van een ziekenhuis met een op sociaal-economisch vlak zeer zwak patiëntenprofiel, met uitzondering van de kosten bedoeld in artikel 7, 2°, b).]²⁰

* Art. 2 van het besluit van de **Vlaamse Regering** van 15.09.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen – Inwerkingtreding: 02.09.2016.

† Inwerkingtreding: 01.01.2020.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2022.

§ Inwerkingtreding: 01.07.2022.

[Artikel 19bis

De elementen waarvan de kosten door Onderdeel B9 worden gedekt, zijn de volgende:

- 1° de eindeloopbaanmaatregelen;
- 2° het complement van de attractiviteitspremie, bedoeld in punt 10 van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt 13 van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;
- 3° de stijging van het aan het statutair personeel toegekende vakantiegeld;
- 4° [de stijging van het loonsupplement voor nachtprestaties op zon- en feestdagen van 50 naar 56 %;]^{27*}
- 5° de jobcreatie, bedoeld in punt 9.3. van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt 11.5. van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;]¹⁷
- [6° de financiering van een functiecomplement toegekend aan de hoofdverpleegkundigen, de verpleegkundigen diensthoofd van het middenkader en de hoofdparamedici met een geldelijke anciënniteit van minimum 18 jaar en die de opleiding zoals vereist door de besluiten tot vaststelling van hun functie genoten hebben;]^{27†}
- [7° de uitbreiding van de mobiele equipe, de onmiddellijke vervanging en de communicatie van de uurroosters in de ziekenhuissector bedoeld in punten 8.4 en 9.3 van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector en in punten 10.5 en 11.5 van het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;
- 8° de toewijzing van het saldo van het sociaal akkoord 2005-2010 in de ziekenhuizen van de openbare sector overeenkomstig de modaliteiten voorzien in een lokaal akkoord genomen in uitvoering van het Protocol nr. 2009/06 betreffende de onderhandelingen gevoerd op maandag 21 december 2009 binnen het comité voor de provinciale en lokale overheidsdiensten (comité C);
- 9° de jobcreatie, bedoeld in punt IV van het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren 2011 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profitsector, en in punt III van het protocol nr. 2011/01 van 21 februari 2011 van het comité voor de provinciale en lokale overheidsdiensten (comité C);

* Inwerkingtreding: 01.01.2007.

† Inwerkingtreding: 01.07.2008.

- 10° de toekenning van weddenschaal 1.35 aan zorgkundigen, bedoeld in punt 2.1 van het sociaal akkoord 2013 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private en openbare non-profitsector;
- 11° de financiering van de meerkost voortvloeiend uit de invoering van het IFIC-loonmodel in de ziekenhuizen vallend onder het paritair comité 330 en in de ziekenhuizen van de openbare sector, binnen het begrotingskader dat is vastgelegd in het sociaal akkoord van 25 oktober 2017;
- 12° de financiering voor de implementatie aan 100 % van het IFIC-loonmodel, zoals bepaald in punt 1, a), van het sociaal akkoord 2021-2022, in de ziekenhuizen vallend onder het paritair comité 330 en in de ziekenhuizen van de openbare sector;
- 13° de financiering van de maatregelen betreffende de kwalitatieve verbetering van de arbeidsomstandigheden van het personeel bedoeld in punt 2 van het sociaal akkoord 2021-2022;
- 14° vanaf 2021, de financiering van de uitgaven die ten laste van het Zorgpersoneelfonds kunnen worden gemaakt zoals bedoeld in de wet van 9 december 2019 tot oprichting van een Zorgpersoneelfonds;]⁷⁸
- [15° voor 2023, een bijdrage in de kosten om het zorgpersoneel te ontlasten;]^{81*}
- [16° de middelen toegewezen aan de opleiding van kandidaat-specialisten.]^{81†}

Onderafdeling 4 – Deel C van het budget

Artikel 20

[...]³⁸

Artikel 21

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

Artikel 22

[Onderdeel C3 bevat het bedrag voor de eenpersoonsskamers, waarvoor, overeenkomstig artikel 97 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, supplementen boven het budget van financiële middelen worden geïnd en waarmee het budget van financiële middelen van het ziekenhuis wordt verminderd.]^{27‡}

Artikel 23

[...]⁶²

* Inwerkingtreding: 01.01.2023.

† Inwerkingtreding: 01.08.2021.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2010.

HOOFDSTUK VI – Modaliteiten voor de vaststelling van het budget en criteria volgens dewelke de kosten worden aanvaard

Afdeling 1 – Deel A van het budget

Onderafdeling 1 – Onderdeel A1 van het budget

Artikel 24

De investeringslasten, die gedekt worden door Onderdeel A1 van het budget, worden afgeschreven overeenkomstig de bepalingen en de termijnen bepaald door [het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen.]²⁷

Wetgeving voor het Waals gewest*

[Artikel 24

...]⁴²

Wetgeving voor de Franse gemeenschap†

[Artikel 24

...]⁴⁴

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap‡

[Artikel 24

...]^{45bis}

* Art. 2, 4° a) van het besluit van de **Waalse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

Art. 3 van het voornoemd besluit:

“De bepalingen bedoeld in artikel 2 blijven van toepassing:

- 1° voor de financiering van de investeringen van de infrastructuur en de medisch-technische diensten verzekerd door de federale overheid in opdracht van de Gemeenschappen, overeenkomstig artikel 47/9, § 4, van de bijzondere wet van 16.01.1989 betreffende de financiering van de Gewesten en de Gemeenschappen;
- 2° voor de financiering van de investeringen die de nodige verlenging vormen van de finalisering van de bouwkalender vastgesteld door het protocol-akkoord gesloten in het kader van de interministeriële conferentie voor gezondheid van 19.06.2006. De investeringen bedoeld onder dit punt voldoen aan alle volgende voorwaarden samen:
 - a) er is ingestemd met het voorontwerp, medegedeeld door de Minister bevoegd voor gezondheidsbeleid voor alle fases van de betrokken investeringen;
 - b) ze beogen de heropbouw van meerdere ziekenhuislocaties op één enkele locatie;
 - c) de werf werd aangevat voor 01.01.2015.

De investeringen bedoeld onder 2° zijn ten laste van het Gewest.”

† Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

*Wetgeving voor de Gemeenschappelijk Gemeenschapscommissie***[Artikel 24**...]³⁴***Artikel 25**

§ 1 De afschrijvingen voor de lasten van opbouw, [...] ^{27†}, uitrusting en apparatuur, worden berekend op de werkelijke investeringswaarden, en zijn begrensd tot de daarvoor geldende maximumbedragen, verminderd met de om niet-verkregen toelagen verleend door de overheden bevoegd voor het gezondheidsbeleid op grond van de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet.

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

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

In geval van toepassing van artikel 3, § 1bis van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, dan wordt het percentage van 40 % gebracht op 90 %.] ³¹

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

De afschrijvingslasten voor investeringen, bedoeld in artikel 9, 5°, worden ten belope van 100 % van de werkelijke investeringswaarde gedekt in het budget van financiële middelen, verminderd met de om niet-verkregen toelagen verleend door de overheden bevoegd voor het beleid inzake duurzame ontwikkeling.] ²⁷

§ 4 [De afschrijvingslasten van de investeringen die uitgevoerd worden om te voldoen aan de architectonische normen voor de ziekenhuisapotheek en de chirurgische daghospitalisatie, mogen niet hoger zijn dan 40 % van de werkelijke investeringswaarden, beperkt tot de in § 1 bedoelde maximumbedragen, voor zover er betoelaging werd

* Art. 56, 5°, d) van het Besluit (Brussel) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

† Inwerkingtreding: 01.01.2010.

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

In geval van toepassing van artikel 3, § 1bis van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, dan wordt het percentage van 40 % gebracht op 90 %.³¹

- § 5 De aankoop prijs van de grond wordt uitgesloten van de in §§ 1 tot 4, bedoelde afschrijving.
- § 6 De in §§ 1 en 4 bedoelde afschrijvingen kunnen op een provisionele wijze worden vastgesteld bij de ingebruikname van de betreffende investering.
- [§ 7 Vanaf 1 juli 2006 wordt aan elk ziekenhuis een bedrag van 2.200 € 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°.]¹⁸

Wetgeving voor het Waals gewest*

[Artikel 25]

...]⁴²

Wetgeving voor de Franse gemeenschap†

[Artikel 25]

...]⁴⁴

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap‡

[Artikel 25]

...]^{45bis}

* Art. 2, 4° a) van het besluit van de **Waalse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2016

Zie de opmerkingen in de voetnoot met betrekking tot artikel 24.

† Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

*Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ***[Artikel 25]*...]^{B4}**Artikel 26**

[Voor de afschrijvingen van lasten van grote onderhoudswerken evenals voor de lasten van eerste inrichting, zoals bedoeld in artikel 9, 3° en 7°, worden de werkelijke lasten in aanmerking genomen.]^{27†}

*Wetgeving voor het Waals gewest ‡**[Artikel 26]*...]⁴²*Wetgeving voor de Franse gemeenschap §**[Artikel 26]*...]⁴⁴*Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap ****[Artikel 26]*...]^{45biss}*Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ††**[Artikel 26]*...]^{B4}

* Art. 56, 5°, d) van het Besluit (**Brussel**) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

† Inwerkingtreding: 01.01.2010.

‡ Art. 2, 4° a) van het besluit van de **Waalse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2016.
Zie de opmerkingen in de voetnoot met betrekking tot artikel 24.

§ Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

** Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

†† Art. 56, 5°, d) van het Besluit (**Brussel**) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

Artikel 26bis

[De afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, bedoeld in artikel 9, 4°, worden als volgt gedekt:

- 1° de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken die vóór 1 januari 2010 zijn uitgevoerd, worden gedekt in het budget van financiële middelen op grond van de werkelijke lasten.
- 2° Op 1 januari 2010 wordt, met het oog op een betere dekking in het budget van financiële middelen van de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, een bedrag van 15.962.609 € verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

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

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

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

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

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

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

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2011 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2011 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.]]^{28*}

- [4° Op 1 januari 2012 wordt een bijkomend bedrag van 15.962.609 € verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

* Inwerkingtreding: 01.01.2011.

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

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

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

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2012 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2012 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.]³⁰

- [5° Op 1 januari 2013 wordt een bijkomend bedrag van 15.962.609 € verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

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

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

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

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2013 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die in 2013 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.]^{37*}

- [6° Op 1 januari 2014 wordt een bijkomend bedrag van 15.962.609 € verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

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

* Inwerkingtreding: 01.01.2013.

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

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

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

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

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

Indien daarentegen bij de jaarlijkse herziening van het budget van financiële middelen in 2015 blijkt dat de werkelijke afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die voor de eerste keer afschrijfbaar zijn tijdens het herziene jaar, lager liggen dan het toegekende forfait, wordt het toegekende forfait behouden.]^{38*}

- [8° Voor de niet prioritaire herconditioneringswerken zoals bedoeld in artikel 47/9, § 4, eerste lid, 3°, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten die voor de eerste keer, ten vroegste vanaf 2016 worden afgeschreven, dient de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu te beschikken over het akkoord van de bevoegde minister voor de gemeenschappen, voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en desgevallend voor het Waalse Gewest en de Franse gemeenschapscommissie.]^{38†}

- [9° Vanaf 1 januari 2016 worden de afschrijvingslasten voor herconditioneringswerken, die voor de eerste keer afschrijfbaar zijn tijdens het betrokken jaar, gedekt voor de werkelijke kosten.]^{38‡}

* Inwerkingtreding: 01.01.2015.

† Inwerkingtreding: 01.07.2014.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2016.

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap *[9° ...]⁴³Wetgeving voor het Waals gewest †[Artikel 26bis...]⁴²Wetgeving voor de Franse gemeenschap ‡[Artikel 26bis...]⁴⁴Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap §[Artikel 26bis...]^{45bis}Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie **[Artikel 26bis...]⁴⁴Artikel 27

- § 1 [Voor de financiële lasten van leningen aangegaan ter financiering van de in artikelen 25, 26 en 26bis bedoelde investeringen, worden eveneens de werkelijke lasten weerhouden mits inachtneming van dezelfde beperkingen als deze vermeld in artikel 25 §§ 1, 2, 4, en 5.]^{28††}
- § 2 De in § 1 bedoelde financiële lasten kunnen provisioneel worden vastgesteld, wanneer die betrekking hebben op de in artikel 25, § 1, en § 4, bedoelde investeringen.

* Art. 1 van het Besluit van de **Vlaamse Regering** tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat betreft de investeringslasten en de aanloopkosten die voor de vaststelling van het voormelde budget in aanmerking worden genomen - Inwerkingtreding: 01.01.2016.

† Art. 2, 4° a) van het besluit van de **Waalse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie - Inwerkingtreding: 01.01.2016.

§ Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

** Art. 56, 5°, d) van het Besluit (**Brussel**) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

†† Inwerkingtreding: 01.01.2010.

*Wetgeving voor het Waals gewest**[Artikel 27]...]⁴²*Wetgeving voor de Franse gemeenschap†*[Artikel 27]...]⁴⁴*Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap‡*[Artikel 27]...]^{45bis}*Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie[§]*[Artikel 27]...]³⁴Artikel 28

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

*Wetgeving voor het Waals gewest***[Artikel 28]...]⁴²

* Art. 2, 4° a) van het besluit van de **Waalse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

Zie de opmerkingen in de voetnoot met betrekking tot artikel 24.

† Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

§ Art. 56, 5°, d) van het Besluit (**Brussel**) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

** Art. 2, 4° a) van het besluit van de **Waalse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

Zie de opmerkingen in de voetnoot met betrekking tot artikel 24.

Wetgeving voor de Franse gemeenschap*[Artikel 28]...]⁴⁴Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap†[Artikel 28]...]^{45bis}Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie‡[Artikel 28]...]³⁴Artikel 29

[§ 1 In afwijking van artikel 25 worden de volgende lasten, na afschrijving van de betoelaagde investeringen, forfaitair vergoed:

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

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

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

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

	Universitaire groep	< 200 bedden	200 tot 299 bedden	300 tot 449 bedden	> 450 bedden
Spoedgevallendienst	3	3	3	5	3
Operatiekwartier	46	48	56	47	52
Materniteit	1	3	5	4	4
Intensieve neonatologie	5	3	-	1	6
Intensieve zorgen	20	16	13	15	13
Andere diensten	25	27	23	28	22

* Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de Franse gemeenschap van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie - Inwerkingtreding: 01.01.2016.

† Art. 56 van het programmadecreet van de Duitstalige Gemeenschap van 22.02.2016 - Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 56, 5°, d) van het Besluit (Brussel) van 03.10.2024 - Inwerkingtreding: 01.01.2025.

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

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

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

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt:

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

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

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

waarbij:

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

- B gelijk is aan 50 % van het beschikbare budget
- C gelijk is aan het budget B2 dat op 1 januari 2005 overeenkomstig artikel 45, §§ 1 en 9, aan het ziekenhuis is toegekend
- D gelijk is aan de som van de budgetten B2 die op 1 januari 2005 overeenkomstig artikel 45, §§ 1 en 9, aan alle ziekenhuizen van het land worden toegekend

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

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

- 1° het beschikbare budget op 30 juni 2005 wordt eerst verdeeld onder de groepen van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 40 op basis van de kosten gedurende een dienstjaar. Vervolgens wordt het beschikbare budget binnen elke groep verdeeld naar rata van de som van de budgetten van onderdeel B1 en onderdeel B2 en dit met toepassing van de artikelen 42, 10e bewerking en 45, § 7, voor het laatst gekende dienstjaar;
- 2° de overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1° gebeurt progressief.

De aanpassing wordt vastgelegd als volgt:

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

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

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

waarbij:

- A gelijk is aan 60 % van het beschikbare budget gedeeld door het aantal ziekenhuizen, dit is 104.244 €
- B gelijk is aan 40 % van het beschikbare budget
- C gelijk is aan de som van de budgetten B1 en B2 die op 1 januari 2005 overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42 en 45, §§ 1 en 9 aan het ziekenhuis worden toegekend
- D gelijk is aan de som van de budgetten B1 en B2 die op 1 januari 2005 overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42 en 45, §§ 1 en 9, aan alle ziekenhuizen van het land worden toegekend

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

- § 4
- 1° Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 1° en 2°, aan de ziekenhuizen en Sp-diensten en geïsoleerde G-diensten wordt toegekend, wordt berekend door het beschikbare budget op 30 juni 2005 onder de ziekenhuizen te verdelen naar rata van het aantal erkende en bestaande bedden per ziekenhuis.
- 2° De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1° gebeurt progressief. De aanpassing wordt vastgelegd als volgt:
- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
 - op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
 - op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003.
- 3° Het bedrag bedoeld in 2° wordt verhoogd met een bedrag M dat als volgt wordt berekend:
- $$M = 216,29 \text{ €} \times \text{Lihi}$$
- waarbij:
- Lihi = het aantal op 1 januari 2005 erkende bedden
- Dit bedrag M wordt pro rata van 1/3 op 1 juli 2005, 2/3 op 1 juli 2006, 3/3 op 1 januari 2007 toegekend.
- § 5
- 1° Het forfaitair bedrag dat krachtens § 1, 1°, en 2°, aan de psychiatrische ziekenhuizen wordt berekend door het beschikbare budget op 30 juni 2005 onder de ziekenhuizen te verdelen pro rata het aantal erkende en bestaande bedden per ziekenhuis.
- Om het aantal bedden te berekenen, wordt het aantal bedden voor daghospitalisatie vermenigvuldigd met 0,7.
- 2° De overgang van het budget op 30 juni 2003 naar het forfait berekend overeenkomstig 1° gebeurt progressief.
- De aanpassing wordt vastgelegd als volgt:
- op 1 juli 2003, 34 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
 - op 1 juli 2004, 67 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003;
 - op 1 juli 2005, 100 % van het verschil tussen het forfait en het budget op 30 juni 2003.
- 3° Het bedrag bedoeld in 2° wordt verhoogd met een bedrag M dat als volgt wordt berekend:
- $$M = 177,68 \text{ €} \times \text{Lihi}$$

waarbij:

Lihi = het aantal op 1 januari 2005 erkende bedden

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

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

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

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

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

[Gevolg gevende aan de bevoegdheidsoverdracht inzake de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen door de Federale overheid aan de Gemeenschappen op 1 juli 2014, zijn deze berekeningen niet meer gemaakt.]^{38*}

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

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

* Inwerkingtreding: 01.07.2014.

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

[§ 10 ...]³⁸

Wetgeving voor het Waals gewest*

[Artikel 29

...]⁴²

Wetgeving voor de Franse gemeenschap†

[Artikel 29

...]⁴⁴

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap‡

[Artikel 29

...]^{45bis}

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap§

[Artikel 29

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

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

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

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

§§ 2 tot 7...

§ 8 De ziekenhuizen die vanaf het dienstjaar 1997 voor het eerst betoelaagde investeringen afschrijven, krijgen een herziening gebaseerd op de reële afschrijvingslasten, voor zover de betoelaagde investering deel uitmaakt van een uitbreidings- en/of verbouwingsproject ten belope van ten minste 25 % van de maximprijs van de bouw, berekend met toepassing van de ministeriële besluiten van 1 en 4 september 1978 tot wijziging van de

* Art. 2, 4° a) van het besluit van de **Waalse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2017.

Zie de opmerkingen in de voetnoot met betrekking tot artikel 24.

† Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

§ Art. 18 van het besluit van de **Vlaamse regering** van 14.07.2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen – Inwerkingtreding: 01.01.2017.

ministeriële besluiten van 1 juli 1971 en 8 november 1973 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de apparatuur en de uitrusting van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend. Als de reële lasten hoger zijn dan de forfaitaire bedragen zoals die op 1 juli 2012 werden berekend overeenkomstig § 2 tot en met 5, wordt het verschil tussen de reële lasten en die forfaitaire bedragen in aanmerking genomen. De in aanmerking genomen reële lasten beperken zich tot de bedragen zoals ze vóór 1 januari 2017 werden berekend met toepassing van § 2 tot en met 5, verhoogd met de afschrijving op het niet-betoelaagde gedeelte van de betoelaagde investering.

§ 9 ...^{§6}

Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie *

[Artikel 29

...]^{§4}

[Artikel 29bis

De aanloopkosten worden aanvaard op basis van de werkelijke uitgaven, en in het budget van financiële middelen opgenomen, overeenkomstig artikel 2, 1°, van het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen.]³⁸

Wetgeving voor het Waals gewest †

[Artikel 29bis

...]^{§2}

Wetgeving voor de Franse gemeenschap ‡

[Artikel 29bis

...]^{§4}

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap §

[Artikel 29bis

...]^{§5bis}

* Art. 56, 5°, d) van het Besluit (Brussel) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

† Art. 2, 4° a) van het besluit van de **Waalse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2016.
Zie de opmerkingen in de voetnoot met betrekking tot artikel 24.

‡ Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

§ Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie *[Artikel 29bis...]⁵⁴Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap †[Artikel 29ter

In afwijking van artikel 25 tot en met 28 en 29bis, worden de lasten en de aanloopkosten, vermeld in de voormelde artikelen, die op zijn vroegst vanaf 1 januari 2016 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn, niet in aanmerking genomen voor de vaststelling van het budget van financiële middelen.

*Het eerste lid is niet van toepassing op de lasten en de aanloopkosten betreffende de investeringen, vermeld in artikel 47/9, § 4, eerste lid, 2°, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten.*⁵³

Onderafdeling 2 – Onderdeel A2 van het budgetArtikel 30

[De kortetermijnkredietlasten bedoeld in artikel 10 worden op basis van de volgende formule berekend:

$$P \times B \times T$$

waarbij:

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

B gelijk is aan het budget van financiële middelen, zonder onderdeel A2 [...] ⁶² berekend voor het betrokken dienstjaar en vermeerderd met de tegemoetkomingen van de ziekteverzekering van het laatst bekende dienstjaar voor de geneesmiddelen die aan de opgenomen patiënten worden afgeleverd;

$$T = 2,68 \%]^{58}$$
Onderafdeling 3 – Onderdeel A3 van het budgetArtikel 31

§ 1 De investeringslasten die gedekt worden door Onderdeel A3 van het budget, worden afgeschreven overeenkomstig de bepalingen en de termijnen waarin [het koninklijk besluit van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen]²⁷ voorziet;

§ 2 [Onverminderd andersluidende bepalingen worden afschrijvingen voor de lasten van opbouw, verbouwing, uitrusting en apparatuur, berekend op de werkelijke investeringswaarden, verminderd met de niet verkregen toelagen verleend door de

* Art. 56, 5°, d) van het Besluit (Brussel) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

† Art. 2 van het besluit van de Vlaamse regering van 18.12.2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat betreft de investeringslasten en de aanloopkosten die voor de vaststelling van het voormelde budget in aanmerking worden genomen – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

overheden die op basis van artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet bevoegd zijn voor het gezondheidsbeleid.

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

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

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

Wat de afschrijvingen voor de lasten van opbouw en verbouwing betreft en de financiële lasten die daarop betrekking hebben, wordt enkel rekening gehouden met de werken die betrekking hebben op de architectonische normen, voorzien in de koninklijke besluiten houdende vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de betrokken medisch-technische diensten moeten voldoen. Er wordt eveneens rekening gehouden met de afschrijvingslasten en de financiële lasten die op de grote onderhoudswerken betrekking hebben.]]³¹

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

1° voor de magnetische resonatietomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, geïnstalleerd in een erkende dienst voor beeldvorming, overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 oktober 1989, houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd door het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt er een bedrag van 148.736,11 € toegekend.

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

[Op 1 januari 2012 wordt het hierboven genoemde bedrag verlaagd met 3.554,74 € per gefinancierde apparatuur.]^{30*}

*Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap**

- 1° *voor de magnetische resonatietomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, geïnstalleerd in een erkende dienst voor beeldvorming, overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 oktober 1989, houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd door het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt er een bedrag van [114.188,92 euro]^{77bis} toegekend.*

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

[...] ⁷⁷

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

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

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

* Inwerkingtreding: 01.01.2012.

* Art. 8 van het besluit van de Vlaamse regering van 17.06.2016 betreffende de subsidiëring van de uitrusting en apparatuur van de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat de financiering van de lasten van de voormelde uitrusting en apparatuur betreft – Inwerkingtreding: 01.01.2017.

- van 4.125 tot 4.874 punten: 6 bestralingsapparaten en een bijkomend toestel per aanvullende schijf van 750 punten;

- [c] de bestralingsapparatuur wordt gevaloriseerd ten bedrage van 90.000 €, met dien verstande dat zij in exploitatie is en enkel mag bestaan uit een lineaire versneller of een «gamma knife» apparaat;]³⁷
- d) het budget is gelijk aan het aantal apparaten vermenigvuldigd met de waarde in het hierboven vermelde punt c);
- e) het bedrag dat op 1 juli van elk dienstjaar wordt toegekend heeft een voorlopig karakter. Na de beëindiging van het dienstjaar, wordt het op basis van de gegevens van het beschouwde dienstjaar herzien;
- f) de financiering van het apparaat wordt gedurende een periode van 10 jaar toegekend vanaf het jaar volgend op dat waarin de investering wordt verwezenlijkt.

Op 1 januari 2012 wordt het genoemde bedrag onder c) verlaagd met 2.150,97 € per gefinancierde apparatuur.]³²

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

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap*

[3° Voor de tomograaf met positron-emissie (PET-scanner), geïnstalleerd in een dienst voor nucleaire geneeskunde, erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 12 augustus 2000, wordt er een forfaitair bedrag van [175.645,26 €]³⁶ toegekend. [Voor het tweede toestel in universitaire ziekenhuizen, dat dient voor translationeel onderzoek en opleiding, wordt dat forfaitaire bedrag beperkt tot 100.000 €].³⁴

Wetgeving voor het Waals gewest†

[Artikel 31

...]⁴²

* Art. 8 van het besluit van de **Vlaamse regering** van 17.06.2016 betreffende de subsidiëring van de uitrusting en apparatuur van de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat de financiering van de lastes van de voormelde uitrusting en apparatuur betreft – Inwerkingtreding: 01.01.2017.

† Art. 2, 4° b) van het besluit van de **Waanse regering** van 17.12.2015 tot opheffing en wijziging van sommige bepalingen betreffende de subsidiëring van de ziekenhuisinvestering, genomen ter uitvoering van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Inwerkingtreding: 01.01.2016, **BEHALVE art. 31, § 3 opgeheven op 01.07.2018**.
Zie de opmerkingen in de voetnoot met betrekking tot artikel 24.

*Wetgeving voor de Franse gemeenschap***[Artikel 31**...]*⁴⁴*Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap†**[Artikel 31**...]*^{45bis}*Wetgeving voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie‡**[Artikel 31**...]*^{‡4}*Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap§**[Artikel 31bis**In afwijking van artikel 31 worden de volgende lasten niet in aanmerking genomen voor de vaststelling van het budget van financiële middelen:*

- 1° de lasten, vermeld in § 2 van het voormelde artikel, die op zijn vroegst vanaf 1 januari 2016 voor de eerste keer afschrijfbaar zijn;*
- 2° de lasten betreffende de installatie of upgrading van een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, vermeld in § 3, 1°, van het voormelde artikel, als die installatie of upgrading op zijn vroegst vanaf 1 januari 2015 plaatsheeft en als die upgrading op zijn vroegst plaatsheeft in het achtste jaar na dat van de installatie van het apparaat;*
- 3° de lasten betreffende de installatie van bestralingsapparatuur en van een tomograaf met positron-emissie, vermeld in § 3, 2° en 3°, van het voormelde artikel, als die installatie op zijn vroegst vanaf 1 januari 2015 plaats heeft.*

*Het eerste lid is niet van toepassing op de lasten betreffende investeringen, vermeld in artikel 47/9, § 4, eerste lid, 2°, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten.]*⁴³

* Art. 48, § 1, 1° van het programmadecreet van de **Franse gemeenschap** van 10.12.2015 houdende verschillende maatregelen inzake gespecialiseerd onderwijs, schoolgebouwen, kind, cultuur, hoger onderwijs, financiering van het universitair en niet-universitair hoger onderwijs en onderwijs voor sociale promotie – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

† Art. 56 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

‡ Art. 56, 5°, e) van het Besluit (**Brussel**) van 03.10.2024 – Inwerkingtreding: 01.01.2025.

§ Art. 3 van het besluit van de **Vlaamse regering** van 18.12.2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat betreft de investeringslasten en de aanloopkosten die voor de vaststelling van het voormelde budget in aanmerking worden genomen – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

Afdeling 2 – Deel B van het budget

Onderafdeling 1 – Algemene bepalingen

Rubriek 1 – Onderdeel B1

Artikel 32

De door Onderdeel B1 van het budget gedekte kosten worden forfaitair gefinancierd overeenkomstig de onderstaande artikelen 37 tot 44.

Artikel 33

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

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

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

- voor de ziekenhuizen bedoeld onder § 1, eerste zin en § 2 wordt de waarde op 30 juni dat het dienstjaar van de vaststelling van Onderdeel B1 voorafgaat, behouden;
- voor de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden is de waarde per bed van het budget B1 gelijk aan 77.993,2 € voor de privé-ziekenhuizen en aan 79.006,44 € voor de openbare ziekenhuizen (index 1 januari 2002).

[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 € (index 1 juli 2006)

B = totaal aantal m² van de kostenplaatsen 020 tot 499 van alle ziekenhuizen

C = totaal aantal m² van de kostenplaatsen 290 tot 299 van het ziekenhuis]¹⁸

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het beschikbare budget voor de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden verminderd met een bedrag van 2.500,56 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt verdeeld over de eenheden voor de

behandeling van zware brandwonden in functie van hun aandeel in dit beschikbare budget.]]^{85*}

Artikel 34

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

Artikel 35

- § 1 Voor de toepassing van de kenmerken op de ziekenhuizen die, benevens een Sp-dienst of een eenheid voor de behandeling van zware brandwonden, over andere types ziekenhuisdiensten beschikken, worden de Sp-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden niet in aanmerking genomen.
- § 2 De bepalingen van afdeling 2 zijn afzonderlijk van toepassing op alle Sp-diensten en de psychiatrische ziekenhuizen.

Rubriek 2 – Onderdeel B2

Artikel 36

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

Onderafdeling 2 – Onderdeel B1 van het budget van de acute ziekenhuizen

Rubriek 1 – Samenstelling van de ziekenhuisgroepen

Artikel 37

Bij toepassing van artikel 34, worden de groepen van ziekenhuizen op basis van de volgende kenmerken gevormd:

- a) het al dan niet universitaire karakter van het ziekenhuis;
- b) de grootte van het ziekenhuis.

Artikel 38

[Als ziekenhuis met universitair karakter worden beschouwd de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1°, alsook de ziekenhuizen waarvan 75 % van de bedden als universitair wordt aangewezen.]]⁵

Artikel 39

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

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

Artikel 40

Er worden vijf groepen van ziekenhuizen opgericht, te weten:

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

Rubriek 2 – Vaststelling van het forfait B1

Artikel 41

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

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

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

Artikel 42

[§ 1]¹⁰ Met het oog op de vaststelling van het forfait B1 worden de volgende bewerkingen uitgevoerd:

1^e bewerking:

[[Het beschikbare nationale budget van elk van de in artikel 40 bedoelde groepen wordt gevormd door de som van de budgetten waarover de ziekenhuizen van elke groep beschikken de dag die het dienstjaar voorafgaat waarin het budget B1 vastgesteld werd, voor toepassing van de 8e bewerking, en dat na aftrek van de internaatkosten.]]³⁷

Vanaf 1 juli 2007 wordt het beschikbare nationale budget verhoogd met het bedrag van Onderdeel B1 betreffende de chirurgische daghospitalisatie dat op [30 juni 2007]²¹ is toegekend teneinde de bijbehorende lasten te dekken.]]²⁰

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het beschikbare nationale budget, bedoeld in het eerste lid, verminderd met een bedrag van 689.290,20 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt verdeeld over de betrokken ziekenhuizen op basis van hun aandeel in dit beschikbare budget.]]^{85*}

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

2^e bewerking:

Binnen elke groep wordt het beschikbare budget verdeeld over elke gemeenschappelijke dienst overeenkomstig de onderstaande percentages:

Gemeenschappelijke dienst	Percentage				
Groepen	Univ.	< 200 bedden	200 tot 299	300 tot 449	450 en meer
Algemene kosten	6	6	6	7	7
Onderhoud	29	30	29	30	30
Verwarming	2	2	2	2	2
Administratieve kosten	35	30	29	29	28
Wasserij-linnen	11	10	10	10	10
Voeding	17	22	24	22	23

3^e bewerking:

Binnen elke groep en voor elke gemeenschappelijke dienst wordt het beschikbare budget verdeeld over de ziekenhuizen van de groep op basis van de volgende verdeelsleutels:

1^o Algemene kosten:

$$(2/3 * A) + (1/3 * B)$$

waarbij:

[A = het aantal m² van de eenheid voor chirurgische daghospitalisatie en het aantal m² van de diensten bedoeld in artikel 8, a) tot d), gewogen op basis van het aantal m² per bed overeenkomstig de volgende formules:]²⁰

a) voor de niet-universitaire ziekenhuizen:

Aantal m2 per bed in de eenheden en diensten bedoeld in artikel 8	Werkeenheden weerhouden voor de algemene kosten
$Mli < 48$	$M^2i = 48 * Li$
$48 < Mli < 55$	$M^2i = (48 * Li) + [1/2 (Mli - 48) * Li]$
$55 < Mli$	$M^2i = (51,5 * Li) + [1/4 (Mli - 55) * Li]$

waarbij:

Mli = aantal m² per bed in de eenheden en diensten van het ziekenhuis i bedoeld in artikel 8, a), en b)

Li = aantal bedden in ziekenhuis i

M²i = aantal voor ziekenhuis i in aanmerking genomen m²

b) voor de universitaire ziekenhuizen:

$Mli < 75$	$M^2i = 75 * Li$
$75 < Mli < 86$	$M^2i = [(75 * Li) + (1/2 (Mli - 75)) * Li]$
$86 < Mli$	$M^2i = (80 * Li) + [1/4 (Mli - 86)] * Li$

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

[B = het aantal m² berekend onder A, a) en b) waarbij het gedeelte van het operatiekwartier voor de klassieke hospitalisatie en voor de chirurgische daghospitalisatie, van de spoedgevallendiensten, de eenheid voor chirurgische daghospitalisatie en de C-, D- en E-bedden van intensieve aard in het geheel van de diensten met 25 % wordt vermeerderd en het gedeelte van de administratie met 25 % wordt verminderd]²⁰

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

2° Onderhoud:

[Het aantal m² van de in artikel 8 bedoelde diensten, gewogen volgens de formule van punt 1°, A), a), en b), vermeerderd met 50 % voor het gedeelte van het operatiekwartier voor de klassieke hospitalisatie en voor de chirurgische daghospitalisatie en met 25 % voor de eenheid chirurgische daghospitalisatie, met uitzondering van het operatiekwartier, voor de intensieve neonatologie, de spoedgevallendienst en de C, D- en E-bedden van intensieve aard in het geheel van de diensten, en verminderd met 50 % voor het gedeelte van de administratie.]²⁰

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

3° Verwarming:

Het aantal m² van de in artikel 8 bedoelde diensten, gewogen volgens de formule van punt 1°, A), a) en b).

4° Administratieve kosten:

[Het aantal resulterend uit de volgende formule:

$$[A + (0,05 * J_1) + (0,05 * J_2) + 43 * P]^{37}$$

waarbij:

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

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

J₂ = aantal ligdagen in chirurgische daghospitalisatie gedurende het laatst bekende dienstjaar

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

- voor de verpleegeenheden, de in artikel 45, § 8, bedoelde normen, berekend op basis van de erkende bedden, vermeerderd met het krachtens de verschillende sociale akkoorden toegekende personeel;
- voor de bedden van intensieve aard, het aantal bedden berekend overeenkomstig artikel 46, § 2, 2°, c), vermenigvuldigd met 2 voltijdse equivalenten;
- voor het operatiekwartier mbt de klassieke hospitalisatie en de chirurgische daghospitalisatie, voor de spoedgevallendiensten en de centrale sterilisatie, het aantal punten toegekend in toepassing van artikel 46, § 3, 2°, a), b) en d), gedeeld door 2,5;
- voor de eenheid chirurgische daghospitalisatie wordt het aantal punten, toegekend in toepassing van punt 4 van bijlage 3, gedeeld door 2,5;
- 1 FTE hoofd van het verpleegkundig departement per ziekenhuis;
- 1 FTE middenkader per 150 erkende bedden;
- voor de openbare ziekenhuizen, het personeel dat wordt gefinancierd voor de vervangingen van de afwezigheden van lange duur;
- voor de eerste werkervaringsovereenkomsten, het aantal, beperkt tot [1,8 %]¹⁴, van de personeelsformatie, uitgedrukt in voltijds equivalenten, dat in dienst was op 30 juni van het kalenderjaar dat het beschouwde dienstjaar voorafging;
- voor de door het interdepartementaal Fonds voor de bevordering van de werkgelegenheid gesubsidieerde contractuelen, het aantal tewerkgestelde uitgedrukt in voltijds equivalenten die gedurende het beschouwde kalenderjaar in dienst zijn;
- de verpleegkundige ziekenhuishygiënist(e) waarvan het aantal vastgesteld wordt in toepassing van artikel 56;
- het in het kader van de « Sociale Maribel » aangeworven personeel;
- het in toepassing van artikel 51 toegekende personeel;
- het bijkomend personeel, bedoeld in artikel 15, 26° van dit besluit.]²⁰

5° Wasserij-linnen:

[Het aantal ligdagen in klassieke hospitalisatie gedurende het laatst bekende dienstjaar, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 %, en het aantal ligdagen in chirurgische daghospitalisatie, met dien verstande dat de ligdagen in de eenheid chirurgische daghospitalisatie en in de C-, M-, [met inbegrip van de gerealiseerde dagen in MIC-bedden,]⁷³ NIC- en G-diensten en de D- en E-bedden van intensieve aard, gewogen worden met een coëfficiënt gelijk aan 1,25.]²⁰

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

6° **Voeding:**

[Het aantal ligdagen in klassieke hospitalisatie gedurende het laatst bekende dienstjaar, beperkt evenwel tot een bezetting van 100 %, en het aantal ligdagen in chirurgische daghospitalisatie, gewogen met een coëfficiënt gelijk aan 0,44.]²⁰

4^e bewerking:

[...] ³²

5^e bewerking:

...] ¹⁸

6^e bewerking⁵:

[De bedragen berekend overeenkomstig de derde bewerking worden voor elk ziekenhuis opgeteld.]³⁷

Het aldus verkregen bedrag wordt desgevallend lineair aangepast opdat het beschikbare nationale budget voor het geheel van de ziekenhuizen toegekend wordt. Het aldus verkregen budget wordt budget B1 genoemd.

7^e bewerking⁵:

De overgang van het huidige budget naar budget B1 geschiedt geleidelijk.

De aanpassing wordt vastgesteld:

- op 34 % van het verschil tussen het op 1 juli 2002 vastgestelde budget en het huidige in de eerste bewerking bedoelde budget, met inbegrip evenwel van het internaat;
- op [20 %]⁵ van het verschil tussen het op 1 juli 2003 vastgestelde budget en het in de eerste bewerking bedoelde huidige budget, met inbegrip evenwel van het internaat;
- [...] ⁵
- [- op 25 % van het verschil tussen het budget vastgesteld op 1 juli 2004 en het actueel budget volgens de 1^e bewerking, maar het internaat inbegrepen;]¹⁰
- [- op 60 % van het verschil tussen het op 1 juli 2005 vastgestelde budget en het huidige in de 1^e bewerking bedoelde budget, met inbegrip evenwel van het internaat;
- op 100 % van het verschil tussen het op 1 juli 2006 vastgestelde budget en het huidige in de 1^e bewerking bedoelde budget, met inbegrip evenwel van het internaat.]³²

[Onder huidig budget moet worden verstaan het budget waarvan sprake in de 1^{ste} bewerking met inbegrip van het internaat.]⁵ [...] ³²

[8^e bewerking]⁵:

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

Het verschil tussen de aldus verkregen bedragen en de bedragen verkregen na de 3^e bewerking komen in aanmerking voor 60 % vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2005. Het genoemde verschil wordt voor 100 % in aanmerking genomen vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2006.]³⁷

[9^e bewerking]⁵:

De na de [7^e en 8^e bewerking]⁸ verkregen bedragen worden opgeteld. Voor het geheel van de ziekenhuizen mogen die het voor dat Onderdeel nationale beschikbare budget niet overschrijden.

[Bij de uitkomst na de 9de bewerking worden de internaatkosten bijgeteld.]³⁷

[10^e bewerking]⁵:

[Voor de in artikel 33, § 1 en 2 bedoelde ziekenhuizen wordt de financiering die is toegekend om de lasten van de chirurgische daghospitalisatie te dekken, vastgesteld op de waarde op 30 juni die het dienstjaar voorafgaat waarin Onderdeel B1 werd vastgesteld.]²⁰

[11^e bewerking]⁵:

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

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

A + B

waarbij:

A = 25 % van het beschikbare budget gedeeld door het aantal betrokken ziekenhuizen. Om het aantal betrokken ziekenhuizen te bepalen, worden de ziekenhuizen dewelke genieten van verantwoorde G-bedden maar niet over erkende G-bedden beschikken, geteld voor 0,25

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

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

- de ziekenhuizen worden in opklimmende volgorde van [de [in artikel 78bis]^{85*} bedoelde score]^{31†} in decielen gerangschikt.

Aan elk deciel wordt de volgende vermenigvuldigingscoëfficiënt toegekend:

1 ^e deciel	:	1,50
2 ^e deciel	:	1,40
3 ^e deciel	:	1,30
4 ^e deciel	:	1,20
5 ^e deciel	:	1,10
6 ^e deciel	:	1,00
7 ^e deciel	:	0,90
8 ^e deciel	:	0,80
9 ^e deciel	:	0,70
10 ^e 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.

[...]²⁷

[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.]^{28‡}

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

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

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

† Inwerkingtreding: 01.07.2008.

‡ Inwerkingtreding: 01.07.2010.

[...]²⁷[3° ...]⁵¹

[§ 2 De volgende actualisatie van de berekeningen van de 6 eerste bewerkingen gebeurt op 1 juli 2005 en vervolgens om de twee jaar.]¹⁰

[§ 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 € (index 1 juli 2006)

B = totaal aantal m² van de kostenplaatsen 020 tot 499 van alle ziekenhuizen

C = totaal aantal m² van de kostenplaatsen 020 tot 289, 300 tot 309 en 320 tot 499 van het ziekenhuis]¹⁸

Onderafdeling 3 – Onderdeel B1 van de geïsoleerde G-diensten en van de Sp-diensten

Artikel 43

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

1° indien $JR > Q$
 $(B1 * Q) + [(JR - Q) * 0,25 * B1]$

2° indien $JR = Q$
 $B1 * Q$

3° indien $JR < Q$
 $B1 * JR$

Waarbij:

JR = tijdens het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen

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

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

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het beschikbare budget voor de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten, buiten de Sp-diensten voor palliatieve zorg, verminderd met een bedrag

van 83.335,11 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt verdeeld over de betrokken diensten in functie van hun aandeel in dit beschikbare budget.]^{85*}

- § 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 € (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.

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

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het beschikbare budget voor de Sp-diensten voor palliatieve zorg verminderd met een bedrag van 4.872,90 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt verdeeld over de betrokken diensten in functie van hun aandeel in dit beschikbare budget.]^{85†}

- § 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 € (index 1 juli 2006)

B = totaal aantal m² van de kostenplaatsen 020 tot 499 van alle ziekenhuizen

C = totaal aantal m² 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.]³²

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

† Inwerkingtreding: 01.01.2024.

Onderafdeling 4 – Onderdeel B1 van de psychiatrische ziekenhuizen

Artikel 44

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

$B1 * Q$

waarbij:

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

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

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het in het vorige lid genoemde budget verminderd met een bedrag van 169.784,63 euro (index 1 januari 2024). Deze verlaging wordt verdeeld over de psychiatrische ziekenhuizen op basis van hun aandeel in dit budget.]^{85*}

- § 2 De bepalingen van [artikel 42, 11e bewerking, 2°,]⁸ zijn van toepassing op de psychiatrische ziekenhuizen.

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

Het bedrag (M) wordt als volgt berekend:

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

waarbij:

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

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

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

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

Het beschikbare budget wordt overeenkomstig de volgende berekening verdeeld:

$$2.445.000 * [(\sum_1^n A / \sum_1^n N * 0,9 * N) - A] / \sum_1^n [(\sum_1^n A / \sum_1^n N * 0,9 * N) - A]$$

waarbij:

A = bedrag van onderdeel B1 op 30 juni 2006

N = referentieaantal van het ziekenhuis

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

Het beschikbare budget wordt overeenkomstig de volgende berekening verdeeld:

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

waarbij:

A = bedrag van onderdeel B1 op 30 juni 2007

N = referentieaantal van het ziekenhuis]³³

- [§ 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 € (index 1 juli 2006)

B = totaal aantal m² van de kostenplaatsen 020 tot 499 van alle ziekenhuizen

C = totaal aantal m² van de kostenplaatsen 020 tot 199, 315 en 340 tot 439 van het ziekenhuis]¹⁸

Onderafdeling 4bis – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B1 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen

[Artikel 44bis

Vanaf 1 juli 2013 wordt onderdeel B1 van het budget van de financiële middelen van alle ziekenhuizen verminderd met een bedrag van 5 miljoen € op jaarbasis.

De berekening gebeurt als volgt:

$$X = A/B * C$$

waarbij:

A = 5 miljoen €

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

C = waarde van onderdeel B1 van het ziekenhuis zoals betekend in het budget van de financiële middelen op 1 januari 2013]³⁷

[Artikel 44ter

Vanaf 1 januari 2024, mag het niet-spoedeisend ziekenhuisvervoer van patiënten, om medische redenen, met opname in een ander ziekenhuis niet meer gefactureerd worden aan de patiënt.

Dit interhospitaalvervoer wordt gedekt door het budget van financiële middelen volgens de volgende modaliteiten, met uitzondering van het vervoer voorzien in het ministerieel besluit van 8 januari 1992 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en van de toekenningsvoorwaarden voor de tegemoetkoming in de vervoerkosten van de prematuren en pasgeborenen wier leven wordt bedreigd of die een risico op blijvende neurologische sequelae lopen.

Een budget van 12.552.000 euro (index 1 januari 2024) voor algemene ziekenhuizen en 942.000 euro (index 1 januari 2024) voor psychiatrische ziekenhuizen wordt voorzien om de kosten van deze transporten te dekken.

Elk budget wordt verdeeld over de betrokken ziekenhuizen in verhouding tot het aantal punten van elk ziekenhuis, berekend volgens een weging op basis van hun aantal verantwoorde en/of erkende bedden, met inbegrip van de erkende Sp-bedden, de Sp-bedden voor palliatieve zorg en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden.

Voor het eerste semester 2024 is het aantal verantwoorde bedden het aantal dat gebruikt wordt in het budget van financiële middelen op 1 juli 2023 en het aantal erkende bedden is het aantal zoals dat gekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari 2023.

Voor het tweede semester 2024 is het aantal verantwoorde bedden het aantal dat gebruikt wordt in het budget van financiële middelen op 1 juli 2024 en het aantal erkende bedden is het aantal zoals dat gekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari 2024.

De weging is als volgt:

- | | |
|---|---------------------------------|
| - ziekenhuizen met maximaal 200 bedden: | 2,5 punten per bed; |
| - ziekenhuizen met 201 tot 300 bedden: | 2 punten per bed; |
| - ziekenhuizen met 301 tot 450 bedden: | 1,5 punt per bed; |
| - ziekenhuizen met meer dan 450: | 1 punt per bed.] ^{85*} |

Onderafdeling 5 – Onderdeel B2 van het budget van de acute ziekenhuizen

Artikel 45

§ 1 Het globale budget voor Onderdeel B2 wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van een puntensysteem. Deze verdeling geldt niet voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1, en 2.

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

Het budget B2 van de in artikel 33, §§ 1, en 2, bedoelde ziekenhuizen wordt vastgesteld als volgt:

- [voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, § 1, eerste zin, en § 2, wordt de waarde op 30 juni van het dienstjaar van vaststelling van het Onderdeel B2 behouden. [...]^{85*} [Vanaf 1 juli 2025 wordt het budget B2 verminderd met een bedrag van 344.431,31 euro (index op 1 juli 2025).]^{87†}]²⁰
- [voor de brandwondeneenheden bedraagt het budget B2 per bed 207.191,33 € (index 01/07/2005) voor de privé-ziekenhuizen en 209.808,32 € (index 01/07/2005) voor de openbare ziekenhuizen.]¹⁷

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het beschikbare budget voor de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden verminderd met een bedrag van 6.143,98 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt verdeeld over de betrokken ziekenhuizen op basis van hun aandeel in dit beschikbare budget.]^{85‡}

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het globale beschikbare budget bedoeld in de eerste lid verminderd met een bedrag van 1.290.081,49 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt onder de betrokken ziekenhuizen verdeeld op basis van hun aandeel in dit globale budget.]^{85§}

[Vanaf 1 juli 2025 wordt het globale beschikbare budget bedoeld in het eerste lid verhoogd met een bedrag van 11.170.337,68 euro (index op 1 juli 2025).]^{87**}

§ 2 De regels van het puntensysteem, bedoeld in § 1, kunnen slechts om de drie jaar herzien worden, te beginnen vanaf het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002. De verfijning en/of toevoeging van parameters kunnen evenwel gedurende de periode van drie jaar uitgevoerd worden.

[De bedoelde parameters zijn deze waarvan sprake in:

- artikel 46, § 2, 2° c): de reanimatie-verstrekkingsen;
- artikel 46, § 2, 2° a): de geneeskundige en heelkundige verstrekkingsen [...]⁷³ en het aantal NRG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 18 bij dit besluit;
- artikel 46, § 2, 2° b): de geneeskundige en heelkundige verstrekkingsen [...]⁷³ en het aantal NRG-punten, zoals bepaald krachtens bijlage 18 bij dit besluit;
- artikel 46, § 3, 2° a): de standaardtijden;
- artikel 46, § 3, 2° b): de dringende geneeskundige verstrekkingsen, de basispunten per 100 bedden en de MZG-registraties

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

† Inwerkingtreding: 01.07.2025.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2024.

§ Inwerkingtreding: 01.01.2024.

** Inwerkingtreding: 01.07.2025.

van de ten laste genomen patiënten in de spoedgevallendiensten;

- artikel 46, § 3, 2°, c): de geneeskundige verstrekkingen.]⁴⁰

Ingeval deze bepaling wordt toegepast tijdens de periode van 3 jaar, brengt dat geen wijziging mee in de andere Onderdelen van het budget waarvan de vaststelling naar de bepalingen van de artikelen 45 en 46 verwijst.

§ 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.]^{33*}

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

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

- 1° indien $JR > Q$

$$(B2 * Q) + [(JR - Q) * x * B2']$$
- 2° indien $JR < Q$

$$(B2 * JR) + [(B2' * x' * (Q - JR))]$$
- 3° indien $JR = Q$

$$(B2 * Q)$$

waarbij:

JR = tijdens het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen

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

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

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

* Inwerkingtreding: 01.07.2007.

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

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

Aan het aldus voor elk ziekenhuis vastgestelde budget wordt het bedrag toegevoegd met betrekking tot onderdeel B2 van de gerealiseerde prestaties in chirurgische daghospitalisatie bedoeld in [punt 4]⁷⁶ van bijlage 3 voortkomend uit de verdeling van het beschikbare budget voor het chirurgisch dagziekenhuis tussen onderdeel B1 en B2 op basis van de relatieve waarde van elkeen van deze onderdelen B1 en B2 voor elk ziekenhuis.

2° Op 1 juli 2005 wordt het op 30 juni 2005 beschikbare globale budget met 3.546.000 € verhoogd. [Op 1 juli 2018 wordt het op 30 juni 2018 beschikbare globale budget met 6.357.186 € verhoogd.]⁶²

3° [...] ^{85*}

4° [...] ^{85†} ^{33‡}

§ 4 Aan elk ziekenhuis wordt een aantal punten toegekend overeenkomstig de modaliteiten voorzien in artikel 46.

§ 5 Het aantal punten toegekend aan ieder ziekenhuis wordt opgeteld om het totaal aantal punten voor alle ziekenhuizen samen te bepalen.

§ 6 De waarde van het punt wordt bepaald door het globaal budget voor Onderdeel B2, bedoeld in § 3, te delen door het totaal aantal punten, bedoeld in § 5.

§ 7 Aan ieder ziekenhuis wordt een bedrag toegekend, bekomen door het puntenaantal van het ziekenhuis, bedoeld in § 4 te vermenigvuldigen met de waarde van het punt, vastgesteld overeenkomstig § 6. [Het aldus aangepaste budget B2 wordt het definitieve budget B2 genoemd.]³²

§ [8]³² [De overgang van het huidige budget B2 naar het definitieve budget B2 gebeurt geleidelijk, de aanpassing wordt bepaald op 60 % voor het dienstjaar beginnende op 1 juli 2005. Die aanpassing wordt vastgesteld op 100 % voor het dienstjaar beginnende op 1 juli 2006 [...]^{85§}.]³²

[... ...]⁶²

[§ 10 Voor de berekening van de waarde van de medische verstrekkingen, vanaf 1 juli 2023, worden de laagvariabele verstrekkingen bedoeld in de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg die tegen nul

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

† Inwerkingtreding: 01.07.2025.

‡ Inwerkingtreding: 01.07.2007.

§ Inwerkingtreding: 01.07.2025.

gefactureerd zijn, in aanmerking genomen tegen een theoretisch bedrag dat overeenstemt met de volledige terugbetaling.]^{81*}

Artikel 46

§ 1 Het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis wordt vastgesteld overeenkomstig de regelen in de hiernavolgende paragrafen.

Voor de toepassing van de hiernavolgende paragrafen wordt verstaan onder:

- 1° **[verantwoorde bedden:** het aantal bedden vastgesteld in toepassing van [bijlage 3]⁷⁶ van dit besluit [...]^{85†}];⁶⁵
- 2° **waarde van de geneeskundige verstrekkingen:** het door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigde bedrag voor verstrekkingen, vermeld in bijlage 4 van dit besluit, verleend tussen 1 januari en 31 december en opgenomen in de bij Hoofdstuk XIV, afdeling 4 van het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoelde statistische tabellen voor het betreffende dienstjaar en het eerste en tweede kwartaal van het daaropvolgende dienstjaar;
- 3° **per bezet bed:** het aantal verpleegdagen waarvoor een verzekerings-tegemoetkoming vanwege de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering verschuldigd is, gerealiseerd tussen 1 januari en 31 december, en opgenomen in de voornoemde statistische tabellen voor het betreffende dienstjaar en het eerste en tweede trimester van het daaropvolgend dienstjaar, gedeeld door 365;
- [4° **de NRG (nursing related groups):** classificatiesysteem bestemd om per zorgperiode de gehospitaliseerde patiënten onder te verdelen in homogene groepen. Deze classificatie is gebaseerd op een klinische coherentie van de verpleegkundige zorg, waaruit het inzetten van daarmee gepaard gaande middelen voortvloeit om kwaliteitsvolle zorg te verstrekken.]⁷³

§ 2 Verpleegeenheden

1° Basisfinanciering

- a) Voor de personeelskosten van de hiernavolgende ziekenhuisdiensten worden punten toegekend als volgt:
 - voor de C-, D-, E-, B- en L-bedden: 1 punt
 - voor de M-bedden: 1,46 punten
(inbegrepen het bevallingskwartier)
 - voor de MIC-bedden: 3,75 punten

De punten toegekend voor de M-bedden worden voor de functie plaatselijke neonatale zorg (functie N*) verhoogd, rekening houdende met het aantal

* Inwerkingtreding: 01.07.2023.

† Inwerkingtreding: 01.07.2025.

bevallingen tijdens het laatst gekende dienstjaar, met dien verstande dat wordt toegekend:

- voor een kraaminrichting met minder dan 1.000 bevallingen per jaar: 15 punten, voor een kraaminrichting met minder dan 400 bevallingen per jaar, is artikel 18 van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 van toepassing;
- voor een kraaminrichting met 1.000 bevallingen per jaar en meer: voor de eerste 1.000 bevallingen: 17 punten, verhoogd met drie punten per volledig bijkomende schijf van 150 bevallingen;
- **voor de NIC-bedden:** 6,25 punten
- **voor de G-bedden:** 1,36 punten
(met inbegrip van de ergotherapeuten en logopedisten)
- **voor de H-bedden:** 0,68 punten
- **voor de A-bedden:** 1,33 punten
- **voor de K-bedden:** 2 punten
- [- **voor de bedden IB:** 4,69 punten]^{25*}
- [- **voor de A-dagbedden:** 1,17 punten vanaf 1 juli 2017
- **voor de A-nachtbedden:** 1,19 punten vanaf 1 juli 2017
- **voor de K-dagbedden:** 1,67 punten vanaf 1 juli 2017
- **voor de K-nachtbedden:** 1,75 punten vanaf 1 juli 2017]⁶²

[b)]⁵ Voor de hoofden van verpleegkundige diensten en het middenkader worden punten toegekend op basis van de volgende modaliteiten:

- ziekenhuizen tot 149 verantwoorde bedden: 6,45 punten
- ziekenhuizen van 150 tot 250 verantwoorde bedden: 7,63 punten
- ziekenhuizen van 251 tot 299 verantwoorde bedden: 9,50 punten
- ziekenhuizen van 300 tot 449 verantwoorde bedden: 12,29 punten
- ziekenhuizen van 450 tot 500 verantwoorde bedden: 13,95 punten
- ziekenhuizen van 501 tot 599 verantwoorde bedden: 16,22 punten
- ziekenhuizen van 600 tot 749 verantwoorde bedden: 19,45 punten
- ziekenhuizen van 750 tot 899 verantwoorde bedden: 22,86 punten
- ziekenhuizen van 900 tot 1.200 verantwoorde bedden: 27,28 punten
- ziekenhuizen met meer dan 1.200 verantwoorde bedden: 35,02 punten

* Inwerkingtreding: 20.03.2008.

2° Aanvullende financiering

Het aantal punten toegekend overeenkomstig punt 1°, a), voor de verantwoorde C-bedden, uitgezonderd de C-bedden voor daghospitalisatie, D- en E-bedden, wordt verhoogd op basis van de volgende regeling:

a) voor de verantwoorde C- en D-bedden wordt een bijkomend aantal punten toegekend, berekend als volgt:

- 1° op basis van de totale waarde van de geneeskundige en heelkundige verstrekkingen per bezet C- en D-bed voor de patiënten die tijdens de twee laatst gekende dienstjaren in C- en D-diensten zijn opgenomen, berekend overeenkomstig de voormelde nomenclatuur, met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en met uitzondering van de forfaitaire honoraria, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de voormelde verstrekkingen per bezet C- en D-bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten naar gelang van het deciel waarbij ze zijn ingedeeld, namelijk:

[Decielen]	Aantal bijkomende punten per bed
1	0
2	0
3	0
4	0,02
5	0,06
6	0,09
7	0,14
8	0,18
9	0,27
10	0,34] ⁵

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van [20 %]³². De punten die de overige [80 %]³² vertegenwoordigen worden samengeteld voor het hele land en worden verdeeld overeenkomstig het hiernavolgende [punt 2°]³².

- 2° [de punten die de overblijvende 80% vertegenwoordigen, waarvan sprake in het punt 1° hierboven, worden verdeeld onder de ziekenhuizen volgens de NRG punten in functie van het marktaandeel van het ziekenhuis, vastgesteld op basis van de som van de residuele punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van het geheel van zorgperiodes (intensief en niet-intensief) gerealiseerd in C, D, L, C+D, CI, DI en HI.]⁷³

- 3° [...] ³²

- b) voor de verantwoorde E-bedden wordt er een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt:

- 1° op basis van de totale waarde van de heelkundige en geneeskundige verstrekkingen per bezet E-bed, berekend overeenkomstig de voormelde nomenclatuur en toegekend aan de patiënten die in een E-dienst opgenomen zijn tijdens de twee laatst gekende dienstjaren met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en met uitzondering van de forfaitaire honoraria, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen naargelang de stijgende waarde van de verstrekkingen per bezet bed.

De ziekenhuizen krijgen bijkomende punten per verantwoord bed naargelang het deciel waarbij ze zijn ingedeeld, namelijk:

[Decielen]	Aantal bijkomende punten per bed
1	0
2	0,01
3	0,05
4	0,10
5	0,13
6	0,15
7	0,18
8	0,20
9	0,25
10	0,38] ⁵

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van 70 %.

De punten die de overige 30 % vertegenwoordigen, worden voor het hele land samengegeld en verdeeld overeenkomstig het hiernavolgende tweede lid.

- 2° [de punten die de overblijvende 30% vertegenwoordigen, waarvan sprake in het punt 1° hierboven, worden verdeeld onder de ziekenhuizen volgens de NRG punten in functie van het marktaandeel van het ziekenhuis, vastgesteld op basis van de som van de residuele punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van het geheel van zorgperiodes (intensief en niet-intensief) gerealiseerd in E en EI.]⁷³

- c) Voor de C-, D- en E-bedden wordt een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt:

c.1) Eerste berekening:

Op basis van de totale waarde van de reanimatieverstrekingen verleend aan de patiënten die tijdens de twee laatst gekende dienstjaren in de C-, D-, E- en G-diensten verbleven, berekend overeenkomstig de nomenclatuur van de geneeskundige

verstrekkingen, wordt een aantal bijkomende punten per verantwoord bed onder de kenletters C, D en E toegekend.

Met het oog op deze berekening worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de reanimatieverstrekkingen per bezet bed in de diensten erkend onder de kenletters C, D en E. Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt als volgt vastgesteld:

[Decielen	Aantal punten per bed
1	0,08
2	0,08
3	0,08
4	0,08
5	0,10
6	0,13
7 moitié inférieure	0,15
7 moitié supérieure	0,17
8 moitié inférieure	0,20
8 moitié supérieure	0,21
9 moitié inférieure	0,24
9 moitié supérieure	0,28
10 moitié inférieure	0,33
10 moitié supérieure	0,41] ⁵

De aldus toegekende punten per verantwoord bed worden in aanmerking genomen ten belope van 20 %.

[c.2) Tweede berekening:

De ziekenhuizen worden onderverdeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de gevestigde verhouding tussen de som van de residuele punten, zoals gedefinieerd in bijlage 18, van de gerealiseerde intensieve zorgepisoden in C, D, E, C+D, L, HI, CI, EI en het aantal dagen C, D en E (intensief en niet-intensief).

Het aantal supplementaire punten per verantwoord bed is vastgelegd zoals hernomen in de tabel opgenomen in de eerste berekening en weerhouden aan 40%.]⁷³

c.3) Derde berekening:

Op basis van de scores berekend overeenkomstig bijlage 8 van dit besluit worden de ziekenhuizen in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van de score. Het aantal bijkomende punten per verantwoord bed wordt vastgesteld zoals opgegeven in de bij de eerste berekening vermelde tabel en komen in aanmerking ten belope van 40 %.

c.4) Vierde berekening:

De punten per verantwoord bed uit de eerste, tweede en derde berekening worden opgeteld. Het resultaat wordt vermenigvuldigd

met het aantal verantwoorde C-, D- en E-bedden hetgeen het aantal supplementaire punten voor de bedden van intensieve aard vertegenwoordigt.

Het aantal bedden van intensieve aard wordt bepaald door het resultaat van de vermenigvuldiging van het eerste lid te delen door 4.

- c.5) Het behoud van het voordeel van de bijkomende punten zoals bedoeld bij de vierde berekening hangt af van de deelname aan een evaluatieprogramma voor reanimatieverstrekingen, dat georganiseerd wordt door de Overlegstructuur tussen ziekenhuisbeheerders, artsen en verzekeringsinstellingen.

[d) ...]⁷³

3° Totaal van de basisfinanciering en de aanvullende financiering

Het aantal punten berekend op basis van punt 1° en 2° wordt voor elk ziekenhuis samengeteld.

§ 3 Voor de kosten van het operatiekwartier, de spoedgevallendienst, sterilisatie en deze bedoeld in artikel 13, [2° tot 6°]⁴⁸, worden punten toegekend. Met het oog op deze toekenning wordt een onderscheid gemaakt tussen vier soorten activiteiten:

- a) het operatiekwartier: de kosten van het personeel;
- b) de spoedgevallendienst: de kosten van het personeel;
- c) de kosten van de medische producten: de kosten bedoeld in artikel 13, 2° tot en met 6°, waarbij die worden onderverdeeld in kosten met betrekking tot het operatiekwartier, kosten met betrekking tot de spoedgevallendienst en kosten met betrekking tot de verpleegeenheden;
- d) de kosten voor het personeel van de centrale sterilisatie.

De punten worden op de volgende wijze toegekend:

[1° voor ieder van deze activiteiten wordt, voor alle ziekenhuizen van het land, een aantal punten toegekend dat overeenstemt met een percentage van het totaal aantal punten voor alle ziekenhuizen van het land toegekend overeenkomstig § 2.

Dit percentage wordt als volgt berekend:

[– personeel van het operatiekwartier: 11,48 % ;]^{87*}

- personeel van de spoedgevallendienst: 6,32 % ;
- personeel van de centrale sterilisatie: 1,94 % ;
- kosten van de medische producten 6,18 % voor het operatiekwartier, 0,53 % voor de spoedgevallendienst en 7,91 % voor de verzorgeenheden.]⁷⁶

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

2° Het aantal punten bepaald bij toepassing van punt 1° wordt over de ziekenhuizen verdeeld overeenkomstig de volgende regelen:

a) Voor het operatiekwartier:

Per operatiezaal worden 7,50 punten toegekend. Het aantal operatiezalen wordt als volgt bepaald:

a.1) Eerste berekening

[Per heelkundige ingreep vermeld in bijlage 9 van dit besluit, wordt een standaardtijd toegekend zoals opgegeven in dezelfde bijlage, met uitzondering van de heelkundige ingre(e)p(en) uitgevoerd tijdens eenzelfde operatieve behandeling binnen een operatiegebied duidelijk te onderscheiden van de hoofdingreep waarvan de prestaties slechts voor 50 % terugbetaald kunnen worden, hiervoor wordt een coëfficiënt van 0,5 van de in bijlage opgenomen standaardtijd toegepast. [De verstrekkingen vermeld in « dienstcode 002 » worden toegekend aan het ziekenhuis dat die verstrekkingen heeft uitgevoerd op basis van de code « plaats van prestatie »].⁴⁰

Die standaardtijden worden verhoogd:

- om rekening te houden met de tijd nodig voor het opruimen van het materieel en het voorbereiden van de zaal, met 33 % voor de ingrepen waarvan de duur strikt lager is dan 210 minuten, met 25 % voor de ingrepen waarvan de duur ligt tussen 210 en 269 minuten en met 20 % voor de ingrepen waarvan de duur langer dan of gelijk aan 270 minuten is;

[- ...]³⁷

- met een coëfficiënt gelijk aan de verhouding tussen het totale aantal verpleegdagen van de heelkundige dienst en het aantal gefactureerde verpleegdagen aan de verzekeringsinstellingen voor dezelfde dienst.

De verzekeringsinstellingen, waarvan sprake, zijn:

- De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten;
- Het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten;
- Het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten;
- De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- De Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering;
- De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen;
- De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen zodra de hierop betrekking hebbende gegevens geïntegreerd zijn in de ZIV-profielen

Op deze basis wordt per ziekenhuis een aantal zalen als volgt berekend:

$$\frac{\text{aantal ingrepen} \times \text{aangepaste tijd}}{1\,520 \times 3} = \text{aantal zalen}]^{28}$$

a.2) [Tweede berekening: operatiezaal die permanent beschikbaar is:

Bovenop de punten toegekend overeenkomstig punt a.1), worden per operatiezaal in heelkundige diensten die permanent beschikbaar worden gehouden 20 punten toegekend.

Voor het bepalen van het aantal operatiezalen die permanent beschikbaar worden gehouden, worden de hiernavolgende criteria toegepast.

Voor alle ziekenhuizen wordt een zaal toegekend als:

- het ziekenhuis is opgenomen in de dringende medische hulpverlening;
- het aantal zalen vastgesteld op basis van de eerste berekening minstens 5 bedraagt;
- het ziekenhuis beschikt over een erkend globaal zorgprogramma «cardiale pathologie» B bestaande uit de deelprogramma's B1, B2 en B3 of een neurochirurgiedienst die tijdens het laatst gekende dienstjaar minstens 250 [heelkundige]⁵⁸ ingrepen heeft uitgevoerd [,voor de patiënten die vallen onder één van de verzekeringsinstellingen bedoeld in a.1) eerste berekening,]⁵³ waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400.

Een tweede bijkomende zaal wordt toegekend als bovendien:

- het aantal zalen bepaald volgens de eerste berekening minstens 8 bedraagt;
- het ziekenhuis, [,voor zover de betrokken voorwaarde niet gehanteerd werd bij de toekenning van de eerste zaal]⁶², beschikt over een erkend globaal zorgprogramma « cardiale pathologie » B, bestaande uit de deelprogramma's B1, B2 en B3 of een neurochirurgiedienst, die tijdens het laatst gekende dienstjaar, minstens 250 heelkundige ingrepen heeft uitgevoerd [,voor de patiënten die vallen onder één van de verzekeringsinstellingen bedoeld in a.1) eerste berekening,]⁵³ waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400..^{37*}

[In afwijking van de vorige leden, wordt de financiering van het aantal operatiezalen dat permanent beschikbaar is voor neurochirurgie behouden op de waarde die is gefinancierd in het budget van financiële middelen zoals betekend op 1 juli 2023.]^{85†}

* Inwerkingtreding: 01.01.2014.

† Inwerkingtreding: 01.07.2024.

a.3) Totaal van de punten

De na de eerste en tweede berekening toegekende punten worden opgeteld. Het totaal aantal punten voor het land wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het totale aantal punten te blijven dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de operatiekwartieren, met dien verstande dat het minimum aantal punten per ziekenhuis 15 punten bedraagt.

b) Voor de spoedgevallendienst:

[b.1) Berekening

Het aantal punten bedoeld in § 3, 1°, wordt verhoudingsgewijs verdeeld tussen de ziekenhuizen op basis van het aantal punten units-spoedgevallen volgens de modaliteiten van bijlage 6 van dit besluit.

Vanaf 1 juli 2014 wordt een aantal bijkomende punten, dat overeenstemt met 20 % van de som van de budgetten die worden toegekend aan de ziekenhuizen die vermeld staan in bijlage 16 van dit besluit, met uitzondering van de algemene ziekenhuizen die over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met erkende bedden onder de kenletters A, T of K en de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2 van dit besluit, toegevoegd aan het beschikbare budget voor het personeel van de spoedgevallendienst, en verdeeld tussen de betrokken ziekenhuizen op basis van hun aantal units spoedgevallen, zoals berekend volgens de modaliteiten beschreven in bijlage 6 van dit besluit.

De verdeling van de punten moet de toekenning verzekeren van ten minste 15 punten aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" of een functie voor intensieve zorg. In geval van overschrijding van het totale aantal voor het land weerhouden punten, wordt een lineaire verminderingcoëfficiënt toegepast op de berekende punten die hoger liggen dan 15 teneinde binnen het totale aantal voor het land beschikbare punten te blijven.

Vanaf het ogenblik dat een ziekenhuis erkend is hetzij voor de functie "eerste opvang van spoedgevallen", hetzij voor de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" wordt het minimum van 15 punten slechts één keer per ziekenhuis, ongeacht het aantal sites, verzekerd voor één van de twee functies.

Voor de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" en die voldoen aan de volgende voorwaarden:

- zich minstens 25 km van een ander ziekenhuis bevinden dat over een erkende functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beschikt of zich in een gemeenschap bevinden waar alleen de erkende functies "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" zich op meer dan 25 km van elkaar bevinden,

- en over het maximum 200 erkende bedden beschikken,

wordt het minimum van 15 punten tot 30 punten opgetrokken, met dien verstande dat na de toepassing van die regel het aantal voor het hele land toegekende punten het totale aantal voor het land beschikbare punten niet mag overschrijden. In geval van overschrijding van het totale aantal weerhouden punten voor het land, wordt een lineaire verminderingcoëfficiënt toegepast op de berekende punten die, naargelang het geval, hoger liggen dan 15 of 30, teneinde binnen het totale aantal voor het land beschikbare punten te blijven.

- b.2) Het behoud van het voormelde aantal punten is afhankelijk van het verzamelen en verzenden van de gegevens met betrekking tot de activiteit van de dienst spoedgevallen.]⁷⁶

c) **Voor de activiteiten bedoeld in punt c) van de inleidende zin worden punten toegekend:**

- voor het operatiekwartier: het totaal aantal punten dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de kosten van medische producten in operatiekwartieren, wordt onder de ziekenhuizen verdeeld pro rata de punten toegekend overeenkomstig a) hierboven;
- voor de spoedgevallendienst: het totaal aantal punten dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de kosten van de medische producten in de spoedgevallendiensten, wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van de punten toegekend overeenkomstig punt b) hierboven;
- voor de verpleegeenheden worden punten toegekend per verantwoord* bed. Dit aantal punten verschilt naargelang van de erkenningsindex van het bed, hetzij:

- voor de A-bedden:	0,18 punten
- voor de C-bedden:	1 punt
- voor de D-bedden:	1,03 punten
- voor de E-bedden:	1,19 punten
- voor de G-bedden:	0,63 punten
- voor de M-bedden:	1,91 punten
- voor de K-bedden:	0,04 punten
- voor de bedden met intensief karakter:	11,33 punten
- voor de NIC-bedden:	8,11 punten
- voor de H-bedden:	0,09 punten
[- voor de bedden IB:	0,18 punten] ^{25†}

Een bijkomend aantal punten wordt toegekend [in functie van de genormaliseerde waarde per bezet bed]⁵, van de geneeskundige verstrekkingen berekend overeenkomstig voormelde nomenclatuur, met

* Verbetering aangebracht door de coördinatie.

† Inwerkingtreding: 20.03.2008.

uitzondering van de verstrekkingen inzake klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en de forfaitaire honoraria. [De genormaliseerde waarde per bezet bed van de medische verstrekkingen wordt overeenkomstig de bepalingen van bijlage 14 van dit besluit vastgesteld.]⁵

Voor de toepassing van het voorgaande lid worden de ziekenhuizen in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van de verstrekkingen.

Per deciel worden de hierboven toegekende punten vermenigvuldigd met een factor die verschillend is naargelang van het deciel.

[Deze factor bedraagt:

- voor de ziekenhuizen die tot het 1 ^e deciel behoren:	0,8
- voor de ziekenhuizen die tot het 2 ^e deciel behoren:	1,1
- voor de ziekenhuizen die tot het 3 ^e deciel behoren:	1,4
- voor de ziekenhuizen die tot het 4 ^e deciel behoren:	1,7
- voor de ziekenhuizen die tot het 5 ^e deciel behoren:	2,0
- voor de ziekenhuizen die tot het 6 ^e deciel behoren:	2,3
- voor de ziekenhuizen die tot het 7 ^e deciel behoren:	2,6
- voor de ziekenhuizen die tot het 8 ^e deciel behoren:	2,9
- voor de ziekenhuizen die tot het 9 ^e deciel behoren:	3,2
- voor de ziekenhuizen die tot het 10 ^e deciel behoren:	3,5] ⁵

[Om de waarde per bezet bed te bepalen wordt geen rekening gehouden met de medische prestaties en de verpleegdagen in de bedden erkend A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn en IB. Voor de ziekenhuizen waarvan het aantal verantwoorde bedden onder kenletter G hoger is dan het nationaal gemiddelde, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn en IB-bedden, worden de verminderd met een aantal dagen overeenkomend met een aantal verpleegdagen G vermenigvuldigd met het volgende percentage:

$$\frac{\text{Aantal Ghi-bedden} - \text{aantal gemidd. G bedden nationaal}}{\text{Aantal Ghi-bedden}} * 100$$

waarbij:

- aantal bedden Ghi = Aantal verantwoorde G-bedden van het beschouwde ziekenhuis;
- gemiddeld nationaal aantal bedden G = het totaal aantal verantwoorde bedden van het beschouwde ziekenhuis, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn en IB-bedden, vermenigvuldigd met het gemiddeld percentage verantwoorde G-bedden vastgesteld op nationaal vlak met betrekking tot het totaal aantal verantwoorde bedden, zonder A-, Ad-, An-, T-, Td-, Tn-, K-, Kd-, Kn en IB-bedden.

[Met hospitalisatiedagen G wordt bedoeld: de dagen MZG behalve deze met betrekking tot de verblijven op A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn en IB * (gerealiseerde dagen G van Finhosta [/] * aantal totaal gerealiseerde dagen

* Verbetering aangebracht door de coördinatie.

van Finhosta behalve deze gerealiseerd in A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn en IB). De gerealiseerde dagen gehaald uit Finhosta en de MZG hebben betrekking op het referentiejaar dat dient om de nationale genormaliseerde waarden per bezet bed voor de medische prestaties per APR-DRG te bepalen, zoals beschreven in bijlage 14.]]^{87*}]]⁶⁵

Het aldus bekomen aantal punten wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het totaal aantal punten te blijven dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de kosten van de medische producten op de verpleegeenheden.

- d) Voor de activiteiten bedoeld onder punt d) van de inleidende zin, worden punten toegekend welke worden berekend door het toepassen van een percentage van 10,22 % op de punten toegekend volgens punt c) hierboven.

Het aldus toegekende aantal punten wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het aantal punten te blijven dat voor het gehele land voor het personeel van de centrale sterilisatie in aanmerking wordt genomen.

[§ 4 Het geheel van de punten dat aan elk ziekenhuis voor het personeel wordt toegekend overeenkomstig de §§ 2 en 3, wordt op de volgende wijze aangepast:

- a) Het aantal punten wordt gewijzigd om rekening te houden met de gemiddelde loonkost van elk ziekenhuis ten opzichte van de nationale gemiddelde loonkost.

In dit geval, wordt de volgende formule toegepast:

$$\frac{\text{Aantal punten personeel} \times \text{gemiddelde loonkost ziekenhuis}}{\text{Nationaal gemiddelde ziekenhuis}}$$

- b) de berekening van de gemiddelde loonkost van het ziekenhuis en de nationale gemiddelde loonkost wordt vastgesteld op basis van de theoretische loonschalen waarbij rekening wordt gehouden met de volgende elementen:

- b.1) de loonschalen van de ondergeschikte openbare besturen op 1 november 1993, vermeerderd met 3,5 % voor de privé- sector en met 4,93 % voor de openbare sector overeenstemmend met elke graad of functie.

Volgende functies worden in aanmerking genomen:

- Hoofd van het verpleegkundig departement
- Verpleegkundig diensthoofd (middenkader)
- Hoofdverpleegkundige 1.78s
- Hoofdverpleegkundige 1.77
- Hoofdverpleegkundige 1.61
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006)/bachelor (vanaf 2007) 1.77
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006)/bachelor (vanaf 2007) 1.61
- Gegradueerd verpleegkundige (t.e.m. 2006)/bachelor (vanaf 2007) 1.55
- Gebrevetteerd (t.e.m. 1996)/gediplomeerd (vanaf 1997 t.e.m. 2008) / gegradueerd verpleegkundige HBO5 (vanaf 2009) 1.55

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

- Gebrevetteerd (t.e.m. 1996)/gediplomeerd (vanaf 1997 t.e.m. 2008) /
gegradueerd verpleegkundige HBO5 (vanaf 2009) 1.43
- Ziekenhuisassistent 1.57
- Ziekenhuisassistent 1.40
- Paramedisch personeel 1.80
- Paramedicus A1
- Paramedicus A2
- Psycholoog in diensten A, K, T en/of IB
- Opvoeder A, K, T en/of IB
- Zorgkundige 1.35
- Zorgkundige 1.26
- Zorgkundige 1.22
- Personeel 54bis

[b.2) het aantal VTE per functie.

Voor de functies die genieten van een weddenschaal met vlakke loopbaan, moet het totaal aantal voltijdse equivalenten van de functie worden opgesplitst om rekening te houden met de door de loonschaal voorziene verhogingen.

Het aantal in aanmerking genomen VTE voor de berekening van de gemiddelde looncorrectie wordt verkregen door de som van de basispunten, de bijkomende punten en de punten toegekend voor de plaatsen heelkundige daghospitalisatie, het personeel van het operatiekwartier, het personeel van de spoeddienst en het personeel van de sterilisatie te delen door 2,5 punten, waarbij een aantal VTE's dient te worden opgeteld dat overeenstemt met toegekende bijkomende financieringen in onderdeel B4 met artikel 74 en in onderdeel B7 met artikel 77, om de kost te financieren van het verschil in de normen aan verpleegkundig personeel en verzorgend personeel van toepassing op de universitaire en op de niet-universitaire bedden.

Vanaf 1 juli 2014 wordt, indien het aantal verantwoorde bedden, berekend voor het financieringsdienstjaar in kwestie, lager ligt dan het aantal erkende bedden zoals dat gekend is op het ogenblik van de berekening, het aantal VTE's dat overeenstemt met de basispunten die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de gemiddelde looncorrectie, berekend rekening houdend met het aantal verantwoorde bedden en met de helft van het verschil, berekend per bedindex, tussen het aantal erkende bedden zoals dat gekend is op het ogenblik van de berekening en het aantal verantwoorde bedden;]⁴⁰

b.3) de gemiddelde geldelijke anciënniteit voor iedere functie. De splitsing bedoeld in het vorig punt is ook hier van kracht.

Om de gemiddelde geldelijke anciënniteit te berekenen, moet met de volgende principes rekening worden gehouden:

- indien nodig, moet de geldelijke anciënniteit van het personeelslid beperkt worden tot de maximale geldelijke anciënniteit waarin de loonschaal voorziet;
- de geldelijke anciënniteit wordt berekend op basis van de anciënniteiten vastgesteld op 31 december van het laatst bekende dienstjaar, waarbij ook rekening wordt gehouden met het personeel dat tijdens het betrokken jaar is vertrokken;
- Volgende berekeningsformule wordt toegepast:

$$(\Sigma \text{ Geldelijke anciënniteit} \times \text{VTE}) / \Sigma \text{ VTE}$$

[Er wordt in eerste instantie rekening gehouden met het personeel met de hoogste gemiddelde loonkost;]⁴⁰

- b.4) de sociale lasten, rekening houdend met het effectieve geldelijke statuut van het personeel;
- b.5) de bezoldiging van de buitengewone prestaties berekend op basis van een apart gemiddeld percentage per ziekenhuis van de brutobezoldiging. Dit percentage wordt als volgt vastgesteld:
 - een aantal VTE's berekenen die door onderdeel B2 worden gefinancierd, hetzij het aantal punten toegekend voor het personeel gedeeld door 2,5;
 - een aantal [VTE's]⁷⁶ berekenen voor de bedden met een intensief karakter door het aantal bedden met een intensief karakter, vastgelegd op basis van het model NRGnew zoals gedefinieerd in bijlage 18, te vermenigvuldigen met 2. Dit aantal ETP kan nooit minder zijn dan 12;]⁷³
 - een aantal VTE's berekenen voor de spoedgevallendienst door het aantal punten toegekend voor het personeel van die dienst door 2,5 te delen. Dat aantal VTE's mag nooit lager dan 6 zijn;
 - op basis van de reële kosten voor de bezoldiging van de buitengewone prestaties vastgesteld voor het laatst gekende dienstjaar, het reële percentage op nationaal vlak berekenen, van de kosten voor de bezoldiging van de buitengewone prestaties ten opzichte van het brutobedrag van de bezoldiging, en dat apart voor de intensieve zorg, de spoedgevallendienst en de andere ziekenhuisdiensten;
 - door elk van die percentages te wegen op basis van het relatieve gewicht van het personeel van elk van de op die manier bepaalde drie sectoren, voor al het personeel dat door onderdeel B2 wordt gefinancierd, verkrijgt men een gemiddeld percentage van het brutobedrag van de bezoldiging dat de kosten voor de bezoldiging van buitengewone prestaties in het betrokken ziekenhuis weergeeft;

- het op die manier berekende percentage wordt toegepast om de bezoldigingen te berekenen van het gekwalificeerd personeel dat niet behoort tot de Directie Nursing en het middenkader.

Voor het personeel 54bis en zorgkundige wordt het percentage vastgesteld op 10 % van het percentage weerhouden voor het gekwalificeerd personeel. Voor het personeel 54bis en zorgkundige van de intensieve zorgen en de spoedgevallendiensten is dit percentage gelijk aan nul.³⁷

[Op 1 juli 2021 wordt het aantal punten, dat het resultaat is van de berekening gemaakt op 1 juli 2020 volgens de bepalingen van deze §, gebruikt ten belope van twee derden van de waarde ervan.

Op 1 juli 2022 wordt het aantal punten, dat het resultaat is van de berekening gemaakt op 1 juli 2020 volgens de bepalingen van deze §, gebruikt ten belope van een derde van de waarde ervan.

Op 1 juli 2023 wordt het aantal punten, dat het resultaat is van de berekening gemaakt op 1 juli 2020 volgens de bepalingen van deze §, niet meer gebruikt.]^{78*}

Artikel 46bis

[Op 1 juli 2024 wordt het globale budget van onderdeel B2 van het budget van financiële middelen, bedoeld in artikel 45, § 1, eerste lid, van hetzelfde besluit, verminderd met een bedrag van 32.456.412,78 euro, dat wordt overgebracht naar het budget bedoeld in artikel 56, § 4.]^{85†}

[Artikel 46ter

[...]^{87‡}]^{81§}

Onderafdeling 6 - [Onderdeel B2 van de geïsoleerde G-diensten en van de Sp-diensten]³²

Artikel 47

§ 1 [Voor de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten]³³ uitgezonderd de Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt het budget van Onderdeel B2 vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget B2 vastgesteld wordt. Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget echter als volgt berekend:

- 1° indien $JR > Q$

$$(B2 * Q) + [(JR - Q) * 0,25 * B2]$$
- 2° indien $JR \leq Q$

$$B2 * JR$$

Waarbij:

JR = gedurende het dienstjaar 2000 gerealiseerde dagen

* Inwerkingtreding: 01.07.2021.

† Inwerkingtreding: 01.07.2024.

‡ Inwerkingtreding: 01.07.2025.

§ Inwerkingtreding: 01.01.2023.

Q = quotum van verpleegdagen 2002 vastgesteld bij toepassing van artikel 53 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986

B2 = waarde per dag van Onderdeel B2 op 30 juni 2002 buiten toepassing van de middelen voorzien in artikel 15, 26°

[Behalve de Sp-diensten voor palliatieve zorg, wordt, vanaf 1 juli 2003, het Onderdeel B2 van de geïsoleerde Sp-diensten, al dan niet samen met G-diensten, die voortkomen uit de reconversie van V- of S-bedden en (minstens) 40 erkende bedden tellen, de bedden van de Sp-diensten voor chronische ziekten niet meegerekend, verhoogd met een bedrag van 1.492 € (waarde 1 juli 2003) per erkend bed.]⁵

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het beschikbare budget voor de geïsoleerde G-diensten en de Sp-diensten, buiten de Sp-diensten voor palliatieve zorg, bedoeld in de eerste lid, verminderd met een bedrag van 138.520,20 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt verdeeld over de betrokken diensten in functie van hun aandeel in dit beschikbare budget.]^{85*}

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

$$M = A - B$$

Indien $B \geq A$ dan $M = 0$

waarbij:

B = budget B2 bedoeld in § 1 op 30 juni 2005

A = VTE * 47.774,09 € (index 01/07/2005) * 1,05 waarbij VTE de volgende normen inzake verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel vertegenwoordigt:

- Sp-diensten cardiopulmonaire, neurologische, chronische en locomotorische aandoeningen:
17 VTE's per 30 bedden;
- Sp-diensten psychogeriatrische aandoeningen die zich buiten een psychiatrisch ziekenhuis bevinden: 17,16 VTE's per 30 bedden;
- geïsoleerde G-diensten: 13,33 VTE's per 24 bedden;
- een directeur/directrice verpleegkundige zorg voor de geïsoleerde Sp-diensten en de geïsoleerde G-diensten;
- een middenkader per 150 bedden.

M wordt pro rata van 1/3 op 1 juli 2005, 2/3 op 1 juli 2006 en 3/3 op 1 januari 2007 toegekend.]³³

§ [3]³³ Het budget van Onderdeel B2 van de erkende Sp-diensten voor palliatieve zorg wordt vastgesteld op 1 juli 2002 (indexcijfer 1 januari 2002) op 75.832,74 € per bed.

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

[Vanaf 1 januari 2024 wordt het beschikbare budget voor de Sp-diensten voor palliatieve zorg verminderd met een bedrag van 20.758,72 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt verdeeld over de betrokken diensten in functie van hun aandeel in dit beschikbare budget.]^{85*}

[Onderafdeling 6bis – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van de algemene ziekenhuizen]

[Artikel 47bis]

...]⁵¹

[Artikel 47ter]

§ 1 a) Voor de periode 1 januari tot 30 juni 2014 wordt aan elk ziekenhuis opgenomen in bijlage 16 van dit besluit het bij hun benaming vermelde bedrag toegekend ter dekking van de kosten die voortvloeien uit de volgende situaties in daghospitalisatie:

- voor elke toestand waarin dringende verzorging noodzakelijk is en die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt;
- voor elke toestand waarin, op voorschrift van de behandelende arts, een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed / labiel bloedproduct via een intraveneus infuus.

De loutere toediening van een oplossing van zouten of suikers als waakinfuus en het spoelen van een poortcatheter valt niet onder deze omschrijving.

b) [Vanaf 1 juli 2014, wordt 80 % van de bedragen uit bijlage 16, § 2, toegekend aan de ziekenhuizen die niet bedoeld zijn in artikel 7, 2°, g), 1. en 100 % van de bedragen uit bijlage 16, § 2, toegekend aan de ziekenhuizen die op 1 juli 2014 niet vallen onder de bepalingen van artikelen 45 en 46 van dit besluit, behouden.]⁴⁵

c) De kosten die voortvloeien uit de situaties beschreven in a), voor patiënten die niet ressorteren onder een van de verzekeringsinstellingen bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zullen, voor het jaar 2013, door het ziekenhuis worden bezorgd aan FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en zullen worden toegekend aan de betrokken ziekenhuizen in het kader van de vergoeding ten gevolge van de herziening van het budget van financiële middelen [voor dienstjaar 2014 en volgende.]⁴⁵

§ 2 [Vanaf een datum te bepalen door de Koning]⁴⁵ worden de budgetten bedoeld in § 1, b) en c), verdeeld onder de ziekenhuizen die niet bedoeld zijn in artikel 7, 2°, g), 1., volgens modaliteiten te bepalen door de Koning, waarbij bij voorrang wordt gedoeld op de activiteiten op het vlak van oncologie, hematologie en reumatologie.]⁴⁰

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

Onderafdeling 7 – Onderdeel B2 van de psychiatrische ziekenhuizen

Artikel 48

- [§ 1] Het budget van Onderdeel B2 van de psychiatrische ziekenhuizen wordt vastgesteld op zijn waarde van 30 juni voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt, met dien verstande dat aan de onderstaande normen voldaan moeten worden.

Diensten	Normen/bedden	Bezetting
A (j+n)	16/30	tussen 80 en 100 %
A (j)	10/30	tussen 80 en 100 %
A (n)	11/30	tussen 80 en 100 %
T (j+n)	20/60	tussen 80 en 100 %
T (j)	11,25/60	tussen 80 en 100 %
T (n)	12,37/60	tussen 80 en 100 %
T (Vp)	12/30	tussen 80 en 100 %
K (j+n)	26/20	tussen 70 en 100 %
K (j)	13/20	tussen 70 en 100 %
K (n)	13/20	tussen 70 en 100 %
Psychogeriatrische aandoeningen Sp	17,16/30	tussen 80 en 100 %
Directie Nursing	1	per ziekenhuis voor de ziekenhuizen met 150 bedden of minder
Middenkader	1	per 150 bedden voor de ziekenhuizen met meer dan 150 bedden
IB volwassenen: dienst voor intensieve behandeling van psychiatrische patiënten	15	per eenheid van 8 bedden

Voor het dienstjaar dat begint op 1 juli 2002 wordt het budget B2 echter als volgt vastgesteld:

$B2 * Q$

waarbij:

Q = quotum van verpleegdagen 2002, vastgesteld bij toepassing van artikel 54 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986

$B2$ = waarde per dag van Onderdeel B2 op 30 juni 2002, behoudens de financiering van het personeel bedoeld in artikel 15, 26°

- [§ 2] Op 1 juli 2005 wordt het budget van het Onderdeel B2 met een bedrag M verhoogd dat als volgt wordt berekend:

$M = A * B * C$

waarbij:

A staat voor het verschil in kwalificatiepercentage van het verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel door de gemiddelde kwalificatienorm van het ziekenhuis met de reële situatie van het jaar 1997 te vergelijken.

Om de gemiddelde kwalificatienorm te berekenen, wordt de volgende formule toegepast:

$$\sum = \frac{N_s * \text{bedden}_s}{\text{bedden}_h}$$

waarbij:

N_s = kwalificatienorm van de dienst in kwestie, namelijk:

A:	81,25 %
Ad:	100 %
An:	81,82 %
T:	81,25 %
Td:	100 %
Tn:	81,82 %
T Vp:	81,25 %
K:	80,95 %
Kd:	100 %
Kn:	80 %
Sp psychogeriatric:	65,03 %

Bedden_s = aantal erkende bedden van de dienst in kwestie op 01/01/2005

Bedden_h = totaal van het aantal erkende bedden van het ziekenhuis op 01/01/2005

B = de personeelsnormen die overeenkomstig § 1 voor de op 01/01/2005 erkende bedden zijn vastgesteld

C = 4.500 € (index 01/07/2005) geeft het gemiddelde kostenverschil tussen gekwalificeerd en niet-gekwatificeerd personeel weer

Het geheel van M-bedragen voor het hele land mag 1.000.000 € (index 01/07/2005) niet overschrijden. Desgevallend wordt een lineaire verminderingcoëfficiënt toegepast.³²

[§ 3. Vanaf 1 januari 2024 wordt het budget van het onderdeel B2 verminderd met een bedrag van 231.619,17 euro (index 1 januari 2024). Deze vermindering wordt verdeeld over de psychiatrische ziekenhuizen in functie van hun aandeel in dit budget.]^{85*}

Onderafdeling 7bis – Gemeenschappelijke bepalingen voor Onderdeel B2 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen

[Artikel 48bis

[Vanaf 1 januari 2010 wordt een budget van 44.700.000 € verdeeld onder de ziekenhuizen teneinde de valorisatie van ongemakkelijke prestaties van het personeel «aan het ziekbed van de patiënt», werkzaam in de diensten bedoeld in punten a), b) en e) van artikel 8 uit te breiden overeenkomstig de toekenningmodaliteiten voorzien in het koninklijk besluit van 22 juni 2010 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en onregelmatige prestaties.

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

Onder personeel «aan het ziekbed van de patiënt» wordt verstaan de verpleegkundige, de zorgkundige en de persoon die de functie uitoefent van opvoeder in de psychiatrische diensten.

Het budget wordt, voorlopig, verdeeld naar rata van het totaal van onderdeel B2 van de ziekenhuizen op 30 juni 2009.

Het aan elk ziekenhuis toegekend budget zal herzien worden, binnen de grenzen van het nationaal budget, tijdens de herziening van het jaar 2010, op basis van het reële aantal VTE aan het ziekbed van de patiënten, die moeten beantwoorden aan de in het bovenvermelde koninklijk besluit van 22 juni 2010 gedefinieerde voorwaarden.

Om voormeld budget te behouden, moeten de ziekenhuisbeheerders aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgen dat de toekenning van deze voordelen aan voormeld personeel vanaf 1 januari 2010 bevestigt. Dit attest moet tegen 15 oktober 2010 worden verstuurd en moet medeondertekend worden door de ondernemingsraad voor de privésector, door het lokaal overlegcomité voor de overheidssector of, bij ontstentenis, door de vakbondsafvaardiging.²⁷ ²⁵

[...] ^{85†}

[Artikel 48ter

Vanaf 1 januari 2016 wordt de budgettaire vermindering van 18.727.024 € (waarde op 1 januari 2016) verdeeld onder alle ziekenhuizen naar evenredigheid van hun aantal erkende bedden zoals gekend op 15 december 2015.⁴⁶

Onderafdeling 8 – Onderdeel B3 van het budget

Artikel 49

Onderdeel B3 wordt als volgt vastgesteld:

- 1° voor de magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem, opgesteld in een dienst beeldvorming die erkend is overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 oktober 1989 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd elektronisch telsysteem wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 februari 1991, wordt voor de privé-ziekenhuizen een bedrag van 220.641,46 € en voor de openbare ziekenhuizen een bedrag van 220.218,95 € (index per 1 januari 2002) toegekend.

[...] ²⁷

* Inwerkingtreding: 01.01.2010.

† Inwerkingtreding: 01.07.2024.

[2° Voor een radiotherapiedienst, erkend overeenkomstig het voormelde, in artikel 31, § 3, 2°, koninklijk besluit van 5 april 1991, wordt een bedrag toegekend dat als volgt wordt berekend:

- a) voor elke erkende dienst radiotherapie wordt een aantal punten toegekend dat als volgt wordt berekend:

Σ aantal prestaties * het aantal punten per prestatie

De prestaties en het aantal punten per prestatie zijn de volgende:

Radiotherapie prestaties	Punten
N° 444113-444124	1
N° 444135-444146	2
N° 444150-444161	2,5
N° 444172-444183	3
[N° 444636-444640	3
N° 444651-444662	3
N° 444673-444684	3
N° 444695-444706	3
N° 444710-444721	3] ^{85*}

- b)
- voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten lager is dan 1.125 wordt een bedrag van 226.688 € (index 01/07/2005) toegekend;
 - voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 1.124 en lager dan 1.875 wordt een bedrag van 294.694 € (index 01/07/2005) toegekend;
 - voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 1.874 en lager dan 2.625 wordt een bedrag van 383.102 € (index 01/07/2005) toegekend;
 - voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 2.624 en lager dan 3.375 wordt een bedrag van 498.713 € (index 01/07/2005) toegekend;
 - voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 3.374 en lager dan 4.125 wordt een bedrag van 648.327 € (index 01/07/2005) toegekend;
 - voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 4.124 en lager dan 4.875 wordt een bedrag van 841.012 € (index 01/07/2005) toegekend;
 - voor de diensten waarvoor het aantal berekende punten hoger is dan 4.874 wordt een bedrag van 1.094.903 € (index 01/07/2005) toegekend.

[De bovenvermelde bedragen worden verhoogd met 239,20 € (waarde op 1 juli 2021) per punt.

* Inwerkingtreding: 01.01.2022.

Vanaf 1 juli 2021 wordt er een bijkomende financiering van 187.187,47 € (waarde op 1 juli 2021) toegekend per begonnen schijf van 750 punten boven 5.624 punten.

Het bedrag dat op 1 juli van elk boekjaar wordt toegekend, is voorlopig van aard. Zodra het boekjaar is afgelopen, wordt het herzien op basis van de gegevens van het beschouwde boekjaar.^{78*}³²

- 3° Voor de tomograaf met positronemissie (PET-scanner) opgesteld in een dienst voor nucleaire geneeskunde, erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 12 augustus 2000 wordt er een bedrag van [90.000 € (waarde 1 januari 2016)]⁴⁶ toegekend.

[In afwijking van het vorige lid wordt voor een tweede [...] ⁷³ tomograaf met positronemissie (PET-scanner) opgesteld in een universitair ziekenhuis opgenomen in het koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot aanwijzing van ziekenhuizen als universitair ziekenhuis, 50 % van het in het vorige lid vermelde bedrag toegekend.]⁵³

Onderafdeling 9 – Onderdeel B4 van het budget

Artikel 50

- § 1 Teneinde de werkgelegenheid in het ziekenhuis te waarborgen en/of te verhogen kan, aan het budget van financiële middelen een bedrag worden toegevoegd gelijk aan 7,5 % van de financiële middelen, vrijgemaakt in functie van de hiernavolgende regelen, voor de ziekenhuizen die een herstructureringsplan doorvoeren dat ertoe strekt een aantal bedden te desaffecteren in toepassing van de artikelen 4, 5 en 6 behalve voor wat betreft de desaffectatie van C-, D-, G- en E- bedden naar Sp- bedden, van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 tot vaststelling van de nadere regelen bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de aard en het aantal bedden waarvan de desaffectatie in aanmerking mag komen om de ingebruikneming van ziekenhuisbedden mogelijk te maken, van artikel 4 van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende vaststelling van het maximum aantal plaatsen van beschut wonen dat in gebruik mag worden genomen alsmede van de regelen inzake de gelijkwaardige vermindering van een aantal ziekenhuisbedden zoals bedoeld in artikel 35 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, of van artikel 3 van het koninklijk besluit van 16 juni 1999 houdende nadere bepaling van de gelijkwaardige vermindering van bedden zoals bedoeld in artikel 5, § 4, eerste lid, van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging.
- § 2 Binnen de grenzen van een budget [van 3.945.969 € (index 01/01/2005)]³² komende van onder andere de 2,5 % van de vrijgekomen financiële middelen ingevolge de desaffectatie van bedden bedoeld in § 1 en dat door Ons wordt vastgesteld, wordt het Onderdeel B4, volgens nader te bepalen regelen en modaliteiten, verhoogd met een forfaitair bedrag voor psychiatrische ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van projecten tot verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

* Inwerkingtreding: 01.07.2021.

Bedoelde projecten moeten het voorwerp uitmaken van een geschreven overeenkomst met de Minister die de vaststelling van de budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

Artikel 51

- § 1 Onderdeel B4 van het budget van de algemene ziekenhuizen bevat in voorkomend geval het op 30 juni 2002 verschuldigde bedrag aan recyclage.
- § 2 Voor de acute ziekenhuizen die in het kader van een herstructurering, een fusie, een samenwerkingsverband, een groepering of een samenwerking met een of meer ziekenhuizen vrijwillig bedden sluiten vanaf 1 juli 2002 tot 30 juni 2004 wat leidt tot een vermindering van hun budget bij toepassing van artikel 88, § 1, wordt Onderdeel B4 vermeerderd met een bedrag gelijk aan 20 % van het budget van de Onderdelen B1 en B2, dat voor deze sluiting vrijgemaakt werd, voor zover de sluiting minstens 30 bedden betreft, met het oog op het behoud van de tewerkstelling in het ziekenhuis. De toekenning van dit bedrag is ondergeschikt aan het sluiten van een overeenkomst tussen de instelling en de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

[Artikel 51bis]

Op 1 januari 2017 worden de bedragen bedoeld in artikel 50, § 1 en 51, § 1, zoals vastgesteld op hun waarde op 31 december 2016, met tien procent per ziekenhuis verminderd.]⁵¹

Artikel 52

[Teneinde de werkingskosten van de erkende samenwerkingsverbanden als overlegplatform, bedoeld in het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, te financieren, wordt vanaf 1 juli 2011 een budget van 2.139.383,70 € (index 01/01/2011) verdeeld onder de samenwerkingsverbanden volgens de hierna bepaalde modaliteiten.

1° de financiering wordt berekend via 2 bewerkingen:

- a) 1^{ste} bewerking: een basisvergoeding wordt aan bepaalde samenwerkingsverbanden als volgt toegekend:
- 20.000 € (index 01/07/2011) aan samenwerkingsverbanden die tot 300.000 inwoners bedienen;
 - 10.000 € (index 01/07/2011) aan samenwerkingsverbanden die van 300.001 tot 500.000 inwoners bedienen;
 - 4.000 € (index 01/07/2011) aan samenwerkingsverbanden die van 500.001 tot 899.999 inwoners bedienen;
 - geen basisvergoeding voor samenwerkingsverbanden die 900.000 en meer inwoners bedienen.
- b) 2^{de} bewerking: het saldo van het budget wordt verdeeld naar rata van het aantal inwoners dat door elk samenwerkingsverband wordt bediend.

De financiering wordt jaarlijks aangepast op basis van het aantal inwoners dat door het samenwerkingsverband wordt bediend, op basis van de laatst bekende bevolkingscijfers.

- 2° Het op grond van de punten a) en b) berekende bedrag van de financiering wordt aan één van de ziekenhuizen toegekend die deel uitmaken van het samenwerkingsverband.
- Die financiering wordt aan het samenwerkingsverband overgemaakt. Een schriftelijke overeenkomst tussen het samenwerkingsverband en het betrokken ziekenhuis regelt de wijze waarop de financiering wordt overgemaakt.
- 3° Om voor de financiering in aanmerking te komen dienen door de inrichtende macht van het samenwerkingsverband bij de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, te worden ingediend:
- een afschrift van het besluit van erkenning en van verlenging van erkenning. De inrichtende macht is hiervan vrijgesteld indien de overheid die de erkenning heeft verleend deze beslissing overmaakt aan de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft;
 - een afschrift van de overeenkomst, en van de wijzigingen aan deze overeenkomst, bedoeld in artikel 9 van het voormeld koninklijk besluit van 10 juli 1990.
- 4° Om het voordeel van de financiering bedoeld in het eerste lid te behouden moeten de samenwerkingsverbanden elk jaar vóór 1 mei aan het FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, DG1, Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, een rapport voorleggen betreffende hun activiteiten tijdens het verstreken dienstjaar.]²⁸

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap *

[Artikel 52]

...]⁵

Wetgeving voor het Waals gewest †

[Artikel 52]

...]²

Artikel 53

Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen inzake de hoofdgeneesheer wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen verhoogd met een bedrag van 191,83 € voor de privé-ziekenhuizen en 190,71 € voor de openbare ziekenhuizen, waarde vastgesteld op 1 januari 2002 per bestaand en erkend bed op 1 januari voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt. De aldus toegekende financiering moet verplicht opgelegd worden met aftrek van de kosten met betrekking tot de uitoefening van de functie van hoofdgeneesheer.

* Art. 1 van het besluit van de **Vlaamse Regering** van 07.07.2017 tot opheffing van artikel 52 van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen - Inwerkingtreding: 01.01.2017.

† Art. 284 van het besluit van de **Waalse regering** van 25.04.2024 tot wijziging van het Waals wetboek van sociale actie en gezondheid betreffende de geestelijke gezondheid en zijn diensten die actief zijn in Wallonië – Inwerkingtreding: 01.01.2024.

Artikel 54

Teneinde te voldoen aan de aanduiding om een bedrijfsrevisor aan te stellen, zoals voorzien in artikel 80 van de wet op de ziekenhuizen, wordt Onderdeel B4 van het budget op forfaitaire wijze als volgt verhoogd:

- 1° voor alle ziekenhuizen erkend onder kenletter Sp en voor alle psychiatrische ziekenhuizen: 20,89 €, waarde vastgesteld op 1 januari 2002, voor de privésector en 20,47 € voor de openbare sector per bestaand en erkend bed op 1 januari, voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt;
- 2° voor alle andere ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten: 40,74 €, waarde vastgesteld op 1 januari 2002, voor de private sector en 40,57 € voor de openbare sector per bestaand en erkend bed op 1 januari voorafgaand aan het dienstjaar waarin het budget vastgesteld wordt.

[Artikel 55

[§ 1 Voor de financiering van de registratie van de gegevens bedoeld in het koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden, [in het koninklijk besluit van 1 oktober 2002 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft,]⁵¹ in het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en het koninklijk besluit van 15 januari 2014 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde urgentiegegevens moeten worden medegedeeld aan de minister bevoegd voor Volksgezondheid, wordt er vast en een variabel gedeelte toegekend.

§ 2 Het vaste gedeelte bestaat uit de volgende twee elementen:

- 1° het hoogste basisbedrag, tussen de toelage aan de privésector of aan de overheidssector, voorheen toegekend krachtens artikel 55 zoals deze bestond voor de wijziging ervan door het koninklijk besluit van 8 januari 2015 en van artikel 61 zoals deze van kracht was vóór de opheffing ervan door het koninklijk besluit van 8 januari 2015;
- [2° voor alle ziekenhuizen die voorheen deze financiering ontvingen via een piloot projectovereenkomst, het bedrag van 12.734,50 € (index op 1 juli 2019) om deel te nemen aan het systeem HUBs-Metahub dat betrekking heeft op het gedeeld elektronisch gezondheidsdossier. Het behoud van de financiering is onderworpen aan de continue uitwisseling van geïnformatiseerde gezondheidsinformatie tussen elk ziekenhuis en het systeem HUBs-Metahub. Deze actieve verbinding wordt geobjectiveerd door statistieken van elke hub.

Een actieve verbinding kenmerkt zich door de volgende elementen:

- a) ter beschikking stelling van de ontslagbrief en de verwijsbrief naar een andere zorgverstrekker, alsook, bij doorverwijzing of ontslag van de patiënt, de

elektronische communicatie naar de verwijzende artsen door middel van het HUBs-Metahub systeem;

- b) raadpleging via de hubs en de 'kluizen', zoals gedefinieerd door het eHealth-platform, van gezondheidsdossiers van andere instellingen, de Summarized Electronic Health Records (SumEHR) en het medicatie-overzicht door zorgverstrekkers in de instelling;
- c) ter beschikking stellen van andere elektronische gezondheidsgegevens van patiënten met andere zorgverstrekkers via het HUBs-Metahub systeem. De informatie moet worden uitgewisseld in een vorm die het mogelijk maakt om het te gebruiken;
- d) toegankelijkheid van de documenten volgens de toegangsmatrix zoals gedefinieerd door het eHealth-platform;
- e) toegankelijkheid door de patiënt tot de lijst van alle via het HUBs-Metahub-systeem ter beschikking gestelde informatie betreffende hemzelf;
- f) mogelijkheid om automatische rapporten/statistieken te krijgen vanuit de hub over het aantal publicaties en consultaties; deze rapporten moeten ter beschikking gesteld worden zowel voor het ziekenhuis zelf als voor de FOD Volksgezondheid.^[49]⁷²

§ 3 Het variabele gedeelte bestaat uit een bedrag per erkend bed, zoals gekend op het ogenblik van de berekening, als volgt vastgesteld:

- 1° voor de niet-psychiatrische ziekenhuizen, een bijkomend bedrag van 325,31 € (waarde op 1 juli 2014) per erkend bed, met uitzondering van de bedden erkend onder kenletters A, T, K, IB, Ad, An, Kd, Kn, Td, Tn en psychogeriatrische Sp, en van 101,84 € (waarde op 1 juli 2014) per bed erkend onder kenletters A, T, K, IB, Ad, An, Kd, Kn, Td, Tn en psychogeriatrische Sp;
- 2° voor de psychiatrische ziekenhuizen, een bijkomend bedrag van 78,77 € (waarde op 1 juli 2014) per bed erkend onder kenletters A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn en psychogeriatrische Sp.^[40]

[§ 4 Ter financiering van de verplichting inzake het registreren van de gegevens bepaald in het koninklijk besluit van 25 april 2014 houdende bepaling van de regels volgens welke de ziekenhuizen gegevens met betrekking tot de 'Treatment Demand Indicator' moeten meedelen aan de minister bevoegd voor Volksgezondheid, wordt onderdeel B4 van de ziekenhuizen verhoogd, vanaf 1 juli 2021 tot 30 juni 2025, met een forfaitair bedrag X dat jaarlijks als volgt wordt berekend:

$$X = A * (B / C)$$

waarbij:

A = beschikbaar budget van 389.675,60 € (waarde op 1 juli 2021);

B = aantal TDI-registraties van elk ziekenhuis van het voorlaatste jaar vóór dat van de financiering verstrekt door Sciensano;

C = aantal TDI-registraties van alle ziekenhuizen met betrekking tot het jaar n-2.

Vanaf 1 juli 2025 wordt de financiering om de twee jaar berekend.

Als de gegevens van de Treatment Demand Indicator niet worden meegedeeld aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, overeenkomstig de modaliteiten vastgesteld in het bovengenoemde koninklijk besluit van 25 april 2014, wordt het forfait gerecupereerd.]^{78*}

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap[†]

[Artikel 55/1

- § 1 *Voor de financiering van de registratie door de geïsoleerde geriatriediensten, vermeld in artikel 5, § 1, l, 3°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en de geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie, vermeld in artikel 5, § 1, l, 4°, van de voormelde bijzondere wet, van de gegevens, vermeld in het koninklijk besluit van 14 december 1987 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden en het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, wordt er een vast en een variabel gedeelte toegekend.*
- § 2 *Het vaste gedeelte, vermeld in § 1, bestaat uit het hoogste basisbedrag, tussen de toelage aan de privésector of aan de overheidssector, voorheen toegekend krachtens artikel 55 en 61.*
- § 3 *Het variabele gedeelte, vermeld in § 1, bestaat uit een bedrag per erkend bed, zoals bekend op het ogenblik van de berekening, dat als volgt wordt vastgesteld:*
- 1° *een bijkomend bedrag van 325,31 € per erkend bed, met uitzondering van de bedden, erkend onder kenletter psychogeriatrische Sp;*
- 2° *een bijkomend bedrag van 101,84 € per bed, erkend onder de kenletter psychogeriatrische Sp.⁷⁷*

Artikel 56

- [§ 1 Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de geneesheer-ziekenhuishygiënist, bedoeld in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, wordt onderdeel B4 van het budget van de algemene ziekenhuizen, [met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 erkende bedden, met uitzondering van de de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 erkende bedden en met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen en -diensten voor palliatieve zorg]²¹ en van het budget van de ziekenhuizen die over minstens 150 erkende bedden beschikken onder de

* Inwerkingtreding: 01.07.2021.

† Art. 3 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15.09.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen – Inwerkingtreding: 01.07.2016.

kenletter G en/of kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K en die over minstens 150 bedden beschikken erkend onder de kenletter G en/of de kenletter Sp, vanaf 1 juli 2007, voor beide functies verhoogd met 53.105,00 € (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en met 81.709,74 € (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent geneesheer-ziekenhuishygiënist.

Het respectievelijk aantal fulltime equivalenten wordt als volgt berekend:

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist: $Bi * C / 1.000$
- voor de geneesheer-ziekenhuishygiënist: $Bi * C / 2.400$

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

waarbij:

Bi = aantal verantwoorde bedden vastgesteld overeenkomstig bijlage 3 van dit besluit voor de betrokken dienst op 1 juli van het dienstjaar. Met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar]⁵⁸

C = coëfficiënt per dienst

Deze coëfficiënt wordt per dienst als volgt vastgesteld:

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

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 % van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies.

- § 1bis Vanaf 1 januari 2010 wordt, teneinde aan de wettelijke verplichtingen inzake de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de geneesheer-ziekenhuishygiënist te voldoen, bedoeld in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, onderdeel B4 van het budget van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en –diensten met minder dan 150 erkende bedden, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en –diensten met minder dan 150 erkende bedden en van het budget van de ziekenhuizen die over erkende bedden beschikken onder de kenletters

G en/of de kenletter Sp in combinatie met erkende bedden onder de kenletters A, T of K en die over minder dan 150 erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp, verhoogd op basis van een bedrag van 53.105,00 € (index 1 juli 2007) per VTE verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en van 81.709,74 € (index 1 juli 2007) per VTE geneesheer-ziekenhuishygiënist, overeenkomstig de volgende modaliteiten:

- 1) voor de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en –diensten met minder dan 100 erkende bedden, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en –diensten met minder dan 100 erkende bedden en de ziekenhuizen die beschikken over erkende bedden onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K en die beschikken over minder dan 100 bedden erkend onder de kenletter G en/of de kenletter Sp, wordt het respectievelijk aantal voltijdse equivalenten berekend als volgt:

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist: $Bi * C/1.000$
- voor de geneesheer-ziekenhuishygiënist: $Bi * C/2.400$

met dien verstande dat elk betrokken ziekenhuis moet beschikken over een financiering van op zijn minst 0,25 VTE verpleegkundige-hygiënist en 0,1 VTE geneesheer-hygiënist;

waarbij:

[Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar gekend is]⁵⁸

C = coëfficiënt per dienst

Sp	0,2
G	1

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 % van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies.

- 2) voor de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en –diensten met tussen de 100 tot 149 erkende bedden, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en –diensten met tussen de 100 tot 149 bedden en de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of de kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, T of K en die beschikken over tussen de 100 en 149 erkende bedden onder de kenletter G en/of de kenletter Sp dan wordt het respectievelijk aantal voltijdse equivalenten berekend als volgt:

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist: $Bi * C/1.000$
- voor de geneesheer-ziekenhuishygiënist: $Bi * C/2.400$

met dien verstande dat elk betrokken ziekenhuis moet beschikken over een financiering van op zijn minst 0,50 VTE verpleegkundige-hygiënist en 0,25 VTE geneesheer-hygiënist;

waarbij:

[Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar gekend is]⁵⁸

C = coëfficiënt per dienst

Sp	0,2
G	1

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 % van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies.]⁵⁴

§ 1ter Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen met betrekking tot de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de geneesheer-ziekenhuishygiënist, bedoeld in het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, wordt Onderdeel B4 van het budget van de psychiatrische ziekenhuizen, vanaf 1 juli 2007 voor beide functies verhoogd met 53.105,00 € (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en met 81.709,74 € (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent geneesheer-ziekenhuishygiënist.

Het respectievelijk aantal fulltime equivalenten wordt als volgt berekend:

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist: $Bi * C / 1.000$
- voor de geneesheer-ziekenhuishygiënist: $Bi * C / 2.400$

waarbij:

[Bi = aantal erkende bedden zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar gekend is]⁵⁸

C = coëfficiënt per dienst

Deze coëfficiënt wordt per dienst als volgt vastgesteld:

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

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 % van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies.

§ 2 [Vanaf 1 juli 2017 worden [de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg]^{76*} gefinancierd voor deelnemen aan de initiatieven "Toezicht op de nosocomiale infecties".

* Inwerkingtreding: 01.07.2020.

Het toezicht heeft verplicht betrekking op:

- methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) overeenkomstig het protocol [van Sciensano]⁶⁰ en het relevant nationaal referentielaboratorium;
- de septicemieën over het hele ziekenhuis overeenkomstig het protocol [van Sciensano;]⁶⁰
- multiresistente Gram-negatieve bacteriën overeenkomstig het protocol [van Sciensano]⁶⁰ en het relevant nationaal referentielaboratorium.

Het toezicht heeft eveneens betrekking op één aanvullend protocol te kiezen uit één van de volgende protocollen:

- *clostridium difficile* overeenkomstig het protocol [van Sciensano]⁶⁰ en het relevant nationaal referentielaboratorium;
- vancomycine resistente enterokokken (VRE) overeenkomstig het protocol [van Sciensano]⁶⁰ en het relevant nationaal referentielaboratorium;
- pneumonieën en bacteriëmieën in de eenheden intensieve zorgen overeenkomstig het protocol [van Sciensano;]⁶⁰
- infecties van de operatiewonden overeenkomstig het protocol [van Sciensano.]⁶⁰

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

Elk jaar wordt het beschikbare budget van 1.450.000 € (waarde op 1 juli 2017) op gelijke wijze verdeeld onder de betrokken ziekenhuizen.

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

- het verzamelen van de gegevens met betrekking tot voormelde protocollen en kwaliteitsindicatoren;
- het overmaken van voormelde gegevens [aan Sciensano,]⁶⁰ volgens de leveringstermijn zoals gespecificeerd in de respectievelijke protocollen;
- het storten [aan Sciensano]⁶⁰ van een bedrag gelijk aan 85% van de toegekende financiering op rekeningnummer BE08 0011 6604 8013 van het WIV-ISP-Patrimonium met de vermelding "Toezicht" en de naam van het ziekenhuis, met dien verstande dat onder de term "Toezicht" het toezicht op nosocomiale infecties wordt verstaan, alsook de follow-up van de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid. De storting dient voor einde maart van ieder jaar vereffend te zijn.

[Sciensano]⁶⁰ bezorgt ieder ziekenhuis een feedback met de analyse van de individuele gegevens en de nationale gegevens. Het zal eveneens iedere twaalf maanden aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft een rapport overmaken met onder andere de nationale gegevens alsook de adviezen of aanbevelingen ter zake. Bovendien waarborgt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid de administratieve

ondersteuning dienaangaande van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, overeenkomstig de bewoordingen van een overeenkomst die werd ondertekend met de Directeur-generaal van het Directoraat-generaal "Gezondheidszorg" van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

[Sciensano]⁶⁰ richt bovendien een "Outbreak support team" op. In samenwerking met de bevoegde diensten van de gefedereerde entiteiten zal dit 'Outbreak Support Team' zorginstellingen die daar om vragen ondersteunen bij de aanpak van uitbraken van multiresistente zorginfecties.]⁵³

§ 3 [Om het voordeel van de financieringen voorzien in § 1, § 1bis en § 1ter te behouden]²⁷ dienen de ziekenhuizen deel te nemen aan een samenwerkingsplatform op het gebied van de ziekenhuishygiëne waarvan de doeleinden zullen worden vastgelegd door een overeenkomst tussen het platform en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. Het aantal platforms wordt vastgelegd op één per provincie met een maximum van tien voor het gehele land. Om de kosten van het secretariaat van voornoemd platform te dekken wordt een bedrag van 2.478,94 € toegekend via Onderdeel B4 van één van de aan het platform deelnemende ziekenhuizen. Hiertoe dient een overeenkomst gesloten te worden tussen het ziekenhuis en het platform en moet worden medegedeeld aan de Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorg.

[§ 4 Vanaf [1 januari 2024]^{85*} wordt om de coördinatie van de activiteiten in de ziekenhuizen op het vlak van kwaliteit en veiligheid te bevorderen een bedrag van [41.590.015,27 € (index 1 januari 2024)]^{85†} verdeeld onder de ziekenhuizen die op vrijwillige basis een overeenkomst sluiten met de Directeur-generaal van het "DG Gezondheidszorg" van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.]⁶⁵

Artikel 57

Met het oog op de betaling voor de uitvoering van de administratieve taken van de geneesheren-diensthooften bedoeld in de wet van 26 juni 1990, wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen die geesteszieken opnemen die het voorwerp zijn van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990 als volgt verhoogd:

- 1° met een forfaitair bedrag van 4.970,72 € voor de privésector en met 4.935,18 € voor de openbare sector (index 1 januari 2002) per jaar, op voorwaarde dat minstens één geesteszieke die het voorwerp is van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990 in het ziekenhuis is opgenomen tijdens het dienstjaar voorafgaand aan de vaststelling van het budget;
- 2° met een forfaitair bedrag van 248,54 € voor de privésector en 246,76 voor de openbare sector (index 1 januari 2002) per opgenomen geesteszieke die het voorwerp is van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990, opgenomen tijdens het dienstjaar voorafgaand aan de vaststelling van het budget.

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

† Inwerkingtreding: 01.01.2024.

[Indien de gegevens vermeld in punten 1° en 2° niet beschikbaar zijn voor het dienstjaar voorafgaand aan de vaststelling van het budget, worden de meest recente gegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu beschikbaar zijn in aanmerking genomen voor de berekening.]²⁷

Artikel 58

[§ 1]²⁵ Met het oog op de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel bevat Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen een forfaitair bedrag waarvan de waarde gelijk is aan deze van 30 juni 2002.

[§ 2 Op 1 januari 2009 wordt een bijkomend bedrag van 1.000.000 € toegevoegd aan het hierboven bepaalde bedrag en verdeeld onder de ziekenhuizen naar rata van hun aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]²⁵

Artikel 59

Ter dekking van de lasten van een personeelslid, voor 3/4 tewerkgesteld, voor het interne vervoer van de opgenomen patiënten, wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen [van openbare ziekenhuizen]³⁰ vermeerderd met een bedrag waarvan de waarde gelijk is aan die van 30 juni 2002.

Artikel 60

[§ 1 Op 1 juli 2018, worden de algemene ziekenhuizen en de ziekenhuizen die enkel over erkende bedden beschikken onder de kenletter G en/of kenletter Sp in combinatie met bedden erkend onder de kenletters A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd of Kn, gefinancierd voor de tewerkstelling van de gesubsidieerde contractuelen vallend onder het Interdepartementaal Begrotingsfonds ter bevordering van de werkgelegenheid, een bedrag ten belope van 24.145,83 € (index 1 juli 2018) per VTE zoals bepaald in bijlage 2.

§ 2 Op 1 juli 2018, worden de psychiatrische ziekenhuizen gefinancierd voor de tewerkstelling van de gesubsidieerde contractuelen vallend onder het Interdepartementaal Begrotingsfonds ter bevordering van de werkgelegenheid, een bedrag ten belope van 29.653,43 € (index 1 juli 2018) per VTE zoals bepaald in bijlage 2.]⁶²

Artikel 61

[§ 1 Op 1 juli 2024, met het oog op het creëren van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier wordt een budget van 62.282.829,25 euro (waarde 1 juli 2024) voor algemene ziekenhuizen en een budget van 10.562.585,06 euro (waarde 1 juli 2024) voor psychiatrische ziekenhuizen verdeeld tussen de ziekenhuizen van elke betrokken groep volgens de hieronder beschreven modaliteiten.

1° 10 % van het beschikbare budget van elke ziekenhuisgroep wordt toegewezen als een vaste basis per ziekenhuis om de governance structuur en het beheer van bestaande programma's te versterken.

- 2° 10 % van het beschikbare budget van elke ziekenhuisgroep wordt toegekend als variabele basis per bed om ziekenhuizen aan te moedigen actief en correct gebruik te maken van de dienst « Verwijzingsrepertorium (hub-metahub) » van het ehealth-platform.

Onder bed, worden de verantwoorde bedden of de erkende bedden verstaan voor de bed indexen waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal dat gebruikt wordt om het budget van de financiële middelen voor het betrokken jaar vast te leggen en het aantal erkende bedden is het aantal zoals op 1 januari van het betrokken jaar gekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

- 3° 50 % van het beschikbare budget van elke groep ziekenhuizen wordt toegewezen als acceleratorbudget per bed voor het gebruik van de kern-functionaliteiten opgesomd in bijlage 19.
- 4° 20 % van het beschikbare budget van elke groep ziekenhuizen wordt toegewezen als acceleratorbudget per bed voor het gebruik van de menu-functionaliteiten opgesomd in bijlage 19.
- 5° 10 % van het beschikbare budget van elke groep ziekenhuizen wordt toegekend voor deelname aan het peer review proces.

§ 2 Vanaf 1 juli 2025, wordt een budget van 62.282.829,25 euro (waarde 1 juli 2024) voor algemene ziekenhuizen en een budget van 10.562.585,06 euro (waarde 1 juli 2024) voor psychiatrische ziekenhuizen verdeeld tussen de ziekenhuizen van elke betrokken groep volgens de hieronder beschreven modaliteiten:

- 1° 10 % van het beschikbare budget van elke ziekenhuisgroep wordt toegewezen als een vaste basis per ziekenhuis om de governance structuur en het beheer van bestaande programma's te versterken. Dit vaste bedrag wordt elk jaar berekend en is identiek voor alle ziekenhuizen in elke groep.

De ziekenhuizen moeten, om hun forfait vaste basis per ziekenhuis te behouden, 6 weken na de hieronder gedefinieerde referentieperiode de gebruikspercentages van de basis- en menufunctionaliteiten van het BMUC-acceleratorprogramma declareren en documenteren met behulp van de dataverzamelingstool (BMUC Data Collection Tool).

De ziekenhuizen moeten ook 6 weken na de hieronder gedefinieerde referentieperiode het volgende declareren en documenteren:

- de zelfevaluatie volgens de template ter beschikking gesteld door de FOD Volksgezondheid;
- het stuurplan die het engagement aantoont om het maturiteitsniveau te verhogen;
- het aanleveren van een stand van zaken met betrekking de voortgang van de acties in het plan.

- 2° 10 % van het beschikbare budget van elke ziekenhuisgroep wordt toegekend als variabele basis per bed om ziekenhuizen aan te moedigen actief en correct gebruik te maken van de hubs. Dit forfaitair bedrag wordt elk jaar berekend en is identiek voor alle ziekenhuizen van elke groep.

Onder bed, worden de verantwoorde bedden of de erkende bedden verstaan voor de bed indexen waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal dat gebruikt wordt om het budget van de financiële middelen voor het betrokken jaar vast te leggen en het aantal erkende bedden is het aantal zoals op 1 januari van het betrokken jaar gekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

De voortzetting van dit forfait is afhankelijk van de naleving van de volgende voorwaarden:

- a) De zorggegevens van de zorgvoorzieningen (ontslagbrief, consultatierapport, operatieprotocol, resultaten van technische onderzoeken, van de labo's, van medische beeldvorming, etc.) worden binnen 0 dagen (standaard) tot maximaal 7 dagen gepubliceerd en toegankelijk voor de patiënt, door middel van het « verwijzingsepertorium hubs-metahub » ter beschikking gesteld;
- b) de toegankelijkheid door de patiënt tot de in punt a) opgesomde documenten;
- c) raadpleging via hubs en « gezondheidskluizen », zoals gedefinieerd door het eHealth-platform, van gezondheidsinformatie gedeeld door andere instellingen, samenvatting van de elektronische medische dossiers (Summarised Electronic Health Records - SumEHR) en het medicatie-overzicht door zorgverstrekkers in de instelling;
- d) ter beschikking stellen van andere elektronische gezondheidsgegevens van patiënten met andere zorgverstrekkers via het hubs-metahub systeem. De informatie moet worden uitgewisseld in een vorm die het mogelijk maakt om het te hergebruiken (Caresets, FHIR, Snomed CT);
- e) toegankelijkheid van de documenten volgens de toegangsmatrix zoals gedefinieerd door het eHealth-platform;
- f) de mogelijkheid om automatische rapporten/statistieken te krijgen vanuit de hub over het aantal publicaties en consultaties; deze rapporten moeten ter beschikking worden gesteld zowel voor het ziekenhuis zelf als voor de FOD Volksgezondheid.

Om de punten a) en f) te kunnen monitoren, moeten ziekenhuizen alle gegevens die via het hubs-metahub-systeem worden gedeeld, annoteren met de juiste metadata. De verschillende types van metadata worden gedefinieerd door de reglementen van het eHealth-platform.

Als het ziekenhuis niet aan deze voorwaarde voldoet, komt het volgende dienstjaar niet in aanmerking voor de financiering van het variabele basisbudget per bed. De financiering wordt verleend in het dienstjaar volgend op dat waarin aan de voorwaarde is voldaan.

- 3° 10 % van het beschikbare budget van elke groep ziekenhuizen wordt toegewezen als acceleratorbudget per bed voor het gebruik van de kern-functionaliteiten opgesomd in bijlage 19.

Voor het behoud van het toegewezen budget gelden de volgende voorwaarden:

- tijdens de referentieperiode voor het betrokken jaar moeten de algemene ziekenhuizen minstens 16 kern-functionaliteiten voor 80 % van de gedefinieerde populatie effectief gebruiken;
- tijdens de referentieperiode voor het betrokken jaar moeten de psychiatrische ziekenhuizen minstens 15 kern-functionaliteiten voor 80% van de gedefinieerde populatie effectief gebruiken.

« Referentieperiode voor het betrokken jaar » betekent de maand december voor het jaar 2025 en de maand september voor de daaropvolgende jaren.

Het ziekenhuis dat tijdens de referentieperiode voor het betrokken jaar onvoldoende effectief gebruik heeft gemaakt van het aantal basisfunctionaliteiten van zijn groep, wordt het jaar daarop niet gefinancierd voor dit acceleratorbudget per bed. Het kan worden gefinancierd in het jaar volgend op de referentieperiode, wanneer het aantoonst dat er voldoende effectief gebruik is gemaakt van het aantal basisfunctionaliteiten van zijn groep ziekenhuizen tijdens de gedefinieerde referentieperiode.

- 4° 60 % van het beschikbare budget van elke groep ziekenhuizen wordt toegewezen als acceleratorbudget per bed voor het gebruik van de menu-functionaliteiten opgesomd in bijlage 19.

De toekenning van het acceleratorbudget voor het gebruik van menu-functionaliteiten is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- tijdens de referentieperiode voor het betrokken jaar moeten de algemene ziekenhuizen minstens 8 menu-functionaliteiten voor 80% van de gedefinieerde bevolking effectief gebruiken;
- tijdens de referentieperiode voor het betrokken jaar moeten de psychiatrische ziekenhuizen minstens 5 menu-functionaliteiten voor 80 % van de gedefinieerde populatie effectief gebruiken.

« Referentieperiode voor het betrokken jaar » betekent de maand december voor het jaar 2025 en de maand september voor de daaropvolgende jaren.

Het ziekenhuis dat tijdens de gedefinieerde referentieperiode onvoldoende effectief gebruik heeft gemaakt van het aantal menu-functionaliteiten van zijn groep, wordt het jaar daarop niet gefinancierd voor dit acceleratorbudget per bed. Zij is gefinancierd in het jaar volgend op de referentieperiode, wanneer het aantoonst dat er voldoende effectief gebruik is gemaakt van het aantal menu functionaliteiten van zijn groep ziekenhuizen tijdens de gedefinieerde referentieperiode.

- 5° 10 % van het beschikbare budget van elke groep ziekenhuizen wordt toegekend voor deelname aan het peer review proces. Dit forfaitair bedrag wordt elk jaar berekend en is identiek voor alle ziekenhuizen in elke groep.

Het ziekenhuis moet effectief deelnemen aan de « Peer Review »-activiteiten die jaarlijks door de FOD Volksgezondheid worden georganiseerd. Het ziekenhuis dat niet deelneemt aan deze voorlichtings- en trainingen wordt voor het volgende boekjaar niet gefinancierd voor dit « peer review »-pakket. Het wordt opnieuw gefinancierd in het begrotingsjaar dat volgt op het jaar waarin het daadwerkelijk aan de geplande activiteiten heeft deelgenomen.

De controle op de voorwaarden bepaald in de punten 2° tot 5° wordt uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op basis van gegevens die door elk ziekenhuis worden gecodeerd, 6 weken na het einde van de betrokken referentieperiode, in de tool voor gegevensverzameling (BMUC Data Collection Tool), ter beschikking gesteld door de FOD Volksgezondheid.]^{85*}

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap[†]

[Artikel 61/1

§ 1 *Met het oog op de realisatie in de geïsoleerde geriatriediensten, vermeld in artikel 5, § 1, 1, 3°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en de geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie, vermeld in artikel 5, § 1, 1, 4°, van de voormelde bijzondere wet, van het in actiepunt 2 van de Roadmap 2.0 van het e-gezondheidsplan bepaalde elektronisch patiëntendossier, hierna EPD te noemen, waarvan de inhoud is gedefinieerd in de Belgian Meaningful Use Criteria, hierna de BMUC te noemen, die zijn opgenomen in bijlage 20 bij dit besluit, wordt voorzien in een forfaitaire financiering onder de volgende voorwaarden.*

Voor de geïsoleerde geriatriediensten, vermeld in artikel 5, § 1, 1, 3°, van de bijzondere wet van

8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en de geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie, vermeld in artikel 5, § 1, 1, 4°, van de voormelde bijzondere wet, wordt een enveloppe van 654.209 € als volgt verdeeld in de vorm van forfaits:

- 1° een sokkel per ziekenhuis;*
- 2° een sokkel per erkend bed;*
- 3° een acceleratorbudget;*
- 4° een « early adopter »-budget.*

§ 2 *De sokkel per ziekenhuis, vermeld in § 1, tweede lid, 1°, wordt elk jaar berekend en is identiek voor alle ziekenhuizen in kwestie. Die sokkel bedraagt:*

- 1° op 1 juli 2016 20% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;*
- 2° op 1 juli 2017 15% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;*
- 3° op 1 juli 2018 10% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;*
- 4° op 1 juli 2019 5% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid.*

* Inwerkingtreding: 01.07.2024.

† Art. 4 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15.09.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen – Inwerkingtreding: 01.07.2016.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het ziekenhuis jaarlijks voldoen aan de voorwaarden van de overdracht van de gegevens, vermeld in artikel 55/1, § 1.

Als een ziekenhuis de voorwaarden van de overdracht van de gegevens, vermeld in artikel 55/1, § 1, niet respecteert, wordt het toegekende budget voor het jaar in kwestie gerecupereerd in het volgende budget van financiële middelen. Het gerecupereerde budget wordt conform dezelfde modaliteiten, herverdeeld onder de andere ziekenhuizen op het moment dat het volgende budget van financiële middelen wordt toegekend.

§ 3 *De sokkel per erkend bed, vermeld in § 1, tweede lid, 2°, wordt elk jaar berekend. Voor de vastlegging van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met de erkende bedden, zoals bekend bij het Agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar in kwestie. De sokkel per erkend bed bedraagt:*

1° op 1 juli 2016 25% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;

2° op 1 juli 2017 20% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;

3° op 1 juli 2018 15% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;

4° op 1 juli 2019 10% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, in aanmerking te komen, moet het ziekenhuis jaarlijks voldoen aan de voorwaarden van de overdracht van de gegevens, vermeld in artikel 55/1, § 1.

Als een ziekenhuis de voorwaarden van de overdracht van de gegevens, vermeld in artikel 55/1, § 1, niet respecteert, wordt het toegekende budget voor het jaar in kwestie gerecupereerd op het moment dat het volgende budget van financiële middelen wordt toegekend.

Het gerecupereerde budget wordt, volgens dezelfde modaliteiten, herverdeeld onder de andere ziekenhuizen op het moment dat het volgende budget van financiële middelen wordt toegekend.

§ 4 *Het acceleratorbudget, vermeld in § 1, tweede lid, 3°, is een bijkomend budget dat wordt toegekend aan de ziekenhuizen als stimulans om het proces te accelereren. Het acceleratorbudget wordt elk jaar berekend per ziekenhuis. Het acceleratorbudget bedraagt:*

1° op 1 juli 2016 55% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;

2° op 1 juli 2017 60% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;

3° op 1 juli 2018 65% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;

4° op 1 juli 2019 70% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, 1°, in aanmerking te komen, moet het ziekenhuis voor 1 januari 2018 een plan van aanpak, waarin staat beschreven welke maatregelen het zal nemen om een geïntegreerd EPD te implementeren en effectief te gebruiken voor 1 januari 2019, mailen naar revalidatie@zorg-en-gezondheid.be.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, 2°, in aanmerking te komen, moet het ziekenhuis voor 31 maart 2018 ofwel een contract sluiten met een softwareleverancier voor de implementatie van een geïntegreerd EPD dat beantwoordt aan de criteria, zoals gedefinieerd door de BMUC, waarvan het ziekenhuis een kopie bezorgt aan het

Agentschap Zorg en Gezondheid, ofwel, als het ziekenhuis niet opteert voor een externe softwareleverancier, concrete opvraagbare bewijsstukken ter beschikking stellen, die toelaten het stappenplan in het kader van het vooropgestelde eindresultaat te evalueren

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, 3°, in aanmerking te komen, moet het ziekenhuis voor 31 maart 2018 een implementatiedatum voor een geïntegreerd EPD vastleggen, alsook een stappenplan waarin de implementatiedata worden vermeld van de zeven basisfunctionaliteiten die zijn omschreven in de BMUC. Op 1 juli 2018 wordt het ziekenhuis pro rata gefinancierd op basis van het aantal criteria van de BMUC dat op 1 januari 2018 bereikt is, met dien verstande dat een bereikt criterium het recht opent op een zevende van de financiering.

Om voor de financiering, vermeld in het eerste lid, 4°, in aanmerking te komen, moet het ziekenhuis alle criteria, vermeld in stap 1 van de BMUC, opgenomen in bijlage 20 bij dit besluit, gerealiseerd hebben op 1 januari 2019.

Op 1 juli 2016 en op 1 juli 2017 wordt het beschikbare acceleratorbudget op provisionele wijze onder alle ziekenhuizen verdeeld op basis van een puntensysteem. Het wordt alleen behouden op het moment dat het volgende budget van financiële middelen wordt toegekend, als de voorwaarden, vermeld in het tweede tot en met het vijfde lid, worden gerespecteerd. Het budget wordt verdeeld aan de hand van een puntensysteem, waarbij het ziekenhuis dat aan de voorwaarden voldoet, een punt krijgt per erkend bed. Bij de vaststelling van de erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals bekend bij het Agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar in kwestie. Elk jaar wordt het beschikbare budget gedeeld door de som van de gekregen punten om de waarde van een punt te bepalen in de acceleratorenveloppe. Het bedrag van de financiering van het ziekenhuis wordt bepaald door het aantal punten te vermenigvuldigen met de waarde van een punt. Als een ziekenhuis zijn verplichtingen niet nakomt, wordt het toegekende budget voor het jaar in kwestie teruggevorderd op het moment dat een later budget van financiële middelen wordt toegekend. Het budget dat niet toegekend wordt aan de ziekenhuizen die niet voldoen aan de voorwaarden, wordt volgens dezelfde modaliteiten herverdeeld onder de andere ziekenhuizen op het moment dat een later budget van financiële middelen wordt toegekend.

§ 5 Het « early adopter »-budget, vermeld in § 1, tweede lid, 4°, is een bijkomend budget dat wordt toegekend aan de ziekenhuizen als stimulans om de basisfunctionaliteiten van de BMUC te implementeren voor 1 januari 2019. Het « early adopter »-budget wordt jaarlijks voor elk ziekenhuis berekend. Het « early adopter »-budget bedraagt:

- 1° op 1 juli 2017 5% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;*
- 2° op 1 juli 2018 10% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid;*
- 3° op 1 juli 2019 15% van het beschikbare budget, vermeld in § 1, tweede lid.*

De Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, bepaalt de nadere regels voor de verdeling van elk jaarlijks budget onder de ziekenhuizen.

§ 6 Voor de periode van 1 juli tot en met 31 december 2016 wordt eenmalig, boven op de enveloppe, vermeld in § 1, tweede lid, een extra budget van 237.866 € verdeeld onder de ziekenhuizen, vermeld in § 1, tweede lid, volgens de voorwaarden voor het jaar 2016, vermeld in §§ 2, 3 en 4.

§ 7 *In dit artikel wordt verstaan onder het Agentschap Zorg en Gezondheid: het agentschap, opgericht bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap « Zorg en Gezondheid ».*⁷⁵⁷

[Artikel 61bis]

§ 1 Vanaf 1 januari 2025 worden voor de individuele financiering van de ziekenhuizen op het vlak van cyberveiligheid een budget van 10.674.505 euro (waarde op 1 januari 2025) voor de algemene ziekenhuizen en een budget van 1.810.296,17 euro (waarde op 1 januari 2025) voor de psychiatrische ziekenhuizen als volgt verdeeld over de ziekenhuizen van elke betrokken groep:

- 50 % in gelijke mate tussen alle ziekenhuizen;
- 50 % naar rato van het aantal bedden.

Onder 'bed' wordt verstaan de verantwoorde bedden of de erkende bedden voor bedindexen waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal dat wordt gebruikt om het budget van financiële middelen voor het betreffende jaar vast te leggen en het aantal erkende bedden is het aantal zoals door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betreffende jaar gekend is.

§ 2 Vanaf 1 januari 2025 worden een budget van 1.381.013,96 euro (waarde op 1 januari 2025) voor de algemene ziekenhuizen en een budget van 234.207,05 euro (waarde op 1 januari 2025) voor de psychiatrische ziekenhuizen in gelijke mate verdeeld over de ziekenhuizen van elke betrokken groep om de collectieve kosten voor het lidmaatschap van een derde partij te dekken.

§ 3 Vanaf 1 januari 2025 wordt een budget van 780.300 euro (waarde op 1 januari 2025) in gelijke mate verdeeld over de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen voor de financiering van de bijdragers en het delen van documenten.^{787*}

Wetgeving die van toepassing is vanaf 01/01/2025

[Artikel 61bis]

§ 1 *Vanaf 1 januari 2025 worden voor de individuele financiering van de ziekenhuizen op het vlak van cyberveiligheid een budget van 10.674.505 euro (waarde op 1 januari 2025) voor de algemene ziekenhuizen en een budget van 1.810.296,17 euro (waarde op 1 januari 2025) voor de psychiatrische ziekenhuizen als volgt verdeeld over de ziekenhuizen van elke betrokken groep:*

- 50 % in gelijke mate tussen alle ziekenhuizen;
- 50 % naar rato van het aantal bedden.

Onder 'bed' wordt verstaan de verantwoorde bedden of de erkende bedden voor bedindexen waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het

* Inwerkingtreding: 01.01.2025.

aantal dat wordt gebruikt om het budget van financiële middelen voor het betreffende jaar vast te leggen en het aantal erkende bedden is het aantal zoals door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betreffende jaar gekend is.

§ 2 *Vanaf 1 januari 2025 worden een budget van 1.381.013,96 euro (waarde op 1 januari 2025) voor de algemene ziekenhuizen en een budget van 234.207,05 euro (waarde op 1 januari 2025) voor de psychiatrische ziekenhuizen in gelijke mate verdeeld over de ziekenhuizen van elke betrokken groep om de collectieve kosten voor het lidmaatschap van een derde partij te dekken.*

§ 3 *Vanaf 1 januari 2025 wordt een budget van 780.300 euro (waarde op 1 januari 2025) in gelijke mate verdeeld over de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen voor de financiering van de bijdragers en het delen van documenten.]^{86*}*

[Artikel 61ter

[§ 1 Voor de uitvoering van de normen van de NIS 2 wordt enkel voor het jaar 2024 een budget van 33.772.500 euro (waarde 1 januari 2024) voor de algemene ziekenhuizen en een budget van 5.727.500 euro (waarde 1 januari 2024) voor de psychiatrische ziekenhuizen verdeeld over de ziekenhuizen van elke betrokken groep volgens hun aantal bedden.

Onder bed verstaan we de verantwoorde bedden of de erkende bedden voor bedindexen waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal dat gebruikt werd bij de vaststelling van het budget van financiële middelen voor het boekjaar 2024 en het aantal erkende bedden is het aantal zoals gekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari 2024.]^{85†}

Artikel 62

De bedragen toegekend op 30 juni 2002 voor de evaluatie van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige activiteiten en de bevordering van de medische activiteit in het geheel van de ziekenhuisactiviteiten, blijven vanaf 1 juli 2002 van toepassing.

Artikel 63

[§ 1 Binnen de perken van het beschikbare budget, [dat [op 1 januari 2025 is vastgesteld op 62.318.250 euro]^{87‡}]⁸¹ wordt het onderdeel B4 van de algemene ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag om deel te nemen aan de realisatie van pilootstudies.

Deze pilootstudies beogen de verbetering en de evaluatie van de procedures met betrekking tot het ziekenhuisbeheer in de algemene ziekenhuizen, de multidisciplinaire kwaliteit van de ziekenhuiszorgen, het onderzoeken van nieuwe mechanismen voor de organisatie van de zorg of de financiering van de algemene ziekenhuizen. Ze kunnen eveneens betrekking hebben op de federale coördinatie van een innovatie, de vorming met betrekking tot deze innovatie, sensibiliseringsacties voor de ziekenhuis-actoren

* Inwerkingtreding: 01.01.2025.

† Inwerkingtreding: 01.01.2024.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

alsook stimulansen tot samenwerking met externe partners van het ziekenhuis. Ze kunnen ook een interventie in de kosten dekken met betrekking tot het op zich nemen van toezicht of behandeling in geval van een tijdelijke gezondheidszorgcrisis. [Deze studies kunnen bijdragen tot de dekking van bepaalde financieringskosten van beroepsverenigingen of patiëntenverenigingen die specifieke opdrachten krijgen in verband met het ziekenhuisbeleid.]^{87*}

- § 2 Binnen de perken van het beschikbare budget, [dat [op 1 januari 2025 is vastgesteld op 322.948.982 euro]^{87†}]⁸¹, wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van pilootstudies die betrekking hebben op thema's op het vlak van geestelijke gezondheid of specifiek voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Deze pilootstudies beogen de verbetering en de evaluatie van de procedures met betrekking tot het ziekenhuisbeheer, de multidisciplinaire kwaliteit van psychiatrische zorgen, de alternatieven met betrekking tot psychiatrische zorgen of het onderzoeken van nieuwe financieringsmechanismen voor ziekenhuiszorgen geleverd binnen of buiten het ziekenhuis. Ze kunnen eveneens betrekking hebben op de federale coördinatie van een innovatie, de vorming met betrekking tot deze innovatie en sensibiliseringsacties voor de ziekenhuis-actoren alsook stimulansen tot samenwerking met externe partners van het ziekenhuis. [Deze studies kunnen bijdragen tot de dekking van bepaalde financieringskosten van beroepsverenigingen of patiëntenverenigingen die specifieke opdrachten krijgen in verband met het ziekenhuisbeleid.]^{87‡}

- § 3 Binnen de perken van het beschikbare budget, [dat [op 1 januari 2025 is vastgesteld op 2.365.968 euro]^{87§}]⁸¹, wordt het onderdeel B4 verhoogd met een forfaitair bedrag voor de ziekenhuizen die deelnemen aan de realisatie van pilootstudies.

De pilootstudies kunnen betrekking hebben op de ontwikkeling of het gebruik van de ziekenhuisteleatica in de ziekenhuizen, de codering van gegevens, het gebruik van gestandaardiseerde terminologie, de inzameling van specifieke ziekenhuisgegevens of het onderhoud van een IT-toepassing die nuttig is voor alle ziekenhuizen.

[Ze kunnen ook betrekking hebben op de federale coördinatie van een innovatievernieuwing, de vorming met betrekking tot deze innovatie, sensibiliseringsacties voor ziekenhuispersoneel en stimulansen tot samenwerking met externe partners van het ziekenhuis. [Deze studies kunnen bijdragen tot de dekking van bepaalde financieringskosten van beroepsverenigingen of patiëntenverenigingen die specifieke opdrachten krijgen in verband met het ziekenhuisbeleid.]^{87**}]^{85††}

* Inwerkingtreding: 01.01.2025.

† Inwerkingtreding: 01.01.2025.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

§ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

** Inwerkingtreding: 01.01.2025.

†† Inwerkingtreding: 01.01.2024.

§ 4 In de offerteaanvraag van de pilootstudies bedoeld in de paragrafen 1 tot 3 hierboven moeten de criteria en voorwaarden inzake de inoverwegingneming van de pilootstudies vermeld staan.

De weerhouden studies dienen het voorwerp uit te maken van een geschreven overeenkomst tussen de Minister dewelke het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, de betrokken ziekenhuizen en, in voorkomend geval, de promotor van de studie. Deze pilootstudies dienen betrekking te hebben op een onderwerp dat alle algemene of psychiatrische ziekenhuizen aangaat, of een categorie van deze, en de resultaten van de studie dienen veralgemeend te kunnen worden naar deze ziekenhuizen na positieve evaluatie van een evaluatiecomité. De gegevens van de studie zijn afkomstig van één of meerdere ziekenhuizen.

Deze overeenkomsten dienen de criteria te vermelden die dienden als basis voor de selectie van de betrokken ziekenhuizen en, in voorkomend geval, de promotor van de studie, het doel en de duur van de studie, de financiering toegekend aan het ziekenhuis, de verantwoording van de uitgaven, in voorkomend geval, het bedrag en de wijze waarop het ziekenhuis de promotor van de studie vergoedt alsook, in voorkomend geval, de verplichtingen van de promotor betreffende de feedback naar de deelnemende ziekenhuizen, de controle door een begeleidend comité, de gefaseerde evaluatie volgens de duur van de studie, en het rapport dat voor te leggen is aan de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft. Deze moeten vervolledigd worden door een verklaring van belangenconflict.]]^{73*}

[Artikel 63bis

Vanaf 1 januari 2014 worden alle ziekenhuizen die erkend zijn voor een dienst geriatrie [...] ^{76†} gefinancierd om een interne geriatrie liaison te organiseren zoals beschreven in afdeling IV van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrie patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

De financiering van het interne liaisonsteam wordt als volgt berekend, rekening houdend met een jaarlijkse loonkost van 58.000 € (waarde op 1 juli 2014) per voltijds equivalent:

- het aantal verblijven in klassieke hospitalisatie van patiënten van 75 jaar en ouder die exclusief behandeld worden in niet-geriatrie eenheden, verminderd met het verschil tussen het aantal verblijven dat overeenstemt met een gemiddelde bezettingsgraad, in een dienst geriatrie, van 85 % en het aantal reële verblijven in een geriatrie dienst als die bezettingsgraad van 85 % niet wordt gehaald;
- 2 VTE's voor de eerste 1.000 verblijven;
- 0,25 bijkomende VTE per begonnen schijf van 500 bijkomende verblijven bovenop de 1.000.

De financiering is gegarandeerd voor een minimum van 2 VTE's en een maximum van 6 VTE's.]]^{40‡}

* Inwerkingtreding: 01.01.2020.

† Inwerkingtreding: 01.07.2020

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2014.

[Artikel 63ter

Vanaf 1 juli 2014 worden alle ziekenhuizen die erkend zijn voor een dienst geriatrie, [...] ^{76*} gefinancierd om intern een daghospitalisatie te organiseren voor de geriatrische patiënt zoals beschreven in afdeling III van hoofdstuk V van het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

Er wordt een jaarlijks forfait, uitgedrukt op 1 juli 2014, toegekend in functie van het aantal verblijven van geriatrische patiënten die werden opgenomen in daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt.

Aantal patiëntenverblijven per jaar	Jaarlijks forfait
tussen 0 et 520 verblijven	81.900 €
tussen 521 et 1.040	136.500 €
tussen 1.041 et 1.560	227.500 €
tussen 1.561 et 2.080	318.500 €
2.081 verblijven en meer	409.500 €

Voor het vaststellen van het aantal verblijven van geriatrische patiënten wordt rekening gehouden met het aantal geriatrische patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt zoals vermeld in de laatste minimale ziekenhuisgegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn.

Vanaf 1 juli 2014 vindt er om de 2 jaar een actualisering plaats van het aantal verblijven van geriatrische patiënten die werden opgenomen in daghospitalisatie.] ⁴⁰

[Artikel 63quater

Vanaf 1 januari 2014 worden [alle algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-zielenhuizen palliatieve zorg,] ^{76†} gefinancierd voor de oprichting van een multidisciplinair algologisch team op voorwaarde dat de gegevens in verband met de samenstelling en de activiteiten van het team geregistreerd worden, en dat die gegevens ter beschikking worden gehouden van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Die gegevens moeten, als de FOD daarom vraagt, elektronisch worden opgestuurd.

Dit team dient te beschikken over medische, verpleegkundige en psychologische competenties en is belast met:

- het coördineren van de pijnbehandeling in de ziekenhuisstructuur;
- het sensibiliseren van alle zorgverstrekkers aangaande de noodzaak van een correcte pijnbehandeling;
- het verlenen van steun aan de zorgteams in het kader van de identificatie en de behandeling van pijn;
- het identificeren van de behoeften inzake opleiding van het personeel van de verschillende zorgteams en het organiseren van de opleiding van het zorgpersoneel inzake de beoordeling en de behandeling van pijn;

* Inwerkingtreding: 01.01.2020.

† Inwerkingtreding: 01.07.2020.

- het faciliteren van de implementatie van guidelines voor de behandeling van chronische pijn in de zorgeenheden;
- het deelnemen aan de educatie van de chronische pijnpatiënten, in samenwerking met de zorgteams;
- het verzekeren van de zorgcontinuïteit door op te treden als schakel met een multidisciplinair centrum voor de behandeling van chronische pijn en met de behandelende arts en de andere actoren uit de thuiszorg of in een zorgstructuur;
- het organiseren van de deelname van het ziekenhuis aan het netwerk met de externe zorgverstrekkers en met de andere ziekenhuizen.

Een arts die minstens halftijds actief is op het domein van de algologie wordt aangesteld als verantwoordelijke van het team. Als er binnen het ziekenhuis geen dergelijk profiel aanwezig is, mag tijdens een overgangsfase een geneesheer-anesthesist worden aangesteld als verantwoordelijke.

Behalve als hij zelf een multidisciplinair centrum heeft ontwikkeld voor de behandeling van chronische pijn, dat erkend is door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, moet de contractant een samenwerkingsakkoord afsluiten met een ziekenhuis dat over een dergelijk centrum beschikt. Dat samenwerkingsakkoord moet betrekking hebben op de oprichting van een netwerk voor kennisdeling en moet vermelden welke initiatieven er ontwikkeld zullen worden door het centrum om de multidisciplinaire algologische teams te ondersteunen en te omkaderen en om zijn expertise ter beschikking te stellen voor de opleiding van de zorgteams.

[Om de werking van de multidisciplinaire algologische teams te financieren, wordt onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag, uitgedrukt in de waarde op 1 januari 2014, die als volgt wordt berekend:

Samenstelling	Referentie-loonkost	Voor de eerste 100 erkende bedden	+ per begonnen schijf van 100 bijkomende erkende bedden
Arts	120.000 €	0,10 VTE	0,01 VTE
Verpleegkundige	58.000 €	0,22 VTE	0,10 VTE
Psycholoog	69.000 €	0,22 VTE	0,02 VTE

Voor de berekening van de financiering wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, voor het volledige ziekenhuis, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]⁴⁰

[Artikel 63quinquies]

Vanaf 1 januari 2014 worden [alle algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen en de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg,]^{76*} gefinancierd voor een kwaliteitssysteem opzetten voor de transfusieketen onder de verantwoordelijkheid van een multidisciplinair hemovigilantie-/transfusieteam, bestaande uit minstens een referentieverpleegkundige transfusie, de verantwoordelijke van de ziekenhuisbloedbank en een arts met klinische expertise op het vlak van bloedtransfusie.

* Inwerkingtreding: 01.07.2020.

Dit team is belast met de uitvoering van de volgende opdrachten, in samenwerking met het transfusiecomité, met betrekking tot de afname van pretransfusie stalen, de bewaring en toediening van bloed en bloedcomponenten:

- de preventie van ernstige voorvallen en transfusiereacties;
- de melding van ernstige voorvallen en transfusiereacties;
- de analyse van ernstige voorvallen en transfusiereacties;
- de implementatie van verbeteringsacties op basis van de analyse van ernstige voorvallen en transfusiereacties;
- de melding van ernstige voorvallen en transfusiereacties aan het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten en het formulier voor de jaarlijkse melding van ongewenste transfusiereacties en voorvallen versturen;
- de vorming en sensibilisering van ziekenhuismedewerkers betrokken bij het transfusiegebeuren;
- de toepassing en/of de ontwikkeling van geïnformatiseerde controleprocedures en van een geïnformatiseerd traceersysteem van bloedcomponenten;
- de deelname aan de enquête opgesteld door BeQuinT (Belgian Quality in Transfusion) om de twee jaar.

Om de kosten te financieren van de werking van het multidisciplinair hemovigilantie-transfusieteam, wordt een budget van 4.340.000 € (waarde op 1 januari 2014) verdeeld tussen de algemene ziekenhuizen op basis van de volgende modaliteiten:]⁴¹

- 1° een forfait van 10.000 € wordt toegekend aan elk ziekenhuis om de uitrusting (software) te financieren die nodig is voor de traceerbaarheid en de controle van de bloedproducten;
- 2° binnen een enveloppe van 1.000.000 € wordt als volgt een aanvullend bedrag berekend in functie van de consumptie van bloedzakjes per ziekenhuis:

$$X = A * B/C$$

waarbij:

A = beschikbaar budget van 1.000.000 €

B = aantal bloedzakjes die gebruikt worden in het ziekenhuis in kwestie

C = totaal aantal gebruikte bloedzakjes in alle betrokken ziekenhuizen

- 3° een bijkomend bedrag van 2.300.000 € wordt toegekend pro rata van de weging van de erkende bedden.

De volgende wegingen worden toegepast op de erkende bedkenletters:

- 1 punt voor de E-, M-, G- en L-bedden;
- 2 punten voor de C-, D-, C+D-, I- en NIC-bedden.

Bij de berekening wordt er rekening gehouden met het aantal erkende bedden met de bedkenletters E, M, G, L, C, D, C+D, I en NIC dat gekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het moment van de berekening en het aantal

gebruikte bloedzakjes in elk ziekenhuis op basis van de melding aan het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten.

Vanaf 1 juli 2014 wordt het aantal erkende bedden en het aantal gebruikte bloedzakjes in elk ziekenhuis om de twee jaar geüpdatet.]⁴⁰

[Artikel 63sexies

Vanaf 1 juli 2014 ontvangen de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie intensieve zorg een financiering voor de erkende functie «lokale donorcoördinatie», zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 november 2012 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «lokale donorcoördinatie» moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven.

Om de werkingskosten van de erkende functie «lokale donorcoördinatie» te financieren, wordt er als volgt een bedrag berekend per ziekenhuis:

- 1° er wordt een aantal verkregen door het totale aantal erkende bedden van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met de NPERCIZ-coëfficiënt van het laatste gekende jaar, zoals bepaald in bijlage 8 van dit besluit;
- 2° er wordt een forfaitair bedrag toegekend op basis van het in 1° hierboven verkregen aantal:
 - als het berekende aantal lager is dan 2.000, wordt een bedrag van 30.000 € (waarde op 1 juli 2014) toegekend;
 - als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 2.000 en lager dan 4.000, wordt een bedrag van 50.000 € (waarde op 1 juli 2014) toegekend;
 - als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 4.000 en lager dan 6.000, wordt een bedrag van 70.000 € (waarde op 1 juli 2014) toegekend;
 - als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 6.000 en lager dan 8.000, wordt een bedrag van 90.000 € (waarde op 1 juli 2014) toegekend;
 - als het berekende aantal hoger dan of gelijk is aan 8.000, wordt een bedrag van 110.000 € (waarde op 1 juli 2014) toegekend.

Er wordt een bijkomend bedrag van 20.000 € (waarde op 1 juli 2014) toegekend aan de ziekenhuizen die ook erkend zijn voor een transplantatiecentrum, in de zin van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 houdende vaststelling van de normen waaraan een transplantatiecentrum moet voldoen om te worden erkend, om het team van dat centrum in staat te stellen om de omkadering te versterken van de ziekenhuizen die een samenwerkingsakkoord hebben ondertekend met hun centrum via:

- het organiseren van seminars, congressen en opleidingen voor medisch en verpleegkundig personeel dat de functie donorcoördinatie uitoefent;
- het ter beschikking stellen van procedures voor de behandeling van potentiële donoren aan de ziekenhuizen die een samenwerkingsakkoord hebben ondertekend met het transplantatiecentrum

Voor het vaststellen van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, voor heel het ziekenhuis, zoals dat gekend is door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening.]⁴⁰

[Artikel 63septies]

Vanaf 1 juli 2014 worden [alle algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg,]^{76*} gefinancierd om intern een voedingsteam te organiseren. Dat team, gecoördineerd door een voedingsverantwoordelijke, bestaat minstens uit een diëtist, een verpleegkundige, een arts, een apotheker en de keukenverantwoordelijke.

Dat team komt minstens één keer per trimester samen en voert de volgende taken uit:

- binnen het ziekenhuis een strategie ontwikkelen en toepassen voor het opsporen van patiënten met een risico op ondervoeding of obesitas, gebaseerd op een gevalideerd screeningsinstrument, die wordt toegepast bij hun opname in het ziekenhuis, in de loop van het verblijf en bij ontslag;
- binnen het ziekenhuis een doelgerichte strategie voor voedingsinterventies ontwikkelen en toepassen, gecombineerd met een individueel voedingsplan, voor alle patiënten die het risico lopen op ondervoeding of obesitas, gebaseerd op een grondig voedingsonderzoek, uitgevoerd door een diëtist en met als doel de objectieve en subjectieve voedingsparameters te documenteren, voedings-risicofactoren te bepalen, specifieke tekorten te identificeren en de voedingsbehoeften van elke patiënt te definiëren;
- instaan voor de opvolging van de implementatie van die procedures aan de hand van een registratiesysteem voor de resultaten van de opsporing en van de nutritionele opvolging die moet worden uitgevoerd, en die resultaten up to date houden;
- richtlijnen en aanbevelingen opstellen en up to date houden aangaande de speciale voedingstherapieën, gebaseerd op de aanbevelingen van wetenschappelijke instellingen of officiële instanties en ze vertalen in concrete protocollen die rechtstreeks gebruikt kunnen worden door de zorgverstrekkers binnen het ziekenhuis;
- instaan voor de opvolging van alle patiënten die betrokken zijn bij de parenterale, enterale en orale voeding, met inbegrip van de voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis en de informatie die moet worden doorgegeven aan de zorgverstrekkers die instaan voor de patiënt na diens ontslag uit het ziekenhuis;
- deelnemen aan de vergaderingen georganiseerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ten behoeve van de voedingsteams;
- op vraag van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu de anoniem gemaakte gegevens die werden geregistreerd op de geïnformatiseerde opvolgingsdocumenten en de informatie die nodig is voor de evaluatie van de activiteiten van het voedingsteam in elektronisch formaat doorsturen, volgens het schema dat werd meegedeeld door de FOD.

Om de registratie te vergemakkelijken van de gegevens aangaande de resultaten van de opsporingsacties en de opvolgingsmodaliteiten van de patiënten die aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu moeten worden bezorgd, stelt de FOD een instrument

* Inwerkingtreding: 01.07.2020.

ter beschikking van de ziekenhuizen dat het mogelijk maakt om de patiënten op te volgen, op basis van een voedingsplanning en een voedingsmiddelentabel.

Om de werking van het voedingsteam te financieren, wordt onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen verhoogd met een forfaitair bedrag, gebaseerd op het aantal erkende bedden onder kenletters C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp palliatieve zorg, A, Ad, An, T, K, Kd en Kn, dat als volgt wordt berekend:

1° aan elk erkend bed dat in aanmerking komt, wordt een aantal punten gekoppeld, dat rekening houdt met het risico op ondervoeding, opgesteld als volgt:

- C-bed:	5,10 punten
- D-bed:	7,45 punten
- C+D, I-bed:	6,275 punten
- E-bed:	8,5 punten
- G-bed:	7,15 punten
- Sp, Sp pall-bed:	5,44 punten
- A, Ad, An, T, K, Kd en Kn-bed:	6,24 punten

2° er wordt een puntentotaal berekend voor elk ziekenhuis;

3° elk betrokken ziekenhuis ontvangt een gegarandeerd forfait van 15.000 €, dat de eerste 800 punten dekt;

4° er wordt een aanvullend bedrag berekend door het aantal punten boven de 800 te vermenigvuldigen met een bedrag van 2,60 €.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden onder kenletters C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp palliatieve zorg, A, Ad, An, T, K, Kd en Kn, zoals dat gekend is door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening.

Vanaf 1 juli 2014 vindt er om de 2 jaar een actualisering plaats van het aantal erkende bedden.]⁴⁰

Artikel 63octies

[...]⁴⁵

Artikel 64

[Volgende maatregelen zijn bepaald in het Kankerplan [...]]^{28*}

§ 1[†] Vanaf 1 juli 2008 wordt, teneinde de patiënt verpleegkundige en psychosociale ondersteuning te bieden, een multidisciplinair team gefinancierd in de ziekenhuizen die over een erkend zorgprogramma voor oncologie beschikken, naar rata van het aantal multidisciplinaire oncologische consultaties die door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden terugbetaald (MOC's). Die VTE's zijn aan dit zorgprogramma verbonden en werken ook effectief voor dit zorgprogramma.

* Inwerkingtreding: 01.01.2011.

† Inwerkingtreding: 01.07.2008.

De financiering wordt als volgt berekend:

- één VTE licentiaat/master in de psychologie per 250 MOC's, ten belope van 55.243 € per VTE. Hij moet praktijkervaring hebben in het ondersteunen van oncologische patiënten of een opleiding oncopsychologie hebben gevolgd;
- één VTE verpleegkundige per 250 MOC's, ten belope van 50.112 € per VTE. Hij moet in de eerste plaats gespecialiseerd zijn in de oncologie of praktijkervaring hebben in het ondersteunen van oncologische patiënten of een opleiding gevolgd hebben die de kwaliteit van de aan deze patiënten verstrekte zorg een meerwaarde geeft;
- en 0,5 VTE maatschappelijk werker per 250 MOC's, ten belope van 47.035 € per VTE.

[Onder MOC worden verstaan de volgende codes van geneeskundige prestaties, vergoed door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging: 3500372-350383, 350276-350280 en 350291-350302.

Op 1 juli 2017 is het bedrag van de toegekende provisie gelijk aan het bedrag gefinancierd op 30 juni 2017.

Deze financiering wordt jaarlijks herzien in het kader van de herziening van het budget van de financiële middelen, op basis van de effectieve toewijzing, de kwalificatie, de ervaring of de vereiste opleiding van de hierboven beschreven VTE's, alsook het reëel aantal MOC's gepresteerd gedurende het betrokken jaar, waarvan de codes hierboven werden hernomen, en die tot 30 juni van het tweede jaar volgend op het prestatiejaar door de ziekte- en invaliditeitsverzekering werden gecomptabiliseerd.]⁵⁴

§ 2* Ter verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening wordt er vanaf 1 juli 2008 in de ziekenhuizen die beschikken over een erkend zorgprogramma oncologie één VTE van universitair niveau per 1.000 multidisciplinaire oncologische consulten terugbetaald door de ziekte- en invaliditeitsverzekering (MOC), ten belope van 55.242 € per VTE.

Om deze specifieke bijkomende financiering te kunnen genieten moeten volgende voorwaarden vervuld zijn:

- de VTE is verbonden en moet effectief werken voor het zorgprogramma;
- de VTE vervult de functie van datamanager;
- hij moet een voorafgaande opleiding gevolgd hebben bij het Kankerregister omtrent het coderen van gegevens;
- hij is verantwoordelijk voor de registratie bij het Kankerregister en moet evalueren of de aanbevelingen van het oncologisch handboek van het ziekenhuis worden opgevolgd. Hij moet ook beoordelen of de beslissingen van de MOC's waaraan hij verplicht moet deelnemen in acht worden genomen.

[Onder MOC worden verstaan de volgende codes van geneeskundige prestaties, vergoed door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging: 3500372-350383, 350276-350280 en 350291-350302.

* Inwerkingtreding: 01.07.2008.

Op 1 juli 2017 is het bedrag van de toegekende provisie gelijk aan het bedrag gefinancierd op 30 juni 2017.

Deze financiering wordt jaarlijks herzien in het kader van de herziening van het budget van de financiële middelen, op basis van de effectieve toewijzing, de kwalificatie, de ervaring of de vereiste opleiding van de hierboven beschreven VTE's, alsook het reëel aantal MOC's gepresteerd gedurende het betrokken jaar, waarvan de codes hierboven werden hernomen, en die tot 30 juni van het tweede jaar volgend op het prestatiejaar door de ziekte-en invaliditeitsverzekering werden gecomptabiliseerd.]⁵⁴

- § 3* Vanaf 1 juli 2008 wordt aan elk ziekenhuis dat beschikt over kinderoncologiebedden en die beantwoorden aan de criteria opgenomen in bijlage 1 van het ministerieel besluit van 29 december 1997 houdende vaststelling, voor het dienstjaar 1998, van de specifieke voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, een bijkomende financiering van één VTE licentiaat/master in de psychologie toegekend ten belope van 55.240 € per VTE, en van één VTE paramedicus, kinesitherapeut, maatschappelijk werker of kinderverzorgster ten belope van 47.000 € per VTE.

Die financiering is beperkt tot 8 VTE's psychologen en 8 VTE's andere functie voor het Rijk.

- § 4† Om de celbanken en eenheden voor celtherapie met hematopoïetische stamcellen en navelstrengbloed structureel te ondersteunen wordt er, vanaf 1 januari 2009, aan de ziekenhuizen die over dergelijke structuren beschikken en een overeenkomst met de minister, die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, hebben ondertekend, een financiering toegekend die als volgt wordt berekend:

- a) voor de [...] ^{28‡} door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten erkende banken voor hematopoïetische stamcellen en erkend door « the European Group for Blood and Marrow Transplantation » of waarvoor de erkenning aan de gang is:
- 0,2 VTE arts-beheerder van de bank, ten belope van 100.000 € per VTE;
 - één VTE bachelor laboratoriumtechnoloog, ten belope van 55.240 € per VTE;
 - één VTE kwaliteitscoördinator, ten belope van 55.240 € per VTE;
 - 0,5 VTE datamanager, ten belope van 36.000 € per VTE;
 - en een forfait van 60.000 € voor werkingskosten en opslag.
- b) [voor de door NETCORD geaccrediteerde banken voor navelstrengbloed, of waarvan de accreditatie loopt, uitgebaat in combinatie met een bank voor hematopoïetische stamcellen die aan bovenvermelde voorwaarden voldoen, wordt aan de in punt a) opgenomen financiering toegevoegd:
- 0,1 VTE arts-beheerder van de bank, ten belope van 100.000 € per VTE;

* Inwerkingtreding: 01.07.2008.

† Inwerkingtreding: 01.01.2009.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2011.

- één VTE bachelor laboratoriumtechnoloog ten belope van 55.240 € per VTE;
- 0,5 VTE datamanager, ten belope van 36.000 € per VTE;
- en een forfait van 60.000 € voor werkingskosten en opslag.]]^{28*}

§ 5[†] Vanaf 1 januari 2009, om de bestaande tumorbanken in de ziekenhuizen te ondersteunen die krachtens Onderdeel B7 worden gefinancierd en die voor een zorgprogramma oncologie zijn erkend, en teneinde binnen het Kankerregister een interuniversitaire virtuele tumorbank te creëren, wordt een forfaitaire financiering van 300.000 € toegevoegd aan Onderdeel B4 van de betrokken ziekenhuizen.

Om deze specifieke bijkomende financiering te kunnen genieten, moeten de ziekenhuizen aan volgende voorwaarden voldoen:

- een overeenkomst hebben ondertekend met de minister die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft;
- de tumorbank moet reeds geïnstalleerd en operationeel zijn, verbonden zijn aan een laboratorium voor anatomopathologie van het ziekenhuis of met een extern laboratorium voor anatomopathologie waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten;
- er moet een centraal beheer en een centrale opslag van de stalen zijn en er moeten minstens 1.000 tumorstalen aanwezig zijn;
- de tumorbank moet beschikken over de gestandaardiseerde procedures en dient deze te volgen voor de voorbereiding, het invriezen en bewaren van de stalen.

Met de forfaitaire financiering die wordt toegekend aan één tumorbank per ziekenhuis en per laboratorium voor anatomopathologie die aan bovenvermelde voorwaarden voldoet, worden volgende kosten gedekt:

- één beheerder van de tumorbank die verantwoordelijk is voor de registratie en de bewaring van de stalen, alsook voor het correcte gebruik ervan;
- één laboratoriumtechnoloog die verantwoordelijk is voor de ontvangst, de voorbereiding en de invriezing van de stalen, alsook voor de eventuele extractie van DNA met het oog op de bewaring ervan;
- de werkingskosten die verband houden met de voorbereiding, de invriezing, de registratie en het transport van de stalen (informatica, vloeibare stikstof, reagentia...);
- het nodige materiaal voor het opslaan van de stalen en de beveiliging van het lokaal.

Om die financiering te kunnen krijgen, moeten de ziekenhuizen zich ertoe verbinden 10 % van dit bedrag aan het Kankerregister te storten voor het beheer van de virtuele overkoepelende tumorbank.

§ 6[‡] Teneinde het translationeel onderzoek te coördineren en daarbij de samenwerking tussen artsen en wetenschappers te stimuleren met als doel de patiënten zo snel mogelijk

* Inwerkingtreding: 01.01.2009.

† Inwerkingtreding: 01.01.2009.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2009.

voordeel te laten halen uit de ontwikkelingen van hun werkzaamheden, wordt vanaf 1 januari 2009 een forfaitaire financiering van 191.240 € toegevoegd aan Onderdeel B4 van de ziekenhuizen die krachtens Onderdeel B7 worden gefinancierd, en die voor een zorgprogramma oncologie zijn erkend en een overeenkomst met de minister die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft hebben ondertekend.

Deze financiering betreft maximum 13 ziekenhuizen.

De forfaitaire financiering wordt toegekend om de werkingskosten te dekken van een coördinatieceel per ziekenhuis bestaande uit:

- één VTE arts-coördinator voor het translationeel onderzoek met ervaring op het gebied van onderzoek en met minstens vijf jaar klinische ervaring;
- één VTE secretariaatsmedewerker voor administratieve en logistieke ondersteuning;
- één VTE datamanager voor hulp bij het coderen van de gegevens.

Om deze specifieke bijkomende financiering te kunnen krijgen, moeten de ziekenhuizen een zekere expertise hebben op het gebied van translationeel onderzoek dat door middel van volgende elementen kan worden aangetoond:

- wetenschappelijke publicaties op het gebied van translationeel onderzoek;
- het opstarten van minstens 10 klinische studies per jaar in het gebied van de oncologie;
- lopende studies in translationeel onderzoek;
- bestaand translationeel onderzoeksteam;
- bestaande technologische infrastructuur voor de realisatie van translationele studies in de oncologie (technieken voor metabole beeldvorming: PET, NMR,...);
- nationale en/of internationale wetenschappelijke samenwerking op het gebied van oncologisch onderzoek;
- partnership met de farmaceutische industrie of met nieuwe technologieën op het gebied van de oncologie.^[25]

[§ 7] Teneinde de voedingsondersteuning voor kankerpatiënten te versterken, wordt vanaf 1 januari 2011 een budget van 7.544.871 € (index 01/01/2011) verdeeld onder de ziekenhuizen die erkend zijn voor een zorgprogramma voor oncologische basiszorg of een zorgprogramma voor oncologie.

Met het beschikbare budget worden diëtisten gefinancierd die instaan voor deze voedingsondersteuning, die bestaat uit de uitwerking van een specifiek voedingsbeleid toegespitst op de oncologische patiënt, de sensibilisatie van de zorgverleners voor het belang van voeding en de vroege detectie van voedingsproblemen, ook door toepassing van gevalideerde screeningsmethodes. Bovendien staan de diëtisten in voor het contact met de maaltijdleverancier, de communicatie met de externe partners van het ziekenhuis en de educatie van de oncologische patiënt op het vlak van voeding.

De diëtist moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- voldoen aan de voorwaarden van het koninklijk besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het

- beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast;
- bij voorkeur beschikken over beroepservaring in de oncologische diëtetiek of bij gebrek daaraan over beroepservaring in de diëtetiek die nuttig is voor de behandeling van oncologische patiënten;
 - verbonden zijn aan en effectief werken voor het zorgprogramma voor oncologische basiszorg of het zorgprogramma voor oncologie en integraal deel uitmaken van het multidisciplinaire team van dat zorgprogramma;
 - overleg en samenwerkingsverbanden tot stand brengen met de andere diensten en structuren voor voedingsondersteuning binnen het ziekenhuis.

Voor de evaluatie en de opvolging van dat initiatief moeten de diëtisten jaarlijks gegevens betreffende hun activiteiten registreren en rapporteren, volgens een schema en een timing die de FOD Volksgezondheid nader zal bepalen. Ze moeten ook deelnemen aan de uitwisselingen van praktijkervaring die door de FOD Volksgezondheid worden georganiseerd.

Op 1 januari 2011 wordt het hierboven vermelde budget als volgt verdeeld, naar rata van het aantal multidisciplinaire oncologische consultaties (MOC's) die in de loop van 2008 door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden terugbetaald en ten belope van 46.146 € (index 01/01/2011) per VTE:

- 1 VTE diëtist tot 500 MOC's;
- 1,5 VTE diëtist van 501 tot 750 MOC's;
- 2 VTE diëtist van 751 tot 1000 MOC's;
- 2,5 VTE diëtist van 1001 tot 1250 MOC's;
- 3 VTE diëtist van 1251 tot 1500 MOC's;
- 3,5 VTE diëtist van 1501 tot 1999 MOC's;
- 4 VTE diëtist vanaf 2000 MOC's.

Die financiering kan jaarlijks herzien worden op basis van de kwalificatie en de effectieve toewijzing in een zorgprogramma.]^{28*}

- [§ 8 Een budget van 246.000 € (index 01/01/2013) wordt toegekend aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie pediatrie liaison, in de zin van het koninklijk besluit van 15 november 2010 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie pediatrie liaison moet voldoen om te worden erkend.]³⁷

Artikel 65

[Vanaf 1 juli 2007 wordt, met het oog op de financiering van de kosten betreffende een mobiele equipe of een mobiel supportteam voor de erkende palliatieve functie, Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen verhoogd:

- 1° met een vast bedrag dat als volgt wordt berekend:
- [a) algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 200 bedden en de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten

* Inwerkingtreding: 01.01.2011.

met minder dan 200 bedden, de ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve zorg en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden:]]²¹

- voor de ziekenhuizen met minder dan 500 bedden met een bedrag van 100.663,10 € (index 1 juli 2007) dat overeenstemt met een bezetting van 0,5 FTE arts met voldoende vorming en/of ervaring in palliatieve zorg, 0,5 FTE gegradueerde verpleegkundige en 0,5 FTE psycholoog;
- voor de ziekenhuizen met 500 bedden of meer, met een bedrag van 100.663,10 € (index 1 juli 2007), vermenigvuldigd met het aantal bedden van het ziekenhuis en gedeeld door 500.

[Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]]²⁵

- [b) Geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 200 bedden, geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 200 bedden met uitzondering van de Sp-bedden voor palliatieve zorg en ziekenhuizen die een financiering toegekend krijgen volgens de modaliteiten bedoeld in punt a):]]²¹

- voor de diensten met minder dan 40 bedden met een forfaitair bedrag van 15.894,18 € (index 1 juli 2007);
- voor de diensten met 40 of meer bedden met een forfaitair bedrag van 28.256,33 € (index 1 juli 2007).

[Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]]²⁵

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

een variabel bedrag van 1.783.018,89 € (index 1 juli 2007) wordt verdeeld onder alle ziekenhuizen bedoeld in punt 1°, op basis van de verblijven in klassieke hospitalisatie, geregistreerd in het kader van de 2 laatst bekende semesters van de minimale klinische gegevens in alle diensten, met uitzondering van de diensten met kenletters NIC, A, M en de Sp- diensten voor palliatieve zorg.

[De verblijven die in aanmerking worden genomen, zijn:

- de verblijven met als nevendiagnose - code ICD10-CM – Z515,
- en de verblijven met ernstgraad 3 of 4 en mortaliteitsrisico 3 of 4 in de [3M™ APR DRG Classification System Definitions Manuals.]]^{78*}]]²⁰

[...]]²⁷

Artikel 66

Voor de registratie van de minimale psychiatrische gegevens in de psychiatrische verzorgingstehuizen wordt aan het psychiatrisch ziekenhuis dat een overeenkomst heeft afgesloten met één of meerdere psychiatrische verzorgingstehuizen, op jaarbasis een basisbedrag

* Inwerkingtreding: 01.07.2021.

toegekend van 2.478,94 € per psychiatrisch verzorgingstehuis, vermeerderd met 53,73 € (waarde op 1 januari 2002) per bestaand en erkend bed in een psychiatrisch verzorgingstehuis op 1 januari dat aan het dienstjaar van vaststelling van het budget voorafgaat.

Dit bedrag wordt, op basis van de in het eerste lid bedoelde overeenkomst, door de beheerder integraal doorgestort aan het desbetreffend psychiatrisch verzorgingstehuis.

[...] ²⁷

Artikel 67

Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de psychiatrische ziekenhuizen omvat op 1 juli 2002 de toegekende bedragen op 30 juni 2002 voor de banen « T1 en T2 ».

Artikel 68

Teneinde de erkende MUG-functie te financieren, wordt een forfaitair bedrag van 222.145,85 € (waarde op 1 januari 2002) toegekend.

[Het behoud van deze financiering is afhankelijk van het verzamelen en verzenden van de gegevens met betrekking tot de activiteit van de MUG-functie [...] ⁴⁸.] ⁴

Artikel 69

[Vanaf 1 januari 2010 wordt ter ondersteuning van de techniek van snelle desintoxicatie onder narcose van patiënten met een opiatenafhankelijkheid, «Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) » genoemd, onderdeel B4 van de ziekenhuizen, die een overeenkomst hebben ondertekend met de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheden heeft, verhoogd.] ²⁶

Artikel 70

[...] ²⁶

[Vanaf 1 januari 2013 wordt, met het oog op het opzetten van de verlengde hospitalisatiestructuren voor patiënten die getroffen zijn door multiresistente tuberculose, onderdeel B4 van de voor bedden met index L erkende ziekenhuizen en die een overeenkomst hebben ondertekend met de minister bevoegd voor volksgezondheid, verhoogd met een budget van 806.870 €.

Dit bedrag komt overeen met:

- een zorgteam dat ervaring heeft in de behandeling van infectieziekten bestaande uit 6 verpleegkundigen, 3 zorgkundigen, 3 paramedici, één vierde VTE verpleegkundige-hygiënist en één vierde VTE geneesheer-hygiënist;
- de aankoop van het specifieke materiaal dat noodzakelijk is voor de uitoefening van de opdracht, zoals het basismateriaal om gedurende één week in optimale veiligheidsomstandigheden de eerste drie patiënten te kunnen opvangen die een hoogst besmettelijke acute respiratoire pathologie vertonen die een hospitalisatie in ad hoc eenheden vereisen, en het materiaal noodzakelijk om routinematig de patiënten met multiresistente tuberculose te kunnen opereren.] ^{37*}

* Inwerkingtreding: 01.01.2013.

Artikel 71

[§ 1]⁴⁹ [Vanaf 1 januari 2010 wordt in het kader van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep teneinde de bijzondere beroepstitels (BBT) en de bijzondere beroepsbekwamingen (BBK) te valoriseren van de erkende verpleegkundigen die effectief werkzaam zijn in een dienst, een functie of een zorgprogramma waarvoor die specialisatie voorzien is, onderdeel B4 van de ziekenhuizen verhoogd, binnen de perken van een budget van 25.350.000 € (index 01/01/2010), overeenkomstig de toekenningsmodaliteiten voorzien in het [koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties.]]⁶³

- 1° per VTE verpleegkundige houder van een bijzondere beroepstitel erkend door de minister bevoegd voor Volksgezondheid: een bedrag van 3.341,50 € bruto (index 01/01/2010) dat in de vorm van een jaarlijkse premie aan de werknemer moet worden gestort;
- 2° per VTE verpleegkundige die zich kan beroepen op een bijzondere beroepsbekwaming erkend door de minister bevoegd voor Volksgezondheid: een bedrag van 1.113,80 € bruto (index 01/01/2010) dat in de vorm van een jaarlijkse premie aan de werknemer moet worden gestort.

Het aan de ziekenhuizen gefinancierde bedrag voor de VTE verpleegkundigen die houder zijn van een BBT of die zich kunnen beroepen op een BBK en effectief werkzaam zijn in een dienst, een functie of een zorgprogramma waarvoor die specialisatie is voorzien, wordt verhoogd met een werkgeversbijdrage van 34,67 %.

Om voormelde financieringen te behouden, moeten de ziekenhuisbeheerders aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgen dat de toekenning van deze voordelen aan voormeld personeel vanaf 1 januari 2010 bevestigt. Dit attest moet uiterlijk tegen 15 oktober 2010 worden verstuurd en moet medeondertekend worden door de ondernemingsraad voor de privésector, door het lokaal overlegcomité voor de overheidssector of, bij ontstentenis, door de vakbondsafvaardiging.]]^{27*}

[§2 Voor de periode vanaf 1 juli tot 31 december 2016, éénmalig en geenszins recurrent een bijkomende budget van 10 miljoen € (waarde op 1 juli 2016) wordt onder de private ziekenhuizen verdeeld naar rata van de waarde van onderdeel B van hun budget van financiële middelen genotifieerd op 1 juli 2015. Dit bedrag is niet herzienbaar.]]⁴⁹

[§ 3 Vanaf 1 september 2018, wordt de financiering voorzien in § 1 niet meer toegekend aan het ziekenhuis vallend onder het paritair comité voor de gezondheidsinrichtingen en -diensten 330 voor de verpleegkundigen die vanaf 1 september 2018 erkend worden voor een bijzondere beroepstitel en/of voor een bijzondere beroepsbekwaamheid.

Niettemin behoudt de verpleegkundige, die begunstigde is van de premie bedoeld in de § 1, 1° en/of 2° en die van functie verandert in hetzelfde ziekenhuis vallend onder het voornoemde paritair comité 330 of die van ziekenhuis wisselt vallend onder het

* Inwerkingtreding: 01.01.2010.

voornoemde paritair comité 330, het recht op de premie voor zover deze de functie van verpleegkundige blijft uitoefenen.

§ 4 De financiering van de jaarlijkse premie bedoeld in § 1, 1° en/of 2° wordt behouden, voor de verpleegkundige die werkt in een ziekenhuis niet vallend onder het voornoemde paritair comité 330, en die wisselt van werkgever die wel valt onder het voornoemde paritair comité 330, voor zover deze de functie van verpleegkundige blijft uitoefenen.]⁶³

[§ 5 Vanaf 1 september 2022 wordt de financiering bedoeld in § 1 niet meer toegekend aan het ziekenhuis van de publieke sector voor haar verpleegkundigen die vanaf 1 september 2022 erkend zijn voor een bijzondere beroepstitel en/of een bijzondere beroepsbekwaamheid.

De financiering van de jaarlijkse premie bedoeld in § 1, 1° en/of 2°, blijft evenwel behouden voor de verpleegkundige die van functie verandert in hetzelfde ziekenhuis of die van ziekenhuis verandert, voor zover deze de functie van verpleegkundige blijft uitoefenen en dat hij niet voor het IFIC-barema heeft gekozen.]]^{81*}

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap[†]

Artikel 71

...]]⁷

[Artikel 71/1

Vanaf 1 januari 2022 wordt, voor de financiering van het specialisatiecomplement toegekend aan de erkende verpleegkundigen voor een bijzondere beroepstitel (BBT) of een bijzondere beroepsbekwaamheid (BBK) overeenkomstig de toekenningmodaliteiten bepaald in het koninklijk besluit van 17 juli 2022 tot invoering van een specialisatiecomplement en tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties en het koninklijk besluit van 25 september 2014 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in de thuisverpleging, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden, wordt een voorlopig budget van 22.958.600 euro (waarde op 1 januari 2022) verdeeld over alle ziekenhuizen naar rato van hun aantal betaalde VTE's zoals aangegeven

* Inwerkingtreding: 01.09.2022.

† Art. 5 van het besluit van de **Vlaamse Regering** van 15.09.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen – Inwerkingtreding: 02.09.2016.

Art. 8 van het besluit van de **Vlaamse Regering** van 15.09.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen – Inwerkingtreding: 02.09.2016.

Het artikel 8 stelt: "Als ziekenhuizen erkende verpleegkundigen tewerkstellen voor wie de overgangsbepaling, vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15.07.2016 tot wijziging van artikel 1 van het koninklijk besluit van 28.12.2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties, van toepassing is, blijft het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, zoals van kracht vóór de inwerkingtreding van dit besluit, gelden".

in de FINHOSTA-inzameling voor het jaar 2019 of het jaar 2018 wanneer 2019 niet beschikbaar was, in de functiegraden 24140 tot 24156 opgenomen in de kostenplaatsen 020 tot 499, 550 tot 552 en 555.

Tijdens de jaarlijkse herziening van de maatregel, ontvangt het ziekenhuis voor elke verpleegkundige VTE die houder is van een bijzondere beroepstitel (BBT) en voor elke verpleegkundige VTE die zich kan beroepen op een bijzondere beroepsbekwaamheid (BBB), op voorwaarde dat hij wordt bezoldigd volgens het nieuwe 'IFIC'-loonmodel voor de federale gezondheidszorgdiensten en voldoet aan de toekenningsvoorwaarden bepaald in het hierboven koninklijk besluit, een financiering die overeenkomt met:

- 1° BBT: 2.500 euro (waarde op 1 januari 2022) verhoogd met 34,67 % om de werkgeversbijdragen te dekken, d.w.z. 3.366,75 euro per rechthebbende VTE, rekening houdend met het feit dat het recht voor 2022 beperkt is tot 8/12^e van de premie;
- 2° BBB: 833 euro (waarde op 1 januari 2022) verhoogd met 34,67 % om de werkgeversbijdragen te dekken, d.w.z. 1 121,80 euro per rechthebbende VTE, rekening houdend met het feit dat het recht voor 2022 beperkt is tot 8/12^e van de premie.

Bij het berekenen van het aantal verpleegkundige VTE's wordt ook rekening gehouden met:

- 1° verpleegkundigen die zijn gedetacheerd door een O.C.M.W., een intercommunale of een andere openbare overheid;
- 2° verpleegkundigen die deel uitmaken van het personeel van erkende ziekenhuisassociaties, bedoeld in het koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, vanaf de datum van de erkenning van de associatie;
- 3° verpleegkundige uitzendkrachten zoals bedoeld in artikel 7 van de wet van 24 juli 1987 betreffende de tijdelijke arbeid, de uitzendarbeid en het ter beschikking stellen van werknemers ten behoeve van gebruikers, voor zover hun inzet noodzakelijk is om te kunnen voldoen aan de erkenningsnormen voor het personeel;
- 4° project-verpleegkundigen, zoals bedoeld in de Hoofdstuk III van de wet vermeld in punt 3°, voor zover de inzet van dat personeel noodzakelijk is om de doelstellingen van kwaliteit en innovatie van de zorg te waarborgen.]]^{87*}

Artikel 72

[...]⁴⁶

[Artikel 73]¹⁷

- § 1 De bedragen toegekend op 30 juni 2002 en die betrekking hebben op de kosten bedoeld in artikel 15, 15° en 26° van dit besluit blijven behouden op 1 juli 2002.
- § 2 De lasten m.b.t. de overeenkomsten van eerste tewerkstelling zoals bedoeld in artikel 15, 9°, worden aangepast op basis van de uitgaven vastgesteld voor het burgerlijk jaar 2005, met dien verstande dat het aantal desgevallend wordt beperkt tot 1,8 % van de

* Inwerkingtreding: 01.01.2022.

personeelsformatie, uitgedrukt in VTE, die op 30 juni van het voorafgaande jaar in dienst was.

§ 3 De lasten met betrekking tot de verhoging van de werkgeversbijdragen voor pensioenen, toegepast van 2005 tot 2007, voor de nieuwe aangesloten bij «pool 2 van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid - Provinciale en plaatselijke overheidsdiensten (RSZ-PPO) », zoals bedoeld in artikel 15, 15°, worden gefinancierd op basis van reële, door de RSZ-PPO meegedeelde, kosten.

[§ 4 Vanaf 1 juli 2019 en vervolgens elk burgerlijk jaar wordt er een forfait (X) toegekend aan de ziekenhuizen aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overheidsdiensten om een deel van de lasten te compenseren die voortvloeien uit de wet van 24 oktober 2011, tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en van de private ziekenhuizen die beschikken over statutair personeel dat hen ter beschikking is gesteld door een lokale of provinciale administratie die is aangesloten bij het bovengenoemde Fonds.

De vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten die in aanmerking genomen worden, zijn deze die vermeld zijn met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104.

De in aanmerking genomen lasten voor de berekening van het forfait zijn, voor elk referentiejaar, de som van de totale basispensioenbijdrage van de loonmassa van het ziekenhuis en, in voorkomend geval, het bedrag van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering van het ziekenhuis, pro rata van het percentage van het bovengenoemde personeel.

Het beschikbare budget van [71.753.332,74 € (index op 1 januari 2020)]^{76*} wordt als volgt verdeeld:

$$X = [(A + B) * C] / D * \text{beschikbaar budget}$$

waar:

A = Jaarlijkse last van de basispensioenbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar

B = Jaarlijkse last van de responsabiliseringsbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar, indien het geval

C = percentage van het vastbenoemde personeel dat vermeld is met een nomenclatuurcode NACE-BEL ziekenhuisactiviteit, met name de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104 die in het ziekenhuis werken in de loop van het 4de trimester van het referentiejaar

D = totaal van de jaarlijkse lasten [(A+B) * C] van het land voor het referentiejaar

De hierboven hernomen gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en het referentiejaar is het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt.

* Inwerkingtreding: 01.01.2020.

Wat betreft het privéziekenhuis dat beschikt over vastbenoemd personeel dat hem ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds, zal het toegekende forfait enkel behouden blijven indien zij het formele bewijs levert dat zij effectief de financiële last van dit ter beschikking gesteld statutair personeel draagt tijdens het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt en dit, in voorkomend geval, met inbegrip van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering. Dit bewijs wordt geleverd onder de vorm van een verklaring op eer, waarvan het model gepubliceerd werd op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en dit attest moet ondertekend worden door de beheerder van het ziekenhuis en medeondertekend worden door de aangeslotene aan het bovengenoemde Fonds. Dit bewijs wordt naar het volgende adres verzonden: com.finhosp@health.fgov.be. Dit dient te gebeuren voor 31 december van het jaar waarvoor het forfait berekend wordt.

Vanaf het jaar 2020 wordt de verdeling van het beschikbare budget elk jaar geactualiseerd door rekening te houden met de gegevens betreffende de hierboven bedoelde elementen van het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt. De gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

- § 5 Vanaf 1 juli 2019 en vervolgens elk burgerlijk jaar wordt een forfait (Y) toegekend aan de ziekenhuizen aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en aan de private ziekenhuizen die beschikken over vastbenoemd personeel dat hen ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds voor het compenseren van een deel van de aanvullende pensioenbijdragen voor individuele responsabilisering die voortvloeien uit de in § 4 vermelde wet van 24 oktober 2011.

[...]*

Het beschikbare budget van [12.260.100 € (index op 1 januari 2020)]^{76†} wordt als volgt verdeeld:

$$Y = (A * B) / C * \text{beschikbaar budget}$$

waar:

A = Jaarlijkse last van de responsabiliseringsbijdrage voor het ziekenhuis, met betrekking tot het referentiejaar

* Deze paragraaf is vernietigd door de Raad van State (uitspraak nr. 256.243). Vóór de nietigverklaring luidde de tekst als volgt:

De vastbenoemde personeelsleden die in aanmerking worden genomen, zijn personeelsleden die zijn ingeschreven met een code van de NACE-BEL-nomenclatuur voor ziekenhuisactiviteiten, namelijk de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104.

De kosten die in aanmerking worden genomen voor de berekening van het forfaitair bedrag zijn deze voor het bedrag van de aanvullende pensioenbijdrage voor individuele aansprakelijkheid in verhouding tot het hierboven vermelde personeelspercentage.

Vanaf 01/07/2026 worden nieuwe berekeningsmodaliteiten ingevoerd krachtens het koninklijk besluit van 17/06/2026 tot wijziging van het K.B. van 25/04/2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. In de BFM's van 01/07/2024 en 01/07/2025 werden de toegekende bedragen bevroren op hun waarde van 01/07/2023, aangezien de formule niet langer kon worden toegepast.

† Inwerkingtreding: 01.01.2020.

[...]*

C = totaal van de jaarlijkse lasten (A * B) van het land voor het referentiejaar

De hierboven hernomen gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en het referentiejaar is het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt.

Vanaf het jaar 2020 wordt de verdeling van het beschikbare budget elk jaar geactualiseerd door rekening te houden met de gegevens betreffende de hierboven bedoelde elementen van het voorlaatste jaar voor het jaar voor hetwelk het forfait berekend wordt. De gegevens worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.

Om het recht op de financiering te behouden moet het ziekenhuis elk jaar bewijzen dat het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE statutairen dat ter beschikking gesteld is door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds niet hoger ligt dan het gemiddelde aantal VTE, statutairen of ter beschikking gestelde statutairen, van het jaar 2018.

Vanaf het jaar 2021 dient de beheerder van het ziekenhuis daarvoor elk jaar voor 31 maart een verklaring op e-mail te verzenden naar het adres com.finhosp@health.fgov.be, waarin het aantal gemiddelde VTE statutairen of ter beschikking gestelde statutairen staat van het jaar 2018 alsook het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE ter beschikking gestelde statutairen van het jaar voorafgaand aan het jaar van de verzending van het attest. Voor de private ziekenhuizen die beschikken over statutairen die ter beschikking gesteld zijn door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het gesolidariseerd pensioenfonds voor provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, dient het bovenvermelde attest medeondertekend te worden door de verantwoordelijke van de bovenvermelde administratie.

Indien het attest niet binnen de gestelde termijn overgemaakt werd, wordt de financiering, die werd toegekend voor het jaar waarvoor het attest gevraagd werd, gerecupereerd. Hetzelfde geldt in het geval uit het verzonden attest blijkt dat het aantal gemiddelde VTE statutairen of VTE ter beschikking gestelde statutairen door een plaatselijke of provinciale overheidsdienst aangesloten bij het bovenvermelde Fonds hoger ligt dan het gemiddelde aantal VTE, statutairen of ter beschikking gestelde statutairen of indien de inhoud van het attest niet overeenstemt met de werkelijkheid. In al deze gevallen zal het ziekenhuis in de toekomst niet meer over een financiering kunnen beschikken in het kader van deze maatregel. Het gerecupereerde budget zal verdeeld worden in een volgend budget van financiële middelen onder de ziekenhuizen die wel

* Deze paragraaf is vernietigd door de Raad van State (uitspraak nr. 256.243). Vóór de nietigverklaring luidde de tekst als volgt:

De vastbenoemde personeelsleden die in aanmerking worden genomen, zijn personeelsleden die zijn ingeschreven met een code van de NACE-BEL-nomenclatuur voor ziekenhuisactiviteiten, namelijk de codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104.

Vanaf 01/07/2026 worden nieuwe berekeningsmodaliteiten ingevoerd krachtens het koninklijk besluit van 17/06/2026 tot wijziging van het K.B. van 25/04/2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. In de BFM's van 01/07/2024 en 01/07/2025 werden de toegekende bedragen bevroren op hun waarde van 01/07/2023, aangezien de formule niet langer kon worden toegepast.

voldoen aan de hierboven vastgelegde voorwaarden voor het betrokken jaar. Deze herverdeling zal gebeuren volgens de verdelingsmodaliteiten van het betrokken jaar.]]⁷³

Wetgeving van toepassing vanaf 01/07/2026

[§ 4. Elk kalenderjaar, wordt een forfaitair bedrag (X) toegekend aan de ziekenhuizen die aangesloten zijn bij het Gesolidariseerd Pensioenfonds van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en aan de ziekenhuizen die beschikken over vastbenoemd personeel dat ziekenhuisactiviteiten uitoefent of heeft uitgeoefend en dat hun ter beschikking is gesteld door een entiteit die bij dat bovengenoemde Fonds is aangesloten, teneinde een deel van de lasten van de basispensioenbijdrage en een deel van de lasten van de aanvullende pensioenbijdrage in het kader van de individuele responsabilisering voortvloeiend uit de wet van 24 oktober 2011 tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten en van de lokale politiezones, tot wijziging van de wet van 6 mei 2002 tot oprichting van het pensioenfonds van de geïntegreerde politie en houdende bijzondere bepalingen inzake sociale zekerheid en houdende diverse wijzigingsbepalingen.

Bij de berekening van het forfaitair bedrag (X) wordt rekening gehouden met de volgende elementen:

- 1° Het forfaitair bedrag van het jaar N wordt bepaald op basis van de gegevens met betrekking tot het jaar N-2;
- 2° a) de gegevens met betrekking tot de last van de basispensioenbijdrage worden verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid;
- b) de gegevens met betrekking tot de aanvullende pensioenbijdrage in het kader van de individuele responsabilisering, hierna responsabiliseringsbijdrage genoemd, worden vastgesteld op basis van de informatie die de ziekenhuizen overeenkomstig paragraaf 5 meedelen.
- 3° Voor de toepassing van deze paragraaf en de volgende paragraaf worden als ziekenhuisactiviteiten beschouwd de activiteiten die overeenstemmen met de NACE-BEL-codes 86.101, 86.102, 86.103 en 86.104.
- 4° De lasten die in aanmerking worden genomen voor de berekening van het forfaitair bedrag zijn, voor elk ziekenhuis:
 - a) de last van de basispensioenbijdrage van het jaar N-2 met betrekking tot de vastbenoemde personeelsleden die een betrekking uitoefenen waarin zij de onder 3° bedoelde ziekenhuisactiviteiten verrichten (A);
 - b) in voorkomend geval, de last van de individuele responsabiliseringsbijdrage van het jaar N-2 in verband met vastbenoemde personeelsleden die de onder 3° bedoelde ziekenhuisactiviteiten hebben uitgeoefend (B).

Deze lasten worden in aanmerking genomen ongeacht of de personeelsleden rechtstreeks door het ziekenhuis werden tewerkgesteld dan wel ter beschikking werden gesteld door een entiteit die bij het voornoemd Fonds is aangesloten.

Elk jaar wordt het beschikbare budget als volgt onder de ziekenhuizen verdeeld:

*$X = (A + B)/C$ * beschikbaar budget*

waarbij:

A = last van de basispensioenbijdrage van het jaar N-2 van de vastbenoemde personeelsleden die een betrekking uitoefenen waarin zij de onder 3° opgenomen ziekenhuisactiviteiten verrichten, ongeacht of zij rechtstreeks door het aangesloten ziekenhuis tewerkgesteld zijn of ter beschikking zijn gesteld door een entiteit die bij het voornoemd Fonds is aangesloten;

B = responsabiliseringslast van het jaar N-2 van het ziekenhuis in verband met gepensioneerde vastbenoemde personeelsleden die de onder 3° opgenomen ziekenhuisactiviteiten uitoefenden, ongeacht of zij rechtstreeks door het bij het voornoemd Fonds aangesloten ziekenhuis tewerkgesteld waren of ter beschikking waren gesteld door een entiteit die bij het voornoemd Fonds is aangesloten;

C = totaal van de jaarlijkse lasten (A+B) voor alle ziekenhuizen van het land;

Beschikbaar budget = 90.999.203,49 euro (index 1 januari 2026).

§ 5. Elk kalenderjaar wordt een forfait (Y) toegekend aan de ziekenhuizen die aangesloten zijn bij het in § 4 vermelde Fonds en aan de ziekenhuizen die de pensioenlast dragen van het vastbenoemde personeel dat een ziekenhuisactiviteit heeft uitgeoefend en hun ter beschikking werd gesteld door een entiteit die aangesloten is bij voornoemd Fonds, teneinde een deel van de lasten van de responsabiliseringsbijdrage voortvloeiend uit de in paragraaf 4 vermelde wet van 24 oktober 2011 te compenseren.

De volgende situaties kunnen worden onderscheiden:

1° Voor het ziekenhuis dat in eigen naam bij het voormelde Fonds is aangesloten, stemt de responsabiliseringsbijdrage die in aanmerking wordt genomen voor de berekening van het forfaitair bedrag overeen met het bedrag van de individuele responsabiliseringsbijdrage zoals bepaald door de Federale Pensioendienst en gefactureerd door de R.S.Z. aan het ziekenhuis en effectief betaald door dat ziekenhuis.

Het bedrag dat wordt weerhouden als last van de responsabiliseringsbijdrage is het bedrag dat voorkomt op de factuur van de R.S.Z., na toepassing, in voorkomend geval, van de verhogingen of verlagingen bedoeld in artikel 20, § 1, van de wet van 24 oktober 2011 en na toepassing van de vermindering bedoeld in artikel 20, § 2, van diezelfde wet.

De financieringen, compensaties of tegemoetkomingen toegekend door andere openbare overheden hebben geen invloed op de bepaling van de last van de aanvullende pensioenbijdrage in het kader van de individuele responsabilisering.

Elk jaar, uiterlijk op de laatste dag van de maand februari van het jaar van toekenning van het forfaitair bedrag, moet het ziekenhuis dat in eigen naam bij het

Gesolidariseerd Fonds is aangesloten aan de FOD Volksgezondheid het volgende meedelen:

- *een kopie van de brief die het in september van het jaar X-1 van de R.S.Z. heeft ontvangen en waarin de responsabiliseringsbijdrage met betrekking tot het jaar X-2 wordt bepaald;*
- *een uittreksel uit de boekhouding van het ziekenhuis, gecertificeerd door de bedrijfsrevisor en medeondertekend door de beheerder van het ziekenhuis, waaruit blijkt dat het bedrag van de responsabiliseringsbijdrage effectief werd betaald. Wanneer het beheer van de pensioenen van de statutaire personeelsleden door een tussenpersoon wordt verzekerd, kan een attest van deze tussenpersoon betreffende het bedrag en de betaling van de responsabiliseringsbijdrage het boekhoudkundig uittreksel vervangen.*

Wanneer deze documenten niet worden verstrekt of onvolledig zijn, wordt de responsabiliseringslast voor het betrokken jaar geacht nihil te zijn.

- 2° *Wanneer het ziekenhuis een deel van de responsabiliseringslast ten laste neemt van een entiteit die bij het Fonds is aangesloten en die vastbenoemde personeelsleden die intussen gepensioneerd zijn aan het ziekenhuis ter beschikking heeft gesteld, wordt deze tussenkomst enkel in aanmerking genomen in de responsabiliseringslast van het ziekenhuis ten belope van het deel dat overeenstemt met de pensioenen van de personeelsleden die de in § 4, 3°, bedoelde ziekenhuisactiviteiten hebben uitgeoefend.*

Elk jaar, uiterlijk op de laatste dag van de maand februari van het jaar van toekenning van het forfait, moet het ziekenhuis dat de last draagt van een deel van de responsabiliseringsbijdrage van een entiteit die aangesloten is bij het voornoemde Fonds, aan de FOD Volksgezondheid het volgende meedelen:

- a) *een kopie van de brief die in september van het jaar N-1 door de R.S.Z. aan de betrokken entiteit werd gericht en waarin de responsabiliseringsbijdrage met betrekking tot het jaar N-2 wordt vastgesteld;*
- b) *een kopie van de factuur die door de entiteit aan het ziekenhuis werd gericht betreffende de tenlasteneming van een deel van de in het eerste streepje vermelde factuur;*
- c) *de overeenkomst krachtens welke de entiteit een deel van haar responsabiliseringslast doorrekent aan het ziekenhuis;*
- d) *een verklaring op eer, waarvan elk jaar een model ter beschikking wordt gesteld, ondertekend door de beheerder van het ziekenhuis en medeondertekend door de ontvanger van de entiteit of, bij ontstentenis daarvan, door zijn verantwoordelijke, waarin ten minste de volgende elementen worden vermeld:*
 - *de berekeningsmethode die werd gebruikt om de responsabiliseringslast te verdelen tussen het ziekenhuis en de entiteit;*
 - *het bedrag van de definitieve responsabiliseringsbijdrage met betrekking tot het jaar N-2 dat ten laste van het ziekenhuis wordt gelegd;*

- *dat de definitieve responsabiliseringsbijdrage met betrekking tot het jaar N-2 daadwerkelijk aan de entiteit werd betaald.*
- e) *een uittreksel uit de boekhouding van het ziekenhuis, gecertificeerd door de bedrijfsrevisor en medeondertekend door de beheerder van het ziekenhuis, waaruit blijkt dat deze tweede factuur daadwerkelijk door het ziekenhuis werd betaald;*
- f) *een attest ondertekend door de beheerder van het ziekenhuis waarin wordt gecertificeerd dat, op basis van de stukken en informatie die aan de FOD Volksgezondheid werden overgemaakt, de Minister beschikt over volledige, correcte en getrouwe informatie betreffende de responsabiliseringslast en de verdeling ervan tussen het ziekenhuis en de entiteit die aangesloten is bij het gesolidariseerde Fonds, en dat de aangegeven bedragen uitsluitend betrekking hebben op de responsabiliseringslast verbonden aan ziekenhuisactiviteiten.*

Wanneer deze documenten niet worden verstrekt of onvolledig zijn, wordt de responsabiliseringslast voor het betrokken jaar geacht nihil te zijn.

3° *Elk jaar wordt het beschikbare budget onder de ziekenhuizen verdeeld volgens de volgende formule:*

$$Y = A/B * \text{beschikbaar budget}$$

waarbij :

A = responsabiliseringslast van het jaar N-2 van het ziekenhuis in verband met gepensioneerde vastbenoemde personeelsleden die de in § 4, 3°, bedoelde ziekenhuisactiviteiten uitoefenden, ongeacht of zij rechtstreeks door het ziekenhuis werden tewerkgesteld dan wel ter beschikking werden gesteld door een entiteit die aangesloten is bij het voornoemd Fonds;

B = totaal van de lasten (A) van het jaar N-2 voor alle ziekenhuizen van het land;

Beschikbaar budget = 15.548.536,79 euro (index 1 januari 2026).

Om het recht op financiering te behouden, moet het ziekenhuis elk jaar bewijzen dat het gemiddelde aantal vastbenoemde VTE's of vastbenoemde VTE's die hem ter beschikking werden gesteld door een entiteit die aangesloten is bij het Fonds, niet hoger is dan het gemiddelde aantal vastbenoemde VTE's of vastbenoemde en hem ter beschikking gestelde VTE's, van het jaar 2018, dat in dit kader wordt gedefinieerd als referentiejaar.

In geval van een fusie van ziekenhuizen wordt het in het vorige lid bedoelde referentiejaar vervangen door het kalenderjaar voorafgaand aan de fusie. Het gemiddelde aantal vastbenoemde VTE's of vastbenoemde VTE's die hem ter beschikking werden gesteld door een entiteit die aangesloten is bij het Fonds en dat in aanmerking wordt genomen voor dit nieuwe referentiejaar, stemt overeen met de som van de gemiddelde aantallen vastbenoemde VTE's van deze betrokken ziekenhuizen. In geval van defusie van ziekenhuizen of van wijziging van de structuur van een ziekenhuis wordt het in het vorige lid bedoelde referentiejaar vervangen door het eerste volledige kalenderjaar volgend op de defusie of de structuurwijziging.¹⁸

[Artikel 73bis

Teneinde het in de privé-sector bestaande voordeel te compenseren in het kader van het interprofessioneel akkoord, wordt beslist om vanaf 1 juli 2007 de financiering van het contractueel en statutair personeel van de openbare ziekenhuizen met 0,25 % te verhogen, met uitzondering van het Maribel-personeel, [...] ²¹ en contractuelen die via het interdepartementaal begrotingsfonds of in het kader van de eerste werkervaringsovereenkomsten worden gesubsidieerd.

Daartoe wordt binnen de grenzen van het beschikbare budget van 3.000.000 € (index 1 juli 2007) Onderdeel B4 van de openbare ziekenhuizen verhoogd met een bedrag (X) dat wordt berekend als volgt:

$$X = A * B/C$$

waarbij:

A = beschikbare bedrag van 3.000.000 €

B = aantal contractuele en statutaire FTE's van het openbaar ziekenhuis opgenomen in de kostenplaatsen 020 tot en met 899, bedoeld in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, met uitzondering van het Maribel-personeel, [...] ²¹ en contractuelen die via het interdepartementaal begrotingsfonds of in het kader van de eerste werkervaringsovereenkomsten worden gesubsidieerd

C = aantal contractuele en statutaire FTE's van alle openbare ziekenhuizen, opgenomen in de kostenplaatsen 020 tot en met 899, met uitzondering van het Maribel-personeel, [...] ^{21*} en contractuelen die via het interdepartementaal begrotingsfonds of in het kader van de eerste werkervaringsovereenkomsten worden gesubsidieerd] ²⁰

Artikel 73ter

[Teneinde een deel van de kosten te dekken voor de vervanging van statutair personeel dat afwezig is wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, wordt, tussen de betreffende ziekenhuizen, een budget van 11.423.438 € (index 01/07/2009) verdeeld als volgt:

- 1) op 1 juli 2009, naar rata van het aantal statutaire VTE's dat in 2005 langdurig afwezig was wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, meegedeeld door de ziekenhuizen aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;
- 2) op 1 juli 2010 het reële aantal statutaire VTE's dat langdurig afwezig is wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, met uitzondering van artsen en ter beschikking gesteld personeel, ondergebracht in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 499 en dat ten laste is van het budget van financiële middelen, meer bepaald na toepassing van de verdeelsleutels van de kostenplaatsen 020 tot 199, op basis van de gemiddelde loonkost van het hierboven bedoelde personeel.

Vanaf 2010, en vervolgens alle drie jaar, wordt dit bedrag herzien op basis van het reële aantal statutaire VTE's dat langdurig afwezig is wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, met uitzondering van ter beschikking gesteld personeel en artsen, ondergebracht in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 499 en dat ten laste is van het budget van financiële middelen, meer bepaald na

* Verbetering aangebracht door de coördinatie.

toepassing van de verdeelsleutels van de rekenplaatsen 020 tot 199, op basis van de gemiddelde loonkost van het hierboven bedoelde personeel.

Indien het ziekenhuis evenwel het formele bewijs levert dat het de financiële last kan dragen van het hem ter beschikking gestelde statutaire personeel, met uitzondering van artsen, dat langdurig afwezig is wegens ziekte boven 30 kalenderdagen, wordt die financiële last bij de herziening van die maatregel in aanmerking genomen.

Op 1 juli 2011 wordt het hierboven vermelde budget herverdeeld, rekening houdend met het ter beschikking gestelde personeel, met uitzondering van artsen, waarvoor het bewijs bedoeld in het vorige lid geleverd werd, en op basis van de bepalingen die in punt 2° hierboven zijn beschreven.]²⁸

[Artikel 74]¹⁷

Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 15, 27°, wordt er een bedrag (M) toegekend berekend als volgt:

$$(M) = A+B$$

Waarbij:

A = het budgetverschil overeenstemmend met het verschil tussen de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten die op 30 juni 2002 toegekend zouden worden, als men de bepalingen van artikel 46 van dit besluit had toegepast; [het deel van het verschil van het budget, overgebracht op 1 juli 2002, overeenstemmend met de bijkomende punten voor de diensten C, D en E wordt overgebracht naar het Onderdeel B2]⁵

B = de budgetvermindering bedoeld in artikel 42, § 8 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 op zijn waarde van 30 juni 2002

[[Artikel 74bis]¹⁷

Aan de ziekenhuizen met een erkend zorgprogramma «reproductieve geneeskunde B » wordt een forfaitair bedrag van 1.182 € toegekend per cyclus waarbij voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

1. [de cyclus wordt voltooid bij een vrouw van wie de leeftijd zich situeert voor de dag van haar 43e verjaardag; tijdens de toepassingsperiode van het artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie, wordt de leeftijd van de vrouw met 6 maanden verlengd, dat wil zeggen tot de vooravond van 43 jaar en 6 maanden van de patiënte;]^{76*}
2. deze bepaling is van toepassing voor een maximum van 6 cycli per vrouw bedoeld in 1°.

Met « cyclus » wordt het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen.

Om voor de in dit artikel bedoelde financiering in aanmerking te komen, moet het zorgprogramma voor alle patiënten de voorwaarden naleven, bedoeld in bijlage 15 van dit besluit.

* Inwerkingtreding: 01.03.2020.

Deze financiering dekt op forfaitaire wijze de laboratoriumkosten van de reproductieve geneeskunde, met name personeel, apparatuur, materiaal en indirecte kosten.

Dat omvat de kosten verbonden aan de laboratoriumprocedure, met inbegrip van het opzoeken van kiemcellen met het oog op inseminatie, de bevruchting door middel van IVF/ICSI, de kweek van de verkregen embryo's en de morfologische evaluatie ervan alsmede de cryobewaring (invriezing, opslag, ontdooiing) van de embryo's.

Het aantal cycli per ziekenhuis dat beantwoordt aan de voorwaarden van eerste lid, wordt meegedeeld door het College van geneesheren voor het zorgprogramma «reproductieve geneeskunde», zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen aan het Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het is verboden aan de Centra voor reproductieve geneeskunde van de in het tweede lid bedoelde kosten aan de patiënt te factureren voor cycli die voldoen aan de in dit artikel bedoelde voorwaarden.

Bij het begin van elk dienstjaar wordt een voorlopig bedrag toegekend op basis van de gegevens van het laatst gekende dienstjaar. Dit bedrag wordt herzien op basis van de gegevens van het betrokken dienstjaar [, gegevens vastgesteld op basis van voor echt verklaarde aangiften van de ziekenhuizen.]⁸

De regelen inzake toezicht op de naleving van het maximum aantal pogingen, worden door Ons bepaald.]⁵

Wetgeving van toepassing vanaf 01/07/2026

[[Artikel 74bis]]⁷

Aan de ziekenhuizen met een erkend zorgprogramma «reproductieve geneeskunde B» wordt een forfaitair bedrag van 1.182 € toegekend per cyclus waarbij voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- 1. [de cyclus wordt voltooid bij een vrouw van wie de leeftijd zich situeert voor de dag van haar 43e verjaardag; [...]^{7*}]^{6†}*
- 2. deze bepaling is van toepassing voor een maximum van 6 cycli per vrouw bedoeld in 1°.*

Met « cyclus » wordt het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen [inclusief het vervoer van de kiemcellen]^{7‡}.

Om voor de in dit artikel bedoelde financiering in aanmerking te komen, moet het zorgprogramma voor alle patiënten de voorwaarden naleven, bedoeld in bijlage 15 van dit besluit.

Deze financiering dekt op forfaitaire wijze de laboratoriumkosten van de reproductieve geneeskunde, met name personeel, apparatuur, materiaal en indirecte kosten.

* Inwerkingtreding: 01.07.2026.

† Inwerkingtreding: 01.03.2020.

‡ Inwerkingtreding: 01.07.2026.

Dat omvat de kosten verbonden aan de laboratoriumprocedure, met inbegrip van het opzoeken van kiemcellen met het oog op inseminatie, de bevruchting door middel van IVF/ICSI, de kweek van de verkregen embryo's en de morfologische evaluatie ervan alsmede de cryobewaring (invriezing, opslag, ontdooiing) van de embryo's.

[...] ^{B7}*

Het is verboden aan de Centra voor reproductieve geneeskunde van de in het tweede lid bedoelde kosten aan de patiënt te factureren voor cycli die voldoen aan de in dit artikel bedoelde voorwaarden.

[Op 1 juli 2026 en op 1 juli 2027 blijft het budget dat op 1 juli 2025 als provisie werd gefinancierd behouden, onder voorbehoud van eventuele indexeringen die intussen hebben plaatsgevonden.

Op 1 juli 2028 wordt de financiering berekend op basis van de verstrekkingen die vallen onder de nomenclatuurcodes 559812-559823, 559834-559845 en 559856-559860, gefactureerd in 2026 en door het RIZIV geboekt tot en met 30 juni 2027.

Vanaf 1 juli 2029 wordt de financiering berekend op basis van de verstrekkingen die vallen onder de nomenclatuurcodes 559812-559823, 559834-559845 en 559856-559860, gefactureerd in het jaar N-2 en door het RIZIV geboekt tot en met 30 juni van het jaar N-1.] ^{B7†}

De regelen inzake toezicht op de naleving van het maximum aantal pogingen, worden door Ons bepaald.]

[[Artikel 74ter]¹⁷

De acute ziekenhuizen [, de psychiatrische ziekenhuizen]⁸ en de geïsoleerde Sp-diensten met een ombudsfunctie krijgen een bedrag toegekend, dat als volgt wordt vastgesteld:

- voor de acute [...] ⁹ ziekenhuizen met minder dan 250 bedden: een forfaitair bedrag van 16.670,84 €;
- voor de acute [...] ⁹ ziekenhuizen met 250 bedden en meer: een forfaitair bedrag van 21.070,95 €;
- [- voor de psychiatrische ziekenhuizen met minder dan 100 bedden, wordt een forfaitair bedrag van 4.214,19 € (index 1 januari 2004) toegekend;
- voor de psychiatrische ziekenhuizen van 100 tot 249 bedden, wordt een forfaitair bedrag van 13.970,33 € (index 1 januari 2004) toegekend;
- voor de psychiatrische ziekenhuizen met 250 bedden en meer wordt een forfaitair bedrag van 17.657,67 € toegekend (index 1 januari 2004);]⁸
- voor de geïsoleerde Sp-diensten met minder van 100 bedden: een forfaitair bedrag van 4.214,19 €;
- voor de geïsoleerde Sp-diensten met 100 tot 400 bedden: een forfaitair bedrag van 8.428,38 €;

* Inwerkingtreding: 01.07.2026.

† Inwerkingtreding: 01.07.2026.

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met meer dan 400 bedden: een forfaitair bedrag van 10.535,47 €.

[Voor het psychiatrisch ziekenhuis hetwelk het recht van de patiënt waarborgt tot het indienen van een klacht door middel van de ombudsfunctie van het samenwerkingsverband als overlegplatform in de zin van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten; moet een overeenkomst tussen het ziekenhuis en het samenwerkingsverband de voorwaarden, de hoegrootheid en de modaliteiten van de overdracht van de financiering vastleggen. Deze overeenkomst moet gezonden worden naar het Directoraat-geneeraal Organisatie Gezondheidsvoorzieningen, Dienst Boekhouding en Beheer van Ziekenhuizen.]⁸

Voor het vaststellen van het aantal bedden gelden de volgende regels:

- voor de acute ziekenhuizen met een Sp-dienst worden enkel de acute bedden in aanmerking genomen;
- voor de geïsoleerde Sp-diensten met G-bedden en palliatieve Sp-bedden wordt het aantal bedden van die twee diensten bijgeteld bij het aantal Sp-bedden.

[...] ^{27]}⁵

[[Artikel 74quater]]¹⁷

Voor ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1°, wordt een budget toegekend hetwelk het verschil vertegenwoordigt inzake basispunten betreffende het verpleegkundig personeel dat verbonden is aan de universitaire bedden buiten de campus die in aanmerking wordt genomen voor de toekenning van de 60 %, zoals bedoeld in alinea 2, punt 2, van [artikel 77, § 1.]^{17]}⁶

[[Artikel 74quinquies]]¹⁷

[De ziekenhuizen die erkend zijn overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 4 juni 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de afdeling «expertisecentrum voor comapatiënten» moet voldoen om te worden erkend, worden als volgt gefinancierd:

- 9.047,30 € (index 01/07/2010) per bed dat door comapatiënten wordt ingenomen om de bijkomende personeelslasten te dekken bepaald in voormeld koninklijk besluit van 4 juni 2008,
- 2.715,59 € (index 01/07/2010) per bed dat door comapatiënten wordt ingenomen om de externe liaisonfunctie te dekken.]^{27*]}¹³

[Artikel 74sexies]

Teneinde de kosten ten laste te nemen waardoor de coördinatie van het zorgtraject kan worden gewaarborgd en de psychologische begeleiding van de zwaar verbrande patiënten kan worden ondersteund, wordt het onderdeel B4 van de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden verhoogd met een bedrag van 48.000 € (index 1 juli 2005) dat overeenstemt met de bezetting van 0,5 VTE A1 coördinator en 0,5 VTE psycholoog.

* Inwerkingtreding: 01.07.2008.

Artikel 74septies

In geval van toepassing van artikel 101 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wordt het budget B4 verhoogd met een bedrag dat wordt bepaald volgens de regels en voorwaarden die worden vastgesteld door Ons.]³²

[Artikel 74octies

[§ 1]³⁹ Vanaf 1 januari 2007 wordt, op basis van artikel 2 van het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende de algemene uitvoeringsbepalingen van de maatregelen ten gunste van de tewerkstelling van jongeren in de social profitsector voortvloeiend uit de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, een jaarlijkse financiering van maximum 35.000 € per VTE opgenomen in onderdeel B4 van de ziekenhuizen die laaggeschoolde jongeren aanwerven voor de globale projecten « Veiligheid in de ziekenhuizen », « Problematiek van de geïnterneerde gedetineerden » en « Kinderverzorgsters in de pediatrie diensten », bedoeld in artikel 1, 1° tot 3° van het ministerieel besluit van 31 mei 2007 tot uitvoering van artikel 82 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact en tot vaststelling van de globale projecten in de sectoren die onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen.

Een herziening van het aan elk ziekenhuis toegekend budget is voorzien voor de jaren 2007 tot 2010, naar rata van de reële bezetting van de tijdens die jaren indienstgenomen VTE's.]³³

[§ 2 Vanaf 1 januari 2014 blijft het aan elk ziekenhuis toegekende budget als provisie voor het jaar 2010 behouden.]³⁹

[Artikel 74nonies

Een budget van 85.855,44 € (index 01/01/2011) wordt toegekend aan de ziekenhuizen die erkend zijn voor een gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker, in de zin van het koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen om te worden erkend.]^{28*}

[Artikel 74decies

Vanaf 1 juli 2021 wordt een budget van 1.140.400 € (index 1 juli 2021) verdeeld onder de ziekenhuizen die erkend zijn voor de functie « zeldzame ziekten », in de zin van het koninklijk besluit van 25 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie « zeldzame ziekten » moet voldoen om te worden erkend en erkend te blijven.

De verdeling van het beschikbare budget komt tot stand volgens de hieronder hernomen bedragen voor elk betrokken ziekenhuis:

- UZ Brussel:	116.108,64 €
- CHU Liège:	138.373,20 €
- ULB Erasme Bruxelles:	138.373,20 €
- CU Saint-Luc Bruxelles:	133.795,44 €
- UZ Antwerpen:	137.957,04 €

* Inwerkingtreding: 01.01.2011.

- UZ Gent: 160.013,52 €
- UZ Leuven: 215.778,96 €
- Grand Hôpital Charleroi: 100.000,00 €]^{78*}

[Artikel 74undecies

- § 1 In het kader van de strijd tegen de epidemie ten gevolge van het coronavirus COVID-19, wordt er aan elke werknemer van de algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen een uitzonderlijke aanmoedigingspremie toegekend. Deze premie wordt slechts eenmaal per werknemer betaald.

De premie moet vóór 31 december 2020 worden betaald aan elke werknemer die op de payroll van het ziekenhuis staat, met inbegrip van studenten en artsen, met uitzondering van de artsen-specialisten in opleiding die onder een ander kanaal vallen, alsook aan elk interim personeelslid en aan personeel dat door een provinciale of plaatselijke overheidsdienst of door een andere entiteit aan een ziekenhuis ter beschikking gesteld is.

De bovengenoemde werknemers moeten opgenomen zijn in een kostenplaats tussen 020 en 899.

De premie wordt vastgesteld op 985 € bruto per voltijdsequivalent dat in de periode van 1 september 2020 tot en met 30 november 2020 wordt betaald en wordt pro rata de betaalde arbeidstijd toegekend.

Voor de berekening van de arbeidstijd wordt rekening gehouden met de gedurende bovengenoemde periode betaalde arbeidstijd, met dien verstande dat perioden van tijdelijke werkloosheid en perioden van afwezigheid van meer dan 30 kalenderdagen niet in aanmerking worden genomen.

- § 2 De ziekenhuizen worden voorlopig gefinancierd met het bedrag X, dat als volgt wordt berekend:

$$X = A * [B * (1+C)]$$

waarbij:

A= het bovengenoemde aantal VTE's zoals aangegeven in de Finhosta-gegevensinzameling voor het jaar 2018, of 2017 als de Finhosta 2018-gegevens niet beschikbaar zijn. Het aantal VTE's dat per ziekenhuis wordt weerhouden, staat in de bijlage 23 van dit besluit

B = 985 €

C = werkgeversbijdrage die is vastgesteld op 36 % voor het contractueel, interim personeel en personeel dat door een provinciale of plaatselijke overheidsdienst of door een andere entiteit aan een ziekenhuis ter beschikking gesteld is en 41,5% voor het statutair personeel.

- § 3 Het krachtens § 2 provisionele toegekende budget wordt bij de herziening van het boekjaar 2020 herzien op basis van het statuut en het werkelijke aantal VTE's dat in een

* Inwerkingtreding: 01.07.2021.

kostenplaats tussen 020 en 899 is opgenomen en tussen 1 september tot en met 30 november 2020 is betaald.

De bepaling van de werkelijke prestaties tijdens de referentieperiode, die het mogelijk maakt om de waarde van het VTE te bepalen, wordt vastgesteld en gevalideerd door de ziekenhuisbeheerder en het lokale sociale overlegorgaan en zal worden, met het statuut van de werknemer, doorgegeven aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, binnen de termijn en volgens de modaliteiten die per omzendbrief van het Directoraat-generaal Gezondheidszorg zullen worden vastgelegd.]]⁷⁷

[Artikel 74duodecies

§ 1 Op 1 januari 2023 wordt ter compensatie van de stijging van de energiekosten voor het eerste semester van 2023 een eenmalig provisioneel budget van 72 miljoen voor de algemene ziekenhuizen en van 8 miljoen voor de psychiatrische ziekenhuizen als volgt verdeeld.

Elke enveloppe wordt onder de betrokken ziekenhuizen verdeeld volgens hun aantal erkende bedden op 1 juli 2022.

De provisionele toegekende financiering wordt definitief en volledig behouden indien:

- het ziekenhuis werkelijk hogere energiekosten had voor het jaar 2023 dan voor het jaar 2021. De energiekosten worden gedefinieerd als de kosten van de rekeningen 6040 en 6041 van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, zoals vermeld in bijlage 1 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen;
- en dat deze stijging van de energiekosten groter is dan of gelijk is aan de provisioneel toegekende financiering.

Indien de bovengenoemde energiekosten voor het jaar 2023 hoger zijn dan die voor het jaar 2021 en deze stijging van de energiekosten lager is dan de provisioneel toegekende financiering, wordt het verschil teruggevorderd.

Indien de bovengenoemde energiekosten voor het jaar 2023 lager of gelijk zijn dan die voor het jaar 2021, zal de provisionele toegekende financiering volledig worden teruggevorderd. De terugvordering wordt uitgevoerd bij de herziening van het boekjaar 2023.

§ 2 De betaling van het provisioneel budget aan de ziekenhuizen gebeurt volgens de modaliteiten die zijn vastgelegd in het koninklijk besluit van 25 juni 2023 tot vaststelling van de regels betreffende de betaling van de positieve inhaalbedragen van de ziekenhuizen.]]⁷⁹

[Artikel 74terdecies

§ 1 Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder:

- 1° « Hub ziekenhuis »: een ziekenhuis, opgelijst in de tabel gepubliceerd in bijlage van dit besluit, dat op basis van de criteria van de interfederale Task force "vaccin

COVID-19" werd aangeduid door de gefedereerde entiteiten voor de stockage en verdeling van COVID-19-vaccins.

- 2° « Vaccinatiepunt »: een locatie waar de mogelijkheid om zich te laten vaccineren tegen het COVID-19 virus op grote schaal wordt aangeboden zoals een ziekenhuis, een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging of een COVID-19 vaccinatiecentrum.
- 3° « Basis COVID-19 vaccinatie »: de vaccinatie met een dosis van een COVID-19 vaccin dat goedgekeurd werd door het Europees Geneesmiddelenagentschap deel uitmakend van de volledige vaccinatie, beperkt tot 2 dosissen per persoon, behalve voor het COVID-19 Johnson & Johnson vaccin waarvan de basisvaccinatie beperkt is tot 1 dosis. De basisvaccinatie omvat niet de herhalingsinëntingen (« boosters »).

§ 2 Voor de COVID-19 vaccinatie van personen in het ziekenhuis tussen 28 december 2020 en 30 november 2021 wordt een bedrag aan het ziekenhuis toegekend van 4,83 € per vaccin-dosis toegediend in het ziekenhuis en deel uitmakend van de basis COVID-19 vaccinatie, waarvan het aantal wordt aangetoond door de informatie geregistreerd in het gemeenschappelijk informatiesysteem Vaccinnet, zoals bedoeld in de wet van 2 april 2021 houdende instemming met het samenwerkingsakkoord van 12 maart 2021 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie betreffende de verwerking van gegevens met betrekking tot vaccinaties tegen COVID-19, en overgemaakt door Sciensano aan de FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (VVVL).

De financiering krachtens dit besluit voor de gevaccineerde personen in het ziekenhuis wordt toegekend op voorwaarde dat er geen sprake is van een cumul met financiering bestemd voor vaccinatiecentra, die het ziekenhuis desgevallend ontvangt vanwege het RIZIV, de Gemeenschappen of Gewesten voor diezelfde vaccin-toediening indien het ziekenhuis werd aangewezen als vaccinatiecentrum.

§ 3 Aan ieder hub ziekenhuis wordt een forfaitaire tegemoetkoming toegekend samengesteld uit volgende componenten:

- 1° Een éénmalig bedrag van 1.000 € voor de opstartkosten verbonden aan de voorbereidende werkzaamheden die nodig zijn om de functie als hub ziekenhuis te kunnen opnemen;
- 2° Een éénmalig bedrag van 500 € per farmaceutische firma waarvan COVID-19 vaccins tussen 28 december 2020 en 30 november 2021 in bewaring werden genomen door het hub ziekenhuis in kwestie, voor de administratieve kost gekoppeld aan de aanpassing van de algemene procedures en de interne werkwijze aan elk nieuw te behandelen vaccin;
- 3° Een bedrag van 100 € per maand voor iedere maand tussen 28 december 2020 tot en met 30 november 2021 dat het hub ziekenhuis COVID-19 vaccins in bewaring heeft genomen. Dit aantal wordt berekend vertrekkende van de eerste maand dat het hub ziekenhuis zelf beleverd werd tot en met de laatste maand

in de genoemde periode dat het hub ziekenhuis vaccinleveringen verzond naar vaccinatiepunten;

- 4° Een bedrag van 110 € per levering aan het hub ziekenhuis tussen 28 december 2020 tot en met 30 november 2021 ingevolge een bestelling bij een farmaceutische firma waarbij het hub ziekenhuis in kwestie een welbepaald aantal COVID-19 vaccins krijgt toegewezen of ingevolge een transfert vanuit een ander hub ziekenhuis gedurende dezelfde periode, ter dekking van de kosten verbonden aan het ontvangen van deze vaccins voor stockagedoeleinden, waaronder kosten voor de administratieve afwerking, de ontvangst van de goederen en de retour van boxen;
- 5° Een bedrag per dag van 60 € per vaccinatiepunt dat die dag beleverd werd vanuit de stock van het hub ziekenhuis in de periode tussen 28 december 2020 tot en met 30 november 2021, ter dekking van de kosten ten laste van het hub ziekenhuis van de ontdooiing van de vaccins, de fractionering ervan per vaccinatiepunt, de administratie gerelateerd aan de zending en de communicatie met het vaccinatiepunt.

De forfaitaire bedragen per parameter die werden gedefinieerd voor de tegemoetkomingen bedoeld in het eerste lid zullen per ziekenhuis worden berekend op basis van de informatie inzake de vaccin-transporten die in het kader van de vaccinatiecampagnes geregistreerd werd bij de federale overheid en de gefedereerde entiteiten.]⁸⁰

Onderafdeling 10 – Onderdeel B5 van het budget

[Artikel 75]¹⁷

[§ 1 Onderdeel B5 van het budget van de acute ziekenhuizen wordt vastgesteld overeenkomstig de hiernavermelde regels:

- a) 15 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de omzet van de voor elk ziekenhuis terugbetaalde farmaceutische specialiteiten en generische geneesmiddelen, met uitzondering van de bloedproducten toegediend aan de gehospitaliseerde patiënten, van elk ziekenhuis gedurende het laatst gekende dienstjaar;
- b) 29 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis.

Voor de toekenning van het aantal punten worden de volgende berekeningen uitgevoerd:

- 1° Het aantal op 1 juli van het voorafgaande dienstjaar verantwoorde bedden, verhoogd met de erkende NIC-, K- en A- bedden, wordt gewogen. Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33 wordt het aantal erkende bedden op 1

januari voorafgaand aan het financieringsjaar in aanmerking genomen. Daarbij wordt aan elk type bed de volgende coëfficiënt toegekend:

Dienst	Coefficient
A	1
A1	1
A2	1
B	0,5
C	1
D	1
E	2
G	1
H	0,5
K	1
K (d)	0,5
K (n)	0,5
L	1
M	0,5
MIC	1
NIC	3
Sp	0,5
T	0,3
T (d)	0,3
T (n)	0,3
C-, D- en E-bedden intensieve zorgen	3

Het aantal bedden intensieve zorg wordt vastgesteld op basis van de punten, berekend op 1 juli van het voorafgaande dienstjaar, per bed dat wordt toegekend op basis van de derde berekening zoals opgegeven in artikel 46, § 2, 2°, c.3), vermenigvuldigd met het aantal C-, D- en E-bedden en gedeeld door 4. Indien het ziekenhuis over een erkende functie intensieve zorg beschikt, bedraagt het minimum aantal bedden 6. Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33 is het aantal in aanmerking genomen bedden intensieve zorg gelijk aan 2 % van hun aantal erkende C-, D- en E-bedden met een minimum van 6 bedden indien ze over een erkende functie « intensieve zorg » beschikken.

2° Tot 150 gewogen bedden wordt 0,40 punten per schijf van 25 gewogen bedden toegekend. Wanneer er meer dan 150 gewogen bedden zijn, wordt 0,26 punten per schijf van 10 gewogen bedden toegekend;

c) 3 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis teneinde rekening te houden met de overeenkomstig de erkenningsnormen op te richten farmaceutische structuur. Voor de toekenning van het aantal punten wordt rekening gehouden met de grootte van het ziekenhuis, namelijk:

- ziekenhuizen met minder dan 450 gewogen bedden: 0 punt
- ziekenhuizen met 450 tot 649 gewogen bedden: 2 punten
- ziekenhuizen met 650 tot 849 gewogen bedden: 3 punten

- ziekenhuizen met 850 tot 1.049 gewogen bedden: 4 punten
- ziekenhuizen met 1.050 tot 1.249 gewogen bedden: 5 punten
- ziekenhuizen met 1.250 en meer gewogen bedden: 6 punten

- d) 19 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de in elk ziekenhuis vastgestelde uitgaven, tijdens het laatst gekende dienstjaar, wat betreft de courante producten, de steriele producten, de producten voor magistrale bereidingen, hechtingsproducten en synthesemateriaal. Deze uitgaven worden in het aan de ziekenhuizen opgelegde algemeen rekeningenstelsel opgenomen respectievelijk onder de nummers 6002, 6003, 6004, 6007 en 6013.

Van de vastgestelde uitgaven wordt de tegemoetkoming afgetrokken van de ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaald in bijlage 10 van dit besluit;

- e) 34 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van een aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis op de volgende manier:

voor de hiernavermelde verstrekkingen betreffende het laatst gekende diensjaar worden de volgende punten toegekend:

- zware heekunde: 0,25 punten per volledige schijf van 100 verstrekkingen
- reanimatie: 0,25 punten per volledige schijf van 250 verstrekkingen
- interventionele radiologie: 0,25 punten per volledige schijf van 750 verstrekkingen
- zeer zware heekunde: 0,25 punten per volledige schijf van 50 verstrekkingen.

Desgevallend kunnen, indien het ziekenhuis geen enkel punt krijgt voor de zware en zeer zware heekunde, de verstrekkingen van deze twee categorieën worden opgeteld teneinde punten voor de zware heekunde te bekomen.

De voorvermelde verstrekkingen worden verduidelijkt in bijlage 11 van dit besluit;

- f) de budgetten die voor elk ziekenhuis op basis van punten a), tot e), worden bepaald, worden samengeteld en het totaal vormt het theoretische budget B5.

De overgang van het op 31 december 1996 vastgestelde budget naar het theoretische budget gebeurt geleidelijk.

De correctie voor het dienstjaar dat aanvangt op 1 juli 2002 wordt vastgesteld op 50 % van het verschil tussen het budget dat vastgesteld is op 31 december 1996 en het theoretisch budget. De correctie zal op 100 % gebracht worden over een periode van drie jaren.

Het budget dat voor ieder ziekenhuis wordt vastgesteld na correctie mag niet lager zijn dan 94.697,64 € voor de private ziekenhuizen en 93.965,78 € voor de openbare ziekenhuizen (index op 1 januari 2002).

Het geheel van de aldus vastgestelde budgetten mag het nationaal beschikbare budget niet overschrijden;

- g) de berekeningen waarvan sprake in punten a) tot en met e) gebeuren de volgende maal op 1 juli 2005 en vervolgens om de twee jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2007. De berekeningen waarvan sprake in punten a) tot en met e) hierna zullen de volgende keer plaatsvinden op 1 juli 2008 en vervolgens om de twee jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2008. De berekeningen waarvan sprake in bovenstaande punten a) tot e) gebeuren voor het eerst op 1 juli 2009 en vervolgens om de 2 jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2009.

In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening op 1 juli 2011.

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013.]³⁷

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2014.]⁴⁰

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2015.]⁴⁵

[In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening tot een datum vast te leggen door de Koning.]⁴⁸

§ 2 Onderdeel B5 van de diensten en bedden erkend onder kenletter Sp wordt bepaald op basis van de hiernavermelde regels:

- a) per erkend en bestaand bed wordt een bedrag toegekend van 661,11 € (index 1 januari 2002);
- b) wanneer het een geïsoleerde Sp-dienst betreft, mag het voor het geheel van de bedden van de dienst toegekende bedrag niet minder dan 37.320,50 € (index 1 januari 2002) bedragen voor de ziekenhuizen met 75 bedden en meer, en niet minder dan 18.660,25 € (index 1 januari 2002) bedragen voor de ziekenhuizen met minder dan 75 bedden;
- c) onverminderd de bepalingen van punt b), mag het totaal van de toegekende budgetten het nationaal beschikbare budget niet overschrijden.

De berekeningen waarvan sprake in punten a) tot en met c) hierna zullen de volgende keer plaatsvinden op 1 juli 2008 en vervolgens om de twee jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2008. De berekeningen waarvan sprake in bovenstaande punten a) tot e) gebeuren voor het eerst op 1 juli 2009 en vervolgens om de 2 jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2009.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2011.

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013.]³⁷

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2014.]⁴⁰

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2015.]⁴⁵

[In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening tot een datum vast te leggen door de Koning.]⁴⁸

§ 3 Onderdeel B5 van de psychiatrische ziekenhuizen wordt bepaald op basis van de hiernavermelde regels:

- a) het aantal bestaande en erkende bedden wordt gewogen.
- Daarbij dient er verwezen te worden naar de in § 1, b), 1° opgenomen tabel;
- b) de waarde van onderdeel B5 wordt daarna als volgt vastgesteld (index 1 januari 2002):
- voor de ziekenhuizen met minder dan 75 gewogen bedden: 21.592,58 €
 - voor de ziekenhuizen met 75 tot 119 gewogen bedden: 57.446,92 €
 - voor de ziekenhuizen met 120 tot 149 gewogen bedden: 86.170,38 €
 - voor de ziekenhuizen met 150 tot 179 gewogen bedden: 114.893,83 €
 - voor de ziekenhuizen met 180 en meer gewogen bedden: 150.881,46 €

Het totaal van de toegekende budgetten mag het nationale beschikbare budget niet overschrijden.

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

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2008. De berekeningen waarvan sprake in bovenstaande punten a) tot e) gebeuren voor het eerst op 1 juli 2009 en vervolgens om de 2 jaar.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2009.

In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2011.]^{31*}

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2013.]³⁷

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2014.]⁴¹

[In afwijking van het vorige lid is er geen herberekening op 1 juli 2015.]⁴⁵

[In afwijking van de vorige leden is er geen herberekening tot een datum vast te leggen door de Koning]⁴⁸

§ 4 [Om het voordeel van de financiering toegekend in toepassing van §§ 1 tot 3 te behouden, moeten de ziekenhuizen jaarlijks aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een kopie bezorgen van de bijzondere beroepstitel, bedoeld in het koninklijk besluit van 11 juni 2003 tot vaststelling van de procedure betreffende de erkenning van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker, van elke VTE ziekenhuisapotheker waarvan het aantal berekend wordt overeenkomstig de modaliteiten beschreven in het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend.]²⁷

§ 5 [Vanaf 1 januari 2010 wordt om de logistiek van het Medisch Farmaceutisch Comité en van het Comité voor Medisch materiaal te ondersteunen een budget van 3.389.000 € (index 01/01/2010) verdeeld onder de ziekenhuizen die erkend zijn voor een

* Inwerkingtreding: 01.07.2008.

functie ziekenhuisapothek, bedoeld in het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend, overeenkomstig de volgende modaliteiten:

- 1° een bedrag van 17.390 € (index 01/01/2010) per algemeen ziekenhuis, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en de geïsoleerde G-ziekenhuizen,
- 2° een bedrag van 7.246 € (index 01/01/2010) per psychiatrisch ziekenhuis, geïsoleerd Sp-ziekenhuis of geïsoleerd G-ziekenhuis,
- 3° het saldo wordt verdeeld op basis van het aantal erkende bedden.

Voor de vaststelling van het aantal erkende bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]^{27*}

§ 6 [Vanaf 1 juli 2007 wordt een budget van 3.609.208 € (index 1 juli 2007) verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, [met uitzondering van de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 bedden, de geïsoleerde G-ziekenhuizen en -diensten met minder dan 150 bedden en de ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve zorg]²¹ om een afgevaardigde bij het antibiotherapiebeheer, alsook de « interuniversitaire opleidingssecretariaten voor afgevaardigden bij het antibiotherapiebeheer » . te financieren

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

$$X = A * B/C$$

waarbij:

A = beschikbaar budget van 3.609.208 €

B = aantal punten van het betrokken ziekenhuis

C = totaal aantal punten voor de betrokken ziekenhuizen

Indien nodig wordt X op minimum 10.000 € en maximum 81.709,73 € gebracht, wat met 1 FTE overeenstemt.

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

- C-, D-, L- en NIC-bedden: 3 punten per bed
- E-, Sp- en G-bedden: 2 punten per bed
- M-bedden: 1 punt per bed

[Vanaf 1 juli 2018 wordt het forfaitair bedrag (X) vastgelegd op haar waarde op 30 juni 2018.]⁶²

* Inwerkingtreding: 01.01.2010.

Onderdeel B5 van het budget van de ziekenhuizen die een «interuniversitair opleidingssecretariaat voor afgevaardigden bij het antibiotherapiebeheer» herbergen, wordt met een forfaitair bedrag van 21 934,08 € verhoogd.

Na beëindiging van het werkingsjaar moeten de ziekenhuizen hun activiteitenverslag opsturen naar de «Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid». Dit activiteitenverslag bevat onder andere kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het antibioticabeleid van de instelling. Die indicatoren worden bepaald door de «Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid», opgericht bij koninklijk besluit van 26 april 1999.²⁰

[§ 7 Vanaf 1 januari 2014 wordt, om de opleiding van de ziekenhuisapothekers te stimuleren, een bedrag van 3.250.000 € verdeeld onder de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1. van dit besluit, die een overeenkomst hebben afgesloten met de minister bevoegd voor Volksgezondheid.]^{40*}

[§ 8 Vanaf 1 juli 2015 wordt, om de kwaliteit van de farmacologische zorg te verbeteren, [aan de algemene ziekenhuizen die erkend zijn voor een functie ziekenhuisapotheek, met uitzondering van de Sp-ziekenhuizen palliatieve zorg,]^{76†} een financiering toegekend voor de implementatie van de klinische farmacie.

Om deze bijkomende financiering te genieten, moet voldaan zijn aan de volgende voorwaarden:

- het personeel dat de klinische farmacie beoefent, moet de vereiste opleiding (ziekenhuisfarmacie) hebben gevolgd of over voldoende ervaring beschikken (of bereid zijn om een opleiding te volgen) om de klinische farmacie te kunnen beoefenen;
- het personeel is verbonden aan de ziekenhuisapotheek;
- het personeel moet daadwerkelijk worden ingezet in de patiëntgerichte praktijk van de klinische apotheek;
- op vraag van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden de gerealiseerde activiteiten gerapporteerd, na goedkeuring van het Medisch-Farmaceutisch Comité, aan de hand van een standaardrooster dat ter beschikking wordt gesteld;
- er wordt gebruik gemaakt van structuur-, proces- en resultaatsindicatoren om de toepassing van de klinische farmacie te meten.

In samenwerking met de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zullen de experts van het netwerk van medisch-farmaceutische comités de ontwikkeling van de klinische farmacie begeleiden en opvolgen.

De financiering wordt berekend als volgt: 0,25 VTE per begonnen schijf van 200 erkende bedden met een maximum van 2 VTE's en ten belope van 85.000 € (waarde op 1 juli 2014) per VTE.

* Inwerkingtreding: 01.01.2014.

† Inwerkingtreding: 01.07.2020.

Voor het vaststellen van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, voor heel het ziekenhuis, zoals dat gekend is door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening.]^{40*}

Onderafdeling 11 – Onderdeel B6 van het budget

[Artikel 76]¹⁷

Onderdeel B6 van het budget wordt vastgesteld op de waarde op 30 juni 2002.

Niettemin, voor wat betreft de uitgaven van prestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek voor wie in de collectieve arbeidsovereenkomsten afgesloten in de bevoegde paritaire commissie of protocolakkoorden afgesloten in de bevoegde overlegcomités voorzien door de wet van 19 december 1974 dewelke de relaties tussen publieke overheden en de vakbonden met betrekking tot deze overheid regelt, zijn de bepalingen van [artikel 79,]¹⁷ van dit besluit mutatis mutandis van toepassing op Onderdeel B6.

Onderafdeling 12 – Onderdeel B7 van het budget

[Artikel 77]¹⁷

[§ 1 a) Onderdeel B7 A wordt als volgt vastgesteld:

$$B7A = A + B + C + D + E$$

waarbij:

A = het bedrag overeenstemmend met de som van volgende elementen:

1. het budget overeenstemmend met het verschil van de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten dewelke op 1 juli 2002 zouden toegekend zijn, indien men de bepalingen van artikel 46 toegepast had. Dit budget wordt op 1 juli 2003 verminderd voor wat betreft de bijkomende punten voor de diensten C, D en E. Het budget overeenstemmend met het verschil inzake basispunten betreffende het verpleegkundig personeel dat verbonden is aan de universitaire bedden buiten de campus die in aanmerking wordt genomen voor de toekenning van de 60 %, zoals bedoeld in alinea 2, punt 2, van het Onderdeel B7A van het budget van de financiële middelen, wordt op 1 juli 2003 naar het Onderdeel B4 overgedragen;
2. de vermindering van het budget bedoeld in artikel 42, § 8, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 op zijn waarde op 30 juni 2002;
3. de bedragen die equivalent zijn met de vermindering van de totale budgetten voor klinische biologie en medische beeldvorming en de partiële budgettaire doelstellingen voor dialyse en de forfaitaire ligdagen (wat de niet-chirurgische daghospitalisatie betreft), die

* Inwerkingtreding: 01.07.2015.

toegepast zal worden bij wijziging in de financieringsregels in deze verschillen sectoren op dusdanige wijze dat de weerslag voor de betrokken ziekenhuizen geneutraliseerd wordt, voor zover deze bedragen tot een verhoging van het globaal budget van de ziekenhuizen bedoeld in artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen aanleiding geven.

B = de waarde op 30 juni 2002 van de financiering toegekend bij toepassing van artikel 48, § 14, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986

C = de waarde op 30 juni 2002 van de financiering toegekend bij toepassing van artikel 48, § 28, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986

De verdeling van de som van de in de leden A, B en C bedoelde budgetten gebeurt als volgt:

1. Teneinde de kosten te dekken die rechtstreeks toerekenbaar zijn aan de universitaire opdracht:

- 25 % van het budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen die voldoen aan het criterium van wetenschappelijke publicaties inzake toegepast klinisch onderzoek en ontwikkeling, evaluatie en toepassing van nieuwe technologieën. De universitaire ziekenhuizen moeten minimaal 3 publicaties per 10 bedden realiseren over een periode van 3 jaar die voorafgaat aan het dienstjaar waarvoor het budget wordt vastgelegd. Tevens dient een minimum van 4 publicaties in het domein van ten minste 10 verschillende medische specialismen over de beschouwde periode te worden gerealiseerd. De publicaties die hiervoor in aanmerking komen zijn publicaties in de tijdschriften opgenomen in de Science Citation Index (SCI) van de Web of Science (WoS) van het Institute of Scientific Information (ISI) en waarvan één of meerdere stafleden van het ziekenhuis (co-)auteur is.

Voor elk ziekenhuis dat aan de, in het vorige lid vermelde, voorwaarden voldoet is het toegekende bedrag gelijk aan 25 % van de per 30 juni 2003 geldende waarde voor de leden A, B en C.

Het behoud van die financiering hangt af van de neerlegging bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie gezondheids-zorgvoorzieningen, van een nota over de onderzoeksstrategie en van een verslag over de uitvoering van de onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten alsook over de toepassing ervan in de medische praktijk;

- [- 15 % van het budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen teneinde de kosten voor het klinisch onderwijs en de opleiding te dekken. Het aan elk ziekenhuis toegekend bedrag wordt berekend op basis van een bedrag van 30.460,50 € (waarde op 1 januari 2003) per stagemeester en 4.822,92 € (waarde op 1 januari 2003) per geneesheer-specialist in opleiding, waarvan het aantal beperkt is tot het aantal dat per specialiteit en per stagejaar vermeld wordt in het erkenningsbesluit van de stagemeester.]⁴⁰

[Vanaf 1 januari 2019 wordt het bedrag dat door de berekening hierboven bekomen werd en dient om de kosten voor het klinisch onderwijs en de opleiding te dekken, niet meer toegekend.]⁶⁷

2. Teneinde de kosten te dekken die onrechtstreeks voortvloeien uit de universitaire opdracht:

60 % van het budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen op basis van het aandeel van elk ziekenhuis in het per 1 juli 2003 toegekende budget van het Onderdeel B2.

- D = het bedrag van de verdeling van een budget van 9.915.741 € (waarde 1 juli 2002) op basis van een verdeelsleutel die gelijk is aan $T * N$;

waarbij:

T = het relatieve aandeel uitgedrukt in percentage van de sociale patronale lasten, desgevallend beperkt teneinde de equivalente sociale voordelen te bereiken in verhouding tot de brutoverloning van de gesalarieerde artsen opgenomen onder N, gewogen naargelang van de categorie van geneesheer met name de contractuele geneesheer, de statutaire geneesheer en de geneesheer van openbaar ambt met uitzondering van de assistent-geneesheren

N = het aantal gesalarieerde geneesheren uitgedrukt in aantal voltijdse equivalenten gedurende het laatst gekende jaar voor hetwelk de patronale bijdragen werden betaald, en die behoren tot de categorieën van de contractuele geneesheren, de statutaire geneesheren en de geneesheren van openbaar ambt, met uitzondering van de assistent-geneesheren

Om van deze financiering te genieten, dienen de betrokken ziekenhuizen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen de lijst van de geneesheren bedoeld in punt T te bezorgen met vermelding van de naam, nationaal nummer, arbeidstijd uitgedrukt in 11^{den} en het aantal maanden tijdens welke ze in dienst zijn.

- E = de op 30 juni 2002 toegekende bedragen, bij toepassing van artikel 22bis, § 3, 1°, en 47, 1°, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 voor wat de op basis van artikel 7 van het koninklijk besluit van 27 oktober 1989 toegekende uitrusting betreft

De gegevens gebruikt bij de verdeling van de budgetten waarvan sprake in de leden A, B en C enerzijds en van het budget waarvan sprake in lid D anderzijds zijn deze met betrekking tot één campus per universitair ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1°.

De gegevens van andere campussen worden in rekening gebracht voor zover ze reeds 10 jaar onafgebroken deel uitmaken van het universitair ziekenhuis.

Indien een campus gesloten wordt, kunnen enkel de gegevens in rekening gebracht worden met betrekking tot de getransfereerde bedden naar de campus van het universitair ziekenhuis.

Om het relatieve gewicht van de in aanmerking genomen campussen voor de toekenning van de 60 % van het Onderdeel B7A van het universitaire ziekenhuis in verhouding tot al de vestigingsplaatsen van dit ziekenhuis te berekenen, wordt het op 1 juli 2003 berekende budget B2 vermenigvuldigd met een coëfficiënt die overeenstemt met het aandeel van het voor de fusie van de vestigingsplaats van het universitair ziekenhuis laatst gekende budget in verhouding tot het laatste budget B2 van het gehele ziekenhuis.

- b) Het overeenkomstig de bepalingen van punt a) vastgestelde budget B7A wordt het « doelbudget B7 A ».

De overstap van het budget B7A van toepassing op 30 juni 2003 naar het doelbudget B7A gebeurt over een periode van 5 dienstjaren, naar rato van 20 % per dienstjaar.

- c) Teneinde het voordeel van deze financiering te behouden, moeten de ziekenhuizen voldoen aan de voorwaarden uit bijlage 12, punt 1., §§ 1 en 2, punten 1° tot en met 7° en punt 2., tweede lid.

Bovendien moeten de ziekenhuizen elk jaar tegen 1 mei aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen, de hierna volgende inlichtingen meedelen:

- het aantal stagemeesters en geneesheren-specialisten in opleiding;

[– ...]¹⁸

- het bewijs dat ze voldoen aan de voorwaarden, met betrekking tot de wetenschappelijke publicaties, bedoeld in dit artikel.⁶

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.¹⁸

[§ 1/1 [Vanaf 1 juli 2014 wordt 80 % van de bedragen bedoeld in bijlage 16, § 2, zoals vermeld bij hun benaming, toegekend aan de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1.]⁴⁵

§ 1/2 De kosten die voortvloeien uit de situaties beschreven in artikel 47ter, § 1, a), voor patiënten die niet tot één van de verzekeringsinstellingen behoren bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zullen, voor het jaar 2013, door het ziekenhuis bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1. bezorgd worden aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en zullen worden toegekend aan de betrokken ziekenhuizen in het kader van

de vergoeding die voortvloeit uit de herziening van het budget van financiële middelen [voor dienstjaar 2014 en volgende.]⁴⁵

§ 1/3 [Vanaf een datum te bepalen door de Koning]⁴⁵, zullen de budgetten bedoeld in § 1/1 en § 1/2 verdeeld worden onder de ziekenhuizen bedoeld in artikel 7, 2°, g), 1., volgens de modaliteiten te bepalen door de Koning, waarbij bij voorrang wordt gedoeld op de activiteiten op het vlak van oncologie, hematologie en reumatologie.]⁴⁰

§ 2 Onderdeel B7B wordt vanaf 1 juli 2002 op de volgende wijze vastgesteld:

B7B = A + B + C + D

waarbij:

A = het budgetverschil overeenstemmend met het verschil tussen de op 30 juni 2002 toegekende punten en de punten die op 30 juni 2002 toegekend zouden worden, als men de bepalingen van artikel 46 van dit besluit zou toepassen. [Het deel van het verschil van het budget, overgebracht op 1 juli 2002, overeenstemmend met de bijkomende punten voor de diensten C, D en E wordt overgebracht naar het Onderdeel B2]⁵

B = de vermindering van het budget bedoeld in artikel 42, § 8, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 op zijn waarde op 30 juni 2002

C = de waarde op 30 juni 2002 van de financiering toegekend bij toepassing van artikel 48, § 14, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986

D = de waarde op 30 juni 2002 van de bij toepassing van artikel 48, § 28, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 toegekende financiering

[Vanaf 1 januari 2019 wordt het bedrag D niet meer toegekend.

Om het voordeel van de in C bedoelde financiering te behouden, moeten de betrokken ziekenhuizen aan de voorwaarden van bijlage 12 van dit besluit voldoen.]⁶⁷

[§ 3 Vanaf 1 januari 2019, wordt een bedrag van 2.198.316,73 € (waarde op 1 juli 2018) in mindering gebracht van het berekende bedrag volgens de bepalingen van § 2 en dit wordt verdeeld onder de betrokken ziekenhuizen pro rata het bedrag waarover ze beschikken in toepassing van § 2 op 1 januari 2019.]⁶⁷

Onderafdeling 13 – Onderdeel B8 van het budget

[Artikel 78]¹⁷

[Onderdeel B8 wordt op volgende manier vastgesteld:

1° [Een bedrag van 18.908.034,57 € (index 1 juli 2007) wordt verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden.

a) Op 1 juli 2007 wordt het volledige beschikbare bedrag overeenkomstig de volgende modaliteiten verdeeld.

1. Voor elk ziekenhuis worden de volgende ratio's berekend:
 - [1.1. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die aan de voorwaarden voldoen om de sociale maximumfactuur te genieten in verhouding tot het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die vallen onder de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1, en die genieten van een verhoogde tegemoetkoming;]^{85*}
 - [1.2. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die de maximumfactuur lage inkomens genieten en die alleenstaand zijn, in verhouding tot het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die vallen onder de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1. De betrokken lage inkomensschijven zijn de twee laagste schijven waarvoor een maximumfactuur van toepassing is voor 2022:
 - de schijf tussen 0 en 11.120 euro waarvoor een maximumfactuur van 250 euro geldt,
 - de schijf tussen 11.120,01 euro en 19.894,05 euro waarvoor een maximumfactuur van 506,79 euro geldt.]^{85†}
 - 1.3. ratio van het aantal dossiers van personen zonder onderstandsdomicilie waarvan de hospitalisatiekosten door de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie terugbetaald worden aan de OCMW's ten opzichte van het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie van die patiënten.

Indien de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1 of de FOD 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 wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel, waarbij het bedrag overeenstemt met het bovenbedoeld beschikbaar bedrag, gedeeld door het totaal aantal erkende bedden van het geheel van de begunstigde ziekenhuizen en vermenigvuldigd met het aantal erkende bedden van het desbetreffende ziekenhuis.

2. De drie hierboven vermelde ratio's worden als volgt gewogen:
 - ratio onder 1.1.: met 0,25
 - ratio onder 1.2.: met 0,66
 - ratio onder 1.3.: met 1,00

* Inwerkingtreding: 01.07.2024.

† Inwerkingtreding: 01.07.2024.

De ratio's worden na weging opgeteld om een score te vormen. De ziekenhuizen worden naar afnemende waarde van de verkregen score gerangschikt.

3. Het beschikbare budget wordt als volgt verdeeld:

- 60 % voor de gevallen afhankelijk van de ratio onder 1.1.
- 25 % voor de gevallen afhankelijk van de ratio onder 1.2.
- 15 % voor de gevallen afhankelijk van de ratio onder 1.3..

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

b) [Op 1 juli 2008 wordt 75 % van het beschikbare budget verdeeld overeenkomstig de in punt a) beschreven regel.

Op 1 juli 2009 wordt 50 % van het beschikbare budget verdeeld overeenkomstig de in punt a) beschreven regel.

Vanaf 1 juli 2010 wordt 50 % van het beschikbare budget verdeeld overeenkomstig de in punt a) beschreven regel op basis van de laatste gegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn. Het saldo van het beschikbare budget wordt onder alle ziekenhuizen verdeeld per variabele, gedefinieerd in bijlage 17 bij dit besluit, in verhouding tot het nationale totaal overeenkomstig de volgende formule:

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

waarbij:

S = te verdelen bedrag

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

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

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

Voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, wordt een onderdeel B8, 1°, toegekend, waarvan het bedrag overeenkomt met de waarde op 30 juni 2008, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel.

Vanaf 1 juli 2010 wordt het bedrag, berekend in toepassing van de in punt b) bepaalde berekeningsmodaliteiten van het saldo, vastgesteld op zijn waarde van 30 juni 2010.

c) [...] ^{30*}

* Inwerkingtreding: 01.01.2013.

De ziekenhuizen moeten [...] ^{30*} elk jaar aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een rapport bezorgen waaruit de besteding van de middelen ten gunste van de doelgroep blijkt.] ^{27]} ²⁰

2° [...] ^{81†}

Wetgeving van toepassing vanaf 30/06/2027

[Article 78] ⁷

[...] ^{87‡}

[Artikel 78bis

§ 1 Een bedrag van 58.876.772,36 euro (index 1 juli 2024) wordt verdeeld onder de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, Sp- diensten voor palliatieve zorg, geïsoleerde G-diensten en de eenheden voor behandeling van zware brandwonden als volgt:

1. Het beschikbare budget wordt gelijk verdeeld over twee groepen van ziekenhuizen:
 - a) Groep 1: Alle ziekenhuizen,
 - b) Groep 2: Ziekenhuizen met een zwaarder sociaal profiel;
2. Voor elk ziekenhuis worden de volgende ratio's berekend:
 - 2.1. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die aan de voorwaarden voldoen om de sociale maximumfactuur te genieten in verhouding tot het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende patiënten die vallen onder de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1, en die genieten van een verhoogde tegemoetkoming;
 - 2.2. ratio van het aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie betreffende de 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. De betrokken lage inkomensschijven zijn de twee laagste schijven waarvoor een maximumfactuur van toepassing is voor 2022:
 - de schijf tussen 0 en 11.120 euro waarvoor een maximumfactuur van 250 euro geldt,
 - de schijf tussen 11.120,01 euro en 19.894,05 euro waarvoor een maximumfactuur van 506,79 euro geldt;
 - 2.3. Ratio van het aantal dossiers van personen zonder onderstandsdomicilie waarvan de hospitalisatiekosten door de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie terugbetaald worden aan de OCMW's

* Inwerkingtreding: 01.01.2013

† Inwerkingtreding: 01.01.2023.

‡ Inwerkingtreding: 30.06.2027.

ten opzichte van het totaal aantal klassieke opnamen en chirurgische daghospitalisatie van die patiënten.

Indien de verzekeringsinstellingen zoals opgegeven in artikel 99, § 1 of de POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie, voor een specifiek ziekenhuis, de gegevens bedoeld in de punten a), b) en/of c) niet kunnen verstrekken, richt de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zich rechtstreeks tot het betreffende ziekenhuis om de ontbrekende gegevens te verkrijgen. Indien de ontbrekende gegevens niet kunnen verkregen worden, wordt een onderdeel B8, 1°, aan dit ziekenhuis toegekend, indien het reeds vroeger een financiering heeft verkregen wegens een op sociaal-economisch vlak zwak patiëntenprofiel, waarbij het bedrag overeenstemt met het bovenbedoeld beschikbaar bedrag, gedeeld door het totaal aantal erkende bedden van het geheel van de begunstigde ziekenhuizen en vermenigvuldigd met het aantal erkende bedden van het desbetreffende ziekenhuis.

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

- ratio onder 2.1.: met 0,25 ;
- ratio onder 2.2.: met 0,66 ;
- ratio onder 2.3.: met 1,00.

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

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

5. Het beschikbare budget wordt als volgt verdeeld :

- 60 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 2.1.,
- 25 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 2.2.,
- 15 % voor de gevallen afhangend van de ratio onder 2.3.,

wetende dat voor groep 1 het beschikbare budget wordt verdeeld over alle ziekenhuizen en dat voor groep 2 het beschikbare budget wordt verdeeld over de ziekenhuizen met een zwaarder sociaal profiel, dat wil zeggen de ziekenhuizen met een score boven de mediaan.

[§ 2 Er wordt een overgangsperiode van drie jaar voorzien om de financiering bedoeld in paragraaf 1 uit te voeren.

Op 1 juli 2025, is het aan elk betrokken ziekenhuis toegekende budget gelijk aan de som van de volgende bedragen:

- 66 % van het bedrag dat op 1 juli 2024 overeenstemt met de financiering die aan het ziekenhuis werd toegekend krachtens artikel 45, § 3, 4°, en artikel 78, 1°, b), geïndexeerd op 1 juli 2025;
- 34 % van het in paragraaf 1 bedoelde bedrag, geïndexeerd op 1 juli 2025, verdeeld over alle betrokken ziekenhuizen volgens de in dezelfde paragraaf 1 bepaalde berekeningsmodaliteiten.

Op 1 juli 2026, is het aan elk betrokken ziekenhuis toegekende budget gelijk aan de som van de volgende bedragen:

- 34 % van het bedrag dat op 1 juli 2024 overeenstemt met de financiering die aan het ziekenhuis werden toegekend krachtens artikel 45, § 3, 4°, en artikel 78, 1°, b), geïndexeerd op 1 juli 2026;
- 66 % van het in paragraaf 1 bedoelde bedrag, geïndexeerd op 1 juli 2026, verdeeld over alle betrokken ziekenhuizen volgens de in dezelfde paragraaf 1 bepaalde berekeningsmodaliteiten.

Vanaf 1 juli 2027 wordt het beschikbare budget bedoeld in paragraaf 1 geïndexeerd op 1 juli 2027 en verdeeld over alle betrokken ziekenhuizen overeenkomstig de in paragraaf 1 bepaalde berekeningsmodaliteiten.]^{87*}] ^{85†}

Onderafdeling 14 – Onderdeel B9 van het budget

[Artikel 79]¹⁷

[§ 1 ...]^{18‡}

[§ 2 ...]^{18§}

[§ 3 ...]^{18**}

[Vanaf 1 oktober 2005 wordt, teneinde in alle ziekenhuizen de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, Onderdeel B9 verhoogd met een bedrag om die bijhorende kosten te dekken.]^{20††}

[1° Definities

Voor de toepassing van dit lid dient men te verstaan onder:

eindeloopbaanmaatregelen: de maatregelen genomen in het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten;

personeelsleden: het verplegend en verzorgend personeel in de zin van artikel 8, 7° en 8°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Onder verzorgend personeel verstaat men de werknemers die de ermee overeenstemmende loonschaal genieten.

Hierbij komen nog:

- de sociaal verpleegkundigen;
- de kinesitherapeuten/ergotherapeuten/logopedisten/diëtisten;

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

† Inwerkingtreding: 01.07.2025.

‡ Inwerkingtreding: 01.10.2005.

§ Inwerkingtreding: 01.10.2005.

** Inwerkingtreding: 01.10.2005.

†† Inwerkingtreding: 01.10.2005.

- de opvoeders begeleiders geïntegreerd in de zorgteams;
- de maatschappelijk assistenten en psychologische assistenten tewerkgesteld in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutisch programma;
- de psychologen, orthopedagogen en pedagogen tewerkgesteld in de zorgunits of geïntegreerd in het therapeutisch programma;
- de ambulanciers van de spoeddiensten die deel uitmaken van het personeel van de instellingen bedoeld in het meerjarenplan van de federale gezondheidssectoren en dit zonder belang aan de kostenplaats waaronder het personeel is opgenomen;
- de laboratoriumtechnologen;
- de technologen van medische beeldvorming;
- de technici van medisch materiaal (inzonderheid tewerkgesteld in de sterilisatiediensten);
- het patiëntenvervoer;
- de logistieke assistenten;
- de assistenten in ziekenhuisverzorging;
- de personen bedoeld met artikel 54bis en 54ter van het koninklijk besluit n° 78 van 10 november 1967.

De omschrijving van de beroepen verwijst naar de reëel uitgeoefende functie.

verantwoorde afwezigheidsperiode: de niet-gepresteerde dagen of uren die gelijkgesteld worden, voor zover die aanleiding gegeven hebben tot de betaling van een vergoeding door de instelling. Hierin zitten eveneens de dagen waarop het personeelslid wegens ziekte of invaliditeit op disponibiliteit gesteld is.

2° Principes

De ziekenhuizen hebben recht op een jaarlijkse financiële interventie ter compensatie van de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek, zoals bepaald in het Akkoord betreffende de federale gezondheidssectoren van 26 april 2005 afgesloten tussen de federale regering en de representatieve organisaties van de private non-profit sector en in het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, voor zover ze onderworpen zijn aan de toepassing van een in de bevoegde paritaire commissie afgesloten collectieve arbeidsovereenkomst of in de bevoegde onderhandelingscomités gesloten protocolakkoorden, zoals bepaald bij de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel.

De financiële tegemoetkoming dekt enkel de voordelen zoals voorzien in dit besluit en is maar mogelijk voor zover de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord voorzien in de volgende voordelen en voor zover de betrokken personeelsleden die voordelen ook daadwerkelijk genieten:

- a) de voltijdse personeelsleden die de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt hebben, hebben recht op een vrijstelling van hun arbeidsprestaties met respectievelijk 96 uren,

192 uren of 288 uren per jaar. Die vrijstelling treedt in werking vanaf de eerste dag van de maand waarin de bovengenoemde respectieve leeftijdsgrenzen bereikt worden.

De beoefenaars van de verpleegkunde kunnen eveneens opteren voor het behoud van de prestaties met een premie van respectievelijk 5,26 %, 10,52 % of 15,78 %, berekend op hun voltijdse wedde.

In geval van combinatie van opties vanaf de leeftijd van 50 jaar wordt de tegemoetkoming toegekend op basis van een opsplitsing in volledige schijven van 2 uur.

De personeelsleden moeten binnen het ziekenhuis werken. Het personeel dat tewerkgesteld is in de diensten die beschouwd worden als niet-ziekenhuisactiviteiten, vallen buiten beschouwing in de zin van punt 3.3, van de bijlage 2 Lijst en codering van de rekeningen van kosten die wachten op een bestemming en van de kostenplaatsen van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, gewijzigd ten slotte bij het koninklijk besluit van 15 juli 2004, met uitzondering van de personen die onder kostenplaatsen 900 tot 909 vallen.

- b) Het personeelslid dat deeltijds werkt, heeft recht op een gelijk aantal uren van vrijstelling van prestaties of, voor de beoefenaars van de verpleegkunde, een equivalente premie gelijk aan de proportionele toepassing van de vrijstelling van arbeidsprestaties of de premie.

Ten aanzien van de werknemers van de private sector en rekening houdend met de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 35 van 27 februari 1981 betreffende sommige bepalingen van het arbeidsrecht ten aanzien van de deeltijdse arbeid, zullen de deeltijdse werknemers voorgesteld worden om binnen de voorwaarden voorzien door artikel 4 van bovenvermelde collectieve arbeidsovereenkomst nr 35 de wekelijkse arbeidsduur ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst automatisch te verhogen. Zij genieten, eventueel, van de vrijstelling van prestaties op basis van hun nieuw contract.

Ten aanzien van de werknemers van de publieke sector die deeltijds tewerkgesteld zijn en genieten van de eindeloopbaanmaatregelen, is de werkgever ertoe gehouden hen 3 maanden vóór de datum van intrede in het stelsel van de eindeloopbaan of van hun toegang tot een hoger recht in dat kader voor te stellen dat de wekelijkse arbeidsduur ingeschreven in hun arbeidsovereenkomst verhoogd wordt a rato van het aantal uren van vrijstelling van prestaties voorzien voor de leeftijdscategorie waartoe ze behoren. De werknemer is ertoe gehouden uiterlijk één maand vóór zijn intrede tot het stelsel of zijn hoger recht in het kader van de eindeloopbaanregeling, aan de werkgever ofwel zijn akkoord te betekenen omtrent die verhoging van zijn wekelijkse arbeidsduur ofwel zijn weigering. In dat laatste geval geniet de werknemer van de vermindering van de wekelijkse arbeidsduur van zijn arbeidsprestaties voorzien voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort en dit proportioneel zijn wekelijkse arbeidsduur ten opzichte van een voltijds tewerkgestelde werknemer.

- c) Worden gelijkgesteld met de personeelsleden de werknemers die gedurende een referentieperiode van 24 maanden voorafgaand aan de maand waarin ze de leeftijd van respectievelijk 45, 50 of 55 jaar bereiken, minstens 200 uur bij dezelfde werkgever

verricht hebben in een of meer functies, waarvoor ze het supplement voor onregelmatige prestaties (zaterdag, zondag, feestdag, nachtdienst of onderbroken diensten) of elk andere vergoeding vallend onder een collectieve arbeidsovereenkomst of een protocolakkoord ontvangen hebben, of die een compensatierust ingevolge die prestaties genoten hebben.

De verantwoorde afwezigheidsperiodes komen in aanmerking op basis van het gemiddelde van de rest van de referentieperiode.

De werknemer die niet meer aan deze voorwaarde van 200 uren onregelmatige prestaties over een referentieperiode van maximum 24 maanden voldoet, behoudt de verkregen vrijstelling van prestatie, maar kan bij de overgang naar een hogere leeftijdscategorie niet van een bijkomende vrijstelling van arbeidsprestaties genieten.

De deeltijdse werknemers dienen een aantal uren van onregelmatige prestaties te bewijzen dat overeenstemt met 200 uren berekend naar verhouding van de arbeidsduur over een referentieperiode van maximum 24 maanden.

De werknemer die, op het moment dat hij de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt, geen 200 uren onregelmatige prestaties bij dezelfde werkgever gewerkt heeft of die vanaf 50 jaar niet meer aan deze voorwaarde voldoet, treedt toe tot het statuut van geassimileerd personeel, en dus tot het recht op vrijstelling van arbeidsprestaties op het moment dat hij die 200 uren in de loop van een periode van maximum 24 achtereenvolgende maanden heeft uitgevoerd. De vrijstelling van arbeidsprestaties gaat dan in de dag die in de collectieve arbeidsovereenkomst of het protocolakkoord van toepassing wordt bepaald.

- d) De begunstigde personen van de eindeloopbaanmaatregelen vóór 1 oktober 2005 blijven erover genieten.

De begunstigde personen van de eindeloopbaanmaatregelen die vóór 1 oktober 2005 worden ingesteld, die de keuze van de loonpremie hebben gemaakt, blijven ervan genieten.

Als een personeelslid van functie wisselt, behoudt hij zijn voorafgaand recht op de eindeloopbaanmaatregelen.

- e) De werknemers die vrijgesteld zijn van prestaties, worden nog steeds beschouwd als werknemers die hun contractuele of statutaire arbeidsduur behouden.
- f) De optie van vrijstelling is altijd definitief. Het behoud daarentegen van de prestaties met premie kan op elk ogenblik in vrijstelling van arbeidsprestaties omgezet worden.

3° Financieringsregels

Teneinde de eindeloopbaanmaatregelen te financieren, wordt aan de ziekenhuizen een forfaitair bedrag toegekend, vastgesteld per personeelscategorie volgens de hierna vastgestelde regels.

De personeelscategorieën zijn de volgende:

- a. de verpleegkundigen, de sociaal verpleegkundigen en de assistenten in ziekenhuisverzorging;

- b. de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, de opvoeders begeleiders geïntegreerd in de zorgteams, de maatschappelijk assistenten en psychologisch assistenten tewerkgesteld in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutisch programma, de psychologen, orthopedagogen en pedagogen, tewerkgesteld in de zorgteams of geïntegreerd in het therapeutisch programma, de laboratoriumtechnologen en de technologen van medische beeldvorming.

[Teneinde de impact te dekken van de implementatie van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) op het bedrag van de gefinancierde premie aan de ziekenhuizen die beschikken over personeel vallend onder het paritair comité 330, worden de bedragen gedefinieerd in A_a, A_b, A_c en A_d verhoogd met 1,06 % vanaf 1 januari 2019 tot 31 december 2020.

Voor het jaar 2018 wordt deze verhoging ten laste genomen van de herziening voor het boekjaar 2018 vanaf 1 januari 2018.]^{81*}

[Teneinde de impact te dekken van de implementatie van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) op het bedrag van de gefinancierde premie aan de ziekenhuizen, worden de bedragen gedefinieerd in de punten A_a, A_b, A_c en A_d vanaf 1 januari 2021 tot 31 december 2021, verhoogd met 3,44% voor de ziekenhuizen die beschikken over personeel vallend onder het paritair comité 330 en met 2,91% voor de openbare ziekenhuizen.

Vanaf 1 januari 2022 worden de in de punten A_a, A_b, A_c en A_d gedefinieerde bedragen verhoogd met 5,81% voor alle ziekenhuizen.

De percentages berekend voor het jaar 2021 en het percentage berekend vanaf het jaar 2022 zullen worden gebruikt bij de herziening van elk betrokken boekjaar;]^{81†}

- c. de verzorgenden en de werknemers bedoeld in artikelen 54bis en 54ter van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967;
- d. het gelijkgesteld personeel, de ambulanciers van de spoeddiensten die deel uitmaken van het personeel van de instellingen bedoeld in het meerjarenplan van de federale gezondheidssectoren en dit ongeacht de kostenplaats waaronder het personeel is opgenomen, de technici van medisch materiaal, inzonderheid in de sterilisatiediensten, de medewerkers patiëntenvervoer en de logistieke assistenten.

Het forfaitair bedrag wordt als volgt berekend:

$$F = F1 + F2$$

- a) Berekening van de vrijstelling van arbeidsprestaties:

F1 = het verschuldigd bedrag voor de compenserende indienstneming van personeelsleden die voor de vrijstelling van de wekelijkse arbeidsprestaties opteren

$$F1 = A_i * T1/S * N/Y$$

* Inwerkingtreding: 01.01.2021.

† Inwerkingtreding: 01.01.2021.

waarbij:

Aa = 41.874,02 € (index 01/08/2005) voor de catégorie a

Ab = 41.874,02 € (index 01/08/2005) voor de catégorie b

Ac = 33.801,97 € (index 01/08/2005) voor de catégorie c

Ad = 33.769,86 € (index 01/08/2005) voor de catégorie d

T1: aantal wekelijks vrijgestelde uren die door de ter compensatie in dienst genomen werknemer of die door de werknemer die zijn arbeidsduur verhoogt gecompenseerd worden

S: wekelijks arbeidsregime toegepast in het ziekenhuis

N: jaarlijks aantal werkuren te bezoldigen door de werkgever ter compensatie van de vrijgestelde uren van de begunstigde werknemers voor het beschouwde jaar in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen

Y: theoretisch aantal jaarlijkse werkuren die door de ter compensatie in dienst genomen werknemer ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst, zijn daad van individuele benoeming of het aanhangsel aan zijn arbeidsovereenkomst in geval van verhoging van de werktijd moeten gepresteerd worden

b) Berekening van het bedrag voor de premie:

$$F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$$

waarbij:

Aa = 57.223,13 € (index 01/08/2005) voor de catégorie a

Ab = 57.223,13 € (index 01/08/2005) voor de catégorie b

Ac = 42.619,16 € (index 01/08/2005) voor de catégorie c

Ad = 38.509,24 € (index 01/08/2005) voor de catégorie d

H: equivalent wekelijks aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de toekenning van een premie voor een voltijdse werknemer t.o.v. zijn leeftijd

T2: aantal per week te presteren uren zoals voortvloeiend uit de arbeidsovereenkomst of de individuele benoemingsakte, welke in voorkomend geval uitgeoefend werd in de functie die het genot van de maatregel rechtvaardigt

S: wekelijks arbeidsregime toegepast in het ziekenhuis

N: jaarlijks aantal door de werkgever in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen voor het beschouwde jaar bezoldigde werkuren

Y: theoretisch jaarlijks aantal werkuren die door de begunstigde ten opzichte van zijn arbeidsovereenkomst of zijn daad van individuele benoeming moeten gepresteerd worden

[Teneinde de impact te dekken van de implementatie van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het instituut voor functieclassificatie (IF-IC) op het bedrag van de gefinancierde premie aan de ziekenhuizen die beschikken over personeel vallend onder het Paritair comité 330, worden de bedragen gedefinieerd in Aa, Ab, Ac en Ad verhoogd met 1,06 % vanaf 1 januari 2019.

Voor het jaar 2018 wordt deze verhoging ten laste genomen van de herziening van het dienstjaar 2018 vanaf 1 januari 2018;]⁷⁰

4° Inlichtingen te verstrekken door de ziekenhuisinstelling

- [1) een uniek identificatienummer per personeelslid
- 2) zijn geboortedatum,
- 3) zijn functie,
- 4) de gekozen optie tussen de vrijstelling van arbeidsprestaties en de premie voor elk van de schijven,
- 5) de kostenplaats, zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel van de ziekenhuizen waar de lasten in rekening gebracht worden,
- 6) het aantal uren van vrijstelling van arbeidsprestaties dat hij kan verkrijgen ten opzichte van zijn leeftijd,
- 7) het wekelijks uurregime van kracht in het ziekenhuis,
- 8) het aantal door het personeelslid te presteren uren zoals blijkt uit het arbeidscontract of de individuele benoemingsakte, verminderd in voorkomend geval naar verhouding van de prestaties verricht in de functie die het voordeel van de in deze § bedoelde maatregel verantwoordt,
- 9) de datum van zijn aanwerving,
- 10) de eventuele vertrekdatum,
- 11) in geval van gelijkgesteld personeel, het aantal uren onregelmatige prestaties, met een minimum van 200 uren op 24 maanden,
- 12) en de door de werkgever niet-bezoldigde perioden van afwezigheid (niet-gelijkgestelde dagen of uren) alsmede hun aard. ,]^{25*}

Deze inlichtingen dienen door de ziekenhuizen te worden verstrekt, overeenkomstig de richtlijnen van de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

5° Toekenningsmodaliteiten

- Vanaf 1 oktober 2005

Het bij toepassing van punt 3 berekend voorlopig bedrag vormt tot 31 december 2005 de provisie.

* Inwerkingtreding: 01.10.2005.

Het definitieve bedrag voor de periode van 1 oktober 2005 tot 31 december 2005 wordt vastgesteld op basis van de aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu verstrekte definitieve inlichtingen en vervangt het voor de beschouwde periode gestorte provisionele budget.

- Vanaf 2006

Het voorlopige bedrag wordt berekend t.o.v. het laatst bekende definitieve bedrag, voor zover bij dat bedrag rekening gehouden wordt met alle leeftijdsgroepen; zoniet wordt het vastgesteld t.o.v. het provisioneel bedrag van het jaar n-1.

Telkens er een definitief bedrag berekend wordt, vormt het de geldige provisie voor het dienstjaar volgend op de datum van vaststelling van dat definitieve bedrag.

Het verschil tussen de definitieve F en de voorlopige F wordt via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen vereffend.

6° Bepalingen voor de compensatie van de vrijgestelde uren

Voor de personeelsleden die geopteerd hebben voor de wekelijkse vrijstelling van arbeidsprestaties, dient de beheerder het bewijs te leveren dat de vrijgemaakte werkdiensttijd en de toegekende financiering gecompenseerd werden door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de wekelijkse arbeidsduur door de personeelsleden. Komen niet in aanmerking de voltijdse werknemers die de eindeloopbaanmaatregelen genieten en de werknemers waarvoor de instelling reeds een financiering van een overheidsinstantie geniet in het kader van het arbeidsbeleid.

De totale hoeveelheid per financieringscategorie (categorieën a., b., c. en d. van punt 3°) van het personeel te compenseren uren moet prioritair door dezelfde financieringscategorie van het personeel gecompenseerd worden.

De toegekende financiering wordt, in voorkomend geval, begrensd tot het werkelijke totale aantal vervangingen.

Daarom dient de beheerder, op hetzelfde ogenblik als de inlichtingen die dienen voor de definitieve berekening, volgende inlichtingen over te maken:

- [- een uniek identificatienummer per personeelslid,]^{25*}
- [- de geboortedatum]^{31†}
- de datum van in- en uitdiensttreding,
- de functie,
- de wekelijkse compensatiewerktijd van de nieuwe werknemer of de verhoging van de uurprestaties van de werknemer in functie die zijn werkdiensttijd verhoogt,
- de door de werkgever niet-bezoldigde perioden van afwezigheid (niet-gelijkgestelde dagen of uren) alsmede hun aard,
- kostenplaats voor imputatie,

* Inwerkingtreding: 01.10.2005.

† Inwerkingtreding: 01.10.2005.

- de datum van het begin van het bijvoegsel bij de overeenkomst van de werknemer die zijn werktijd verhoogt of de overeenkomst van de nieuwe werknemer,
- einddatum van de overeenkomst.

7° Informaties

Een jaarlijkse inventaris op de eindeloopbaanmaatregelen wordt door de beheerder van het ziekenhuis aan de ondernemingsraad of het plaatselijke overlegcomité gericht.

8° Sancties

Indien de beheerder niet binnen de vereiste termijn de inlichtingen betreffende de uitwerking van de definitieve budgetten mededeelt, zullen de voorlopige bedragen teruggevorderd worden.]]^{16*}

Artikel 79bis

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

Dit complement wordt in verschillende fases gefinancierd:

- in 2005: 40 €
- in 2006: 170 €
- in 2007: 260 €
- in 2008: 380 €
- in 2009: 480 €

Voor het jaar 2005 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 53,87 €, dus 40 € verhoogd met de werkgeversbijdragen.

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

Voor het jaar 2007 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 350,14 €, dus 260 € verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2008 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 511,75 €, dus 380 € verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2009 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 646,42 €, dus 480 € verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

[§ 1/1 Vanaf het jaar 2022 wordt de openbare ziekenhuizen een financiering toegekend om een forfaitaire aanvulling te dekken bij de attractiviteitspremie van 400 € (index op 1

* Een letterlijke lezing van artikel 21 van het koninklijk besluit van 28.06.2007 (Ed. 2) zou leiden tot de schrapping van deze passage, die door voornoemd artikel als "alinea 2 » wordt beschouwd. De FOD Volksgezondheid geeft echter toe dat het hier om een materiële fout gaat die door een Erratum zou moeten verbeterd worden.

november 2022), verhoogd met de werkgeversbijdragen voor alle werknemers. Het aan het ziekenhuis toegekende bedrag wordt vermenigvuldigd met het aantal toegelaten VTE's van het ziekenhuis.

De financiering is onderworpen aan het sluiten van een lokaal protocolakkoord ter uitvoering van het « Protocol 233/5 betreffende de onderhandelingen die op 13 oktober 2022 werden gevoerd in het gemeenschappelijk Comité voor alle overheidsdiensten » betreffende de verhoging van het forfaitaire gedeelte van de attractiviteitspremie. De financiering zal slechts behouden blijven in het budget van financiële middelen van het ziekenhuis van 1 juli 2024 indien het uiterlijk op 31 januari 2024 aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een kopie heeft bezorgd van het lokaal protocolakkoord dat de toekenning van deze maatregel aan het betrokken personeel bevestigt vanaf 1 januari 2022.]]^{81*}

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

[Dit complement wordt in meerdere fasen gefinancierd:

- in 2006: 195 €
- in 2007: 322 €
- in 2008: 450 €
- in 2009: 498 €]]³¹

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

Voor het jaar 2007 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 433,64 €, dus 322 € verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2008 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 606,02 €, dus 450 € verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).

Voor het jaar 2009 wordt het bedrag berekend door het aantal toegelaten FTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 670,66 €, dus 498 € verhoogd met de werkgeversbijdragen (index 1 juli 2005).]]²⁰

[Artikel 79bis/1

Vanaf 2022 wordt aan de privéziekenhuizen een financiering toegekend om voor alle loontrekkende werknemers de betaling van een forfaitaire toeslag op de eindejaarspremie te dekken voor een bedrag van 595,67 euro (waarde op 1 november 2022), namelijk 400 euro geïndexeerd zoals de eindejaarspremie in de privésector en verhoogd met 34,67 % voor de sociale bijdragen. Het bedrag dat aan het ziekenhuis wordt toegekend, wordt vermenigvuldigd met het aantal in aanmerking komende VTE's van het ziekenhuis.]]^{87†}

* Inwerkingtreding: 01.01.2022.

† Inwerkingtreding: 01.01.2022.

[Artikel 79ter

- § 1 Vanaf 1 januari 2006 wordt aan alle statutaire ziekenhuiswerknemers een aanvullend vakantiegeld toegekend, zodat dit in 2008 gelijk is aan 92 % van de activiteitswedde van de maand maart van het lopende jaar.

Dit complement wordt in verschillende fases gefinancierd:

- in 2006: betaling van een vakantiegeld gelijk aan 80 % van de activiteitswedde;
- vanaf 2008: betaling van een vakantiegeld gelijk aan 92 % van de activiteitswedde.

[Vanaf 1 januari 2006 wordt voor de 1ste fase een provisioneel bedrag van 3.420.463,90 € verdeeld onder de openbare ziekenhuizen, uitgaande van het totale aantal VTE's vermenigvuldigd met 40 %.

Vanaf 1 januari 2008 wordt voor de 2de fase een provisioneel bedrag van 2.879.719 € verdeeld tussen de ziekenhuizen, uitgaande van het totale aantal VTE's 2005 in kwestie.]³¹

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

Die herziening gebeurt voor de laatste keer in 2008.

- § 2 Op 1 januari 2007 wordt, binnen de grenzen van een bedrag van 4.500.000 € (index 1 juli 2007), Onderdeel B9 van de ziekenhuizen die over statutair personeel beschikken waarvan het vakantiegeld in 2005 lager lag dan 65 % van de activiteitswedde van de maand maart van het lopende jaar, verhoogd naar rata van het aantal betrokken statutaire FTE's op basis van het reële percentage dat op elke betrokken FTE werd toegepast.

De toegekende bedragen worden voor 2007 herzien op basis van het reële aantal FTE's en het reële percentage vakantiegeld dat werd toegepast.]²⁰

[Artikel 79quater

- § 1 Er wordt op 1 januari 2018 een provisioneel budget toegekend voor de ziekenhuizen vallend onder het paritair comité 330, met het oog op de progressieve invoering van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het instituut voor functieclassificatie (IF-IC) alsook de nieuwe loonschalen die daarop betrekking hebben.

De provisie van 58.425.430 € (waarde op 1 januari 2018) wordt verdeeld pro rata het aantal VTE van elk betrokken ziekenhuis.

De in aanmerking genomen VTE's zijn degene die gediend hebben voor de verdeling van het bedrag van 31.460.000 € als tussenkomst onder de vorm van een eenmalige verhoging van het vaste deel van de eindejaarspremie voor de loontrekkenden zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 8 mei 2018 tot vaststelling en uitkering van de bedragen van de vergoedingen voor de invoering van de functieclassificatie die is voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de federale gezondheidssector en dat op 25 oktober 2017 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers.

De VTE's en het gefinancierde bedrag per ziekenhuis worden vastgelegd in bijlage 21.

[...] ⁷⁵

- § 2 Op 1 januari 2019 wordt een bijkomend budget van 13.532.755 € (waarde op 1 januari 2019) toegevoegd aan het budget hernomen in § 1. De verdeling van het totale budget wordt gedaan pro rata het aantal VTE's per ziekenhuis zoals vastgelegd in bijlage 21.

[...] ⁷⁵

- [§ 3 Op 1 januari 2020 wordt een bijkomend budget van 13.532.758 € (waarde op 1 januari 2020) toegevoegd aan het budget hernomen in § 2. De verdeling van het totale budget wordt gedaan pro rata het aantal VTE's per ziekenhuis zoals vastgelegd in bijlage 21.] ^{75*} ⁷⁰

- [§ 4 Vanaf 1 juli 2021 wordt een bijkomend provisioneel budget van 161.196.755,93 € (waarde op 1 januari 2021), voorzien in het sociaal akkoord 2021-2022, toegekend aan de ziekenhuizen die beschikken over personeel vallend onder het paritair comité 330, met het oog op de invoering van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) alsook de bijbehorende loonschalen.

Dit bijkomende provisionele budget wordt verdeeld pro rata het aantal betaalde VTE's aangegeven in de FINHOSTA-inzameling voor 2019, of voor 2018 indien de gegevens voor 2019 niet beschikbaar zijn, en opgenomen in een kostenplaats van 020 tot 909 en van 960 tot 999, exclusief artsen, ter beschikking gesteld personeel en statutairen van elk betrokken ziekenhuis.] ^{81†}

- [§ 5 Met ingang van 1 januari 2022 wordt een bijkomend provisioneel budget van 168.081.521,30 € (waarde op 1 januari 2022), voorzien in het sociaal akkoord 2021-2022, toegekend aan ziekenhuizen die beschikken over personeel vallend onder het paritair comité 330, met het oog op de invoering van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) en de bijbehorende loonschalen.

Dit bijkomende provisionele budget wordt verdeeld pro rata het aantal betaalde VTE's aangegeven in de FINHOSTA-inzameling voor 2019, of voor 2018 indien de gegevens voor 2019 niet beschikbaar zijn, en opgenomen in een kostenplaats van 020 tot 909 en van 960 tot 999, exclusief artsen van elk betrokken ziekenhuis.

- § 6 Vanaf 1 juli 2021 wordt een provisioneel budget van 42.593.239,02 € (waarde op 1 juli 2021) toegekend aan de openbare ziekenhuizen met het oog op de progressieve invoering van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) en de nieuwe bijbehorende loonschalen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de federale gezondheidssector en dat op 25 oktober 2017 werd gesloten door de federale regering met de betrokken representatieve organisaties van werkgevers en werknemers.

Dit provisionele budget wordt verdeeld pro rata het aantal betaalde VTE's aangegeven in de FINHOSTA-inzameling voor 2019, of voor 2018 indien de gegevens voor 2019 niet beschikbaar zijn, en opgenomen in een kostenplaats van 020 tot 909 en van 960 tot 999, exclusief artsen en ter beschikking gesteld personeel van elk betrokken ziekenhuis.

* Inwerkingtreding: 01.01.2020.

† Inwerkingtreding: 01.07.2021.

§ 7 Vanaf 1 juli 2021 wordt een bijkomend provisioneel budget van 70.625.591,51 € (waarde op 1 juli 2021), voorzien in het sociaal akkoord 2021-2022, toegekend aan de openbare ziekenhuizen met het oog op de invoering van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) en de bijbehorende loonschalen.

Dit provisionele budget wordt verdeeld pro rata het aantal betaalde VTE's aangegeven in de FINHOSTA-inzameling voor 2019, of voor 2018 indien de gegevens voor 2019 niet beschikbaar zijn, en opgenomen in een kostenplaats van 020 tot 909 en van 960 tot 999, exclusief artsen en ter beschikking gesteld personeel van elk betrokken ziekenhuis.

§ 8 Vanaf 1 januari 2022 wordt een bijkomend provisioneel budget van 73.048.446,06 € (waarde op 1 januari 2022), voorzien in het sociaal akkoord 2021-2022, toegekend aan de openbare ziekenhuizen met het oog op de invoering van de nieuwe sectorale functieclassificaties uitgewerkt door het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) en de bijbehorende loonschalen.

Dit bijkomende budget wordt verdeeld pro rata het aantal betaalde VTE's aangegeven in de FINHOSTA-inzameling voor 2019, of voor 2018 indien de gegevens voor 2019 niet beschikbaar zijn, en opgenomen in een kostenplaats van 020 tot 909 en van 960 tot 999, exclusief artsen van elk betrokken ziekenhuis.

§ 9 De krachtens de paragrafen 1 tot en met 8 toegekende provisionele budgetten worden jaarlijks herzien overeenkomstig de in bijlage 22 omschreven herzieningsmodaliteiten.]]^{81*}

[Artikel 79quinquies

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

§ 1 [...] ⁴⁰

§ 2 [...] ^{81†}

§ 3 Operatiezalen:

[Op 1 januari 2006]²⁵, wordt aan de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten, Sp-diensten voor palliatieve zorg en geïsoleerde G-diensten, een aanvullende financiering ten belope van 45.881,10 € (index 01/01/2006) per FTE toegekend teneinde het personeelskader in de operatiekwartieren te versterken naar rata van:

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

Voor de ziekenhuizen, bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2, wordt er één operatiezaal in aanmerking genomen per 25 erkende bedden onder kenletter C.

* Inwerkingtreding: 01.07.2021.

† Inwerkingtreding: 01.01.2023.

[Voor de vaststelling van het aantal zalen en bedden wordt rekening gehouden met het aantal operatiezalen en erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]²⁵

§ 4 Versterking van de nachtploegen:

[Op 1 januari 2007]²⁵, wordt, teneinde de nachtploegen te versterken, het budget van de psychiatrische ziekenhuizen voor de A en A-nachtbedden, alsook van de algemene ziekenhuizen voor alle bedden met een bedrag (X) verhoogd, wat overeenstemt met 0,5 FTE extra verpleegkundig of verzorgend personeel per 60 erkende bedden ten belope van 47.734,69 € (index 1 juli 2007) per FTE.

Onderdeel B9 van de betrokken ziekenhuizen wordt verhoogd overeenkomstig de volgende berekening:

$$X = A * (B * 0,5 / 60)$$

waarbij:

$$A = 47.734,69 \text{ € per FTE}$$

$$B = \text{aantal erkende bedden van het ziekenhuis}$$

[Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dit bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is.]²⁵

[§ 5 [...] ^{40*}

§ 6 Om de proefprojecten pediatrie hemato-oncologie te ondersteunen in de ziekenhuizen die een overeenkomst ondertekend hebben met de minister bevoegd voor Volksgezondheid, worden er vanaf 1 januari 2010 2 VTE's sociaal assistent, logopedist, psycholoog of diëtist gefinancierd, waaronder ten minste één VTE sociaal assistent, ten belope van 50.656 € per VTE binnen de grenzen van het beschikbaar budget van 709.184 € (index 01/01/2010).]³¹

[Artikel 79sexies

Binnen de grenzen van een budget van 2.264.654 € (index 1 juli 2007) wordt, teneinde vanaf 1 januari 2007 in de privé-ziekenhuizen het supplement te financieren dat van 50 op 56 % is gebracht voor nachtprestaties op zondag en op feestdagen, Onderdeel B9 van die ziekenhuizen verhoogd met een bedrag (X) dat als volgt wordt berekend:

$$X = A * B / C$$

waarbij:

$$A = \text{beschikbaar budget van 2.264.654 €}$$

$$B = \text{totaal aantal uren betaald aan 50 % van het betrokken ziekenhuis op basis van de laatst bekende gegevens}$$

$$C = \text{totaal aantal uren betaald aan 50 % van alle betrokken ziekenhuizen op basis van de laatst bekende gegevens}$$

* Inwerkingtreding: 01.01.2014.

De toegekende bedragen worden voor 2007 herzien op basis van het reële aantal uren nachtprestaties op zondag en op feestdagen.]]²⁰

[Artikel 79septies

Met ingang van 1 januari 2008 wordt een jaarlijkse functionele toelage van 816,80 € (index 01/07/2005) toegekend aan de hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen-hoofd van dienst van het tussenkader en de hoofdparamedici van de ziekenhuizen, die een geldelijke anciënniteit van minstens 18 jaar hebben alsook de opleiding hebben genoten die vereist is krachtens de besluiten waarbij hun functie wordt omschreven.

Het bedrag wordt berekend door het aantal toelaatbare VTE's van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met 1.099,98 €, zijnde 816,80 € verhoogd met de patronale lasten (index 01/07/2005).]]³¹

Artikel 79octies

[Er worden in drie fasen 2.309 VTE's verpleegkundigen, zorgkundigen of paramedisch personeel per 30 erkende bedden gefinancierd in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen, met uitzondering van de Sp-diensten-palliatieve zorg, K- en NIC-bedden.

De fasen zijn de volgende:

- 1° op 1 januari 2008 is een pilootstudie opgezet naar de onmiddellijke vervanging en de communicatie van de uurroosters in de ziekenhuissector.

Die studie heeft tot doel de mobiele equipe te versterken, bepaald bij het koninklijk besluit van

23 oktober 1964 houdende vaststelling van de normen waaraan de ziekenhuizen en hun diensten moeten voldoen.

Daartoe worden 319 VTE's ten belope van 46.981,24 € per VTE toegewezen aan de door het universitair ad-hocteam geselecteerde ziekenhuizen.

Tijdens de herziening van dienstjaar 2008 zal worden nagegaan of het aantal VTE's gefinancierd per ziekenhuis dat aan de pilootstudie deelneemt wel degelijk aan de mobiele equipe werd toegewezen;

- 2° op 1 juli 2009 worden 1042 VTE's verdeeld onder de ziekenhuizen die tijdens de eerste fase niet werden geselecteerd, naar rata van minimum 0,5 VTE per 30 erkende bedden, met uitsluiting van de Sp-diensten palliatieve zorg, K- en NIC-diensten;

- 3° op 1 januari 2011 worden de resterende 948 VTE's verdeeld onder alle ziekenhuizen teneinde 1 VTE per 30 erkende bedden, met uitsluiting van de Sp-diensten palliatieve zorg, K- en NIC-diensten te waarborgen.

Vanaf 1 juli 2010 wordt het behoud van de krachtens punten 1° en 2° toegekende financiering en de krachtens punt 3° voorziene financiering onderworpen, voor de private sector, aan het afsluiten van een collectieve arbeidsovereenkomst binnen de paritaire commissie of, bij ontstentenis, bij een lokaal akkoord en, voor de openbare sector, aan een lokaal akkoord genomen in uitvoering van het Protocol Nr. 2009/04 betreffende de onderhandelingen die op maandag 22 juni 2009 werden

gevoerd in het Comité voor de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten (Comité C), met betrekking tot de volgende domeinen:

- het voldoende op voorhand bezorgen van de uurroosters;
- de inachtneming van de op voorhand bezorgde uurroosters en de sancties verbonden aan wijzigingen in de uurroosters;
- de onmiddellijke vervanging bij afwezigheid.

Indien er een lokaal akkoord is ondertekend, moet een kopie naar de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden verstuurd.

Het ziekenhuis dat nog geen kopie van een plaatselijk akkoord heeft bezorgd kan te allen tijde deze kopie bezorgen en van de hierboven bedoelde financiering genieten vanaf de eerstvolgende berekening van zijn budget van de financiële middelen.]³⁵

[Artikel 79nonies]

[§ 1]^{28*} Vanaf 1 januari 2009 wordt het bedrag van het sociaal akkoord van de openbare sector, bepaald in het protocol nr. 148/2 van 29 juni 2005, 5 juli 2005 en 18 juli 2005 van het Gemeenschappelijk Comité voor het geheel van de openbare diensten, namelijk 1.795.598 € (index 01/01/2009), verdeeld onder de openbare ziekenhuizen overeenkomstig de modaliteiten voorzien in een lokaal akkoord genomen in uitvoering van het Protocol nr. 2009/06 betreffende de onderhandelingen gevoerd op maandag 21 december 2009 binnen het comité voor de provinciale en lokale overheidsdiensten (comité C).

Het budget wordt verdeeld naar rata van het totaal van onderdeel B2 van de openbare ziekenhuizen op 30 juni 2008.

Om voormelde budgetten te krijgen, moeten de beheerders van de openbare ziekenhuizen aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgen dat de toekenning van deze voordelen aan voormeld personeel vanaf 1 januari 2010 bevestigt. Dit attest moet uiterlijk tegen 15 oktober 2010 worden verstuurd en moet medeondertekend worden door het lokaal overlegcomité of, bij ontstentenis, door de vakbondsafvaardiging.

Een kopie van het lokaal akkoord moet naar de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu worden verstuurd.]^{27†}

[Vanaf 1 januari 2011 wordt het budget verdeeld naar rata van het aantal VTE's van de openbare ziekenhuizen zoals die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn, die niet vallen onder de bepalingen van het koninklijk besluit van 22 juni 2010 bedoeld in artikel 48bis van hetzelfde besluit, en die werken in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 899.]^{28‡}

[§ 2] Vanaf 1 januari 2011 wordt een budget van 3.200.000 € verdeeld onder de private ziekenhuizen teneinde de valorisatie van ongemakkelijke prestaties van het personeel dat

* Inwerkingtreding: 01.01.2011.

† Inwerkingtreding: 01.01.2009.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2011.

niet valt onder de bepalingen van het koninklijk besluit van 22 juni 2010 bedoeld in artikel 48bis van hetzelfde besluit, uit te breiden naar rata van het aantal VTE's van de private ziekenhuizen zoals die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn, die niet vallen onder de bepalingen van het koninklijk besluit van 22 juni 2010 bedoeld in artikel 48bis van hetzelfde besluit, en die werken in een kostenplaats begrepen tussen 020 en 899.]^{28*}

[Artikel 79decies

Op 1 januari 2011 wordt een budget toegekend aan de ziekenhuizen om de aanwerving van bijkomend personeel te dekken.

- a) voor de ziekenhuizen uit de privésector wordt een budget van 5.080.000 € verdeeld onder de ziekenhuizen, volgens de volgende verdelingsmodaliteiten:
 - de instellingen met minimum 100 bedden krijgen een budget toegekend van 21.000 €. Het saldo van dat budget wordt vervolgens verdeeld, onder dezelfde instellingen, evenredig met het aantal erkende bedden boven de 100 eerste bedden. Voor de vaststelling van het aantal bedden wordt rekening gehouden met het aantal erkende bedden, zoals dat bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend is;
 - de aangeworven VTE's zijn ofwel administratieve en logistieke hulp, toegewezen aan de zorgeenheden, ofwel zorgkundigen voor de nacht, ofwel onderhoudspersoneel in de ziekenhuizen die deze activiteit niet uitbesteden;
- b) voor de ziekenhuizen uit de openbare sector wordt een budget van 4.030.000 € verdeeld tussen de ziekenhuizen volgens de informatie van het Fonds Sociale Maribel van de openbare sector, dat de bijkomende jobs definieert, toewijst en controleert.

Het behoud van de financieringen bedoeld in punten a) en b) is onderworpen aan het versturen, binnen de 30 dagen na publicatie van huidig besluit in het Belgisch Staatsblad, naar de FOD Volksgezondheid, DG1, Dienst Boekhouding en Beheer van de Ziekenhuizen, van een document bevestigend dat het overleg in de ondernemingsraad, voor de private sector en in het Basisoverlegcomité, voor de openbare sector over het gebruik van het bijkomende budget met het oog op nettojobcreatie wel degelijk heeft plaatsgevonden.

De budgetten bedoeld in punten a) en b) zijn niet onderhevig aan indexering voor het jaar 2011 en zijn niet herzienbaar.]^{29†}

[Artikel 79undecies

- [§ 1]³⁸ Vanaf 1 januari 2013 wordt er een budget van 1.295.000 € toegekend aan de ziekenhuizen op voorwaarde van de toekenning van weddenschaal 1.35 zoals beslist in de paritaire commissie 330, aan zorgkundigen die deze functie uitvoeren in het ziekenhuis. Voor de openbare sector moet de weddenschaal van toepassing op de zorgkundigen equivalent zijn aan die die voor de private sector werd vastgesteld.

* Inwerkingtreding: 01.01.2011.

† Inwerkingtreding: 01.01.2011.

Het budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal erkende bedden van elk ziekenhuis, zoals gekend op het ogenblik van de berekening.

De toegekende financiering zal op 1 januari 2014 slechts in het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis behouden blijven indien het aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgt dat de toekenning van dit voordeel aan het betrokken personeel vanaf 1 januari 2013 bevestigt. Dit attest moet ten laatste tegen 28 februari 2014 worden verstuurd en moet zijn medeondertekend door de ondernemingsraad voor de private ziekenhuizen, of door het overlegcomité of, bij ontstentenis daaraan, door de vakbondsdelegatie, voor de openbare ziekenhuizen.]^{37*}

- [§ 2 Vanaf 1 januari 2014 wordt er een bijkomende budget van 14.121.000 € toegekend aan de ziekenhuizen op voorwaarde van de toekenning van weddenschaal 1.35 zoals beslist in de paritaire commissie 330, aan zorgkundigen die deze functie uitvoeren in het ziekenhuis. Voor de openbare sector moet de weddenschaal van toepassing op de zorgkundigen equivalent zijn aan die die voor de private sector werd vastgesteld.

Het budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal erkende bedden van elk ziekenhuis, zoals gekend op het ogenblik van de berekening.

Voor de openbare ziekenhuizen die het in § 1, derde lid vermelde attest niet opgestuurd hebben, zal de financiering toegekend op 1 januari 2014 slechts in het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis behouden blijven indien het aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu een attest bezorgt dat de toekenning van dit voordeel aan het betrokken personeel vanaf 1 januari 2014 bevestigt. Dit attest van toekenning van een equivalente weddenschaal, gemiddeld of over het geheel van de loopbaan, moet ten laatste tegen 30 juni 2014 worden verstuurd en moet zijn medeondertekend door het overlegcomité of, bij ontstentenis daaraan, door de vakbondsdelegatie.]³⁸

[Artikel 79duodecies

- § 1 a) Vanaf 2021 wordt, met het oog op de financiering van de middelen bedoeld in artikel 4, § 2, tweede lid, 2°, van de wet van 9 december 2019 tot oprichting van een Zorgpersoneelfonds, gewijzigd bij de wet van 9 mei 2021, een jaarbudget als volgt verdeeld onder alle ziekenhuizen:
- 1° een budget van 11.700.000 €, niet gekoppeld aan de « gezondheidsindex » zoals bedoeld in artikel 85, om zorgpersoneel aan te werven binnen de ziekenhuizen waarmee de proefprojecten « Zorgcentra na seksueel geweld » een contract hebben gesloten met de minister bevoegd voor Volksgezondheid, ter ondersteuning van en voor de verdere uitbouw van die Zorgcentra na seksueel geweld;
 - 2° het saldo, bepaald in § 2, wordt verdeeld onder alle ziekenhuizen ter financiering van de nettotoename van de tewerkstelling van zorgpersoneel en de verbetering van de arbeidsomstandigheden van het zorgpersoneel. Dit betreft ook de uitgaven bedoeld voor ondersteunend personeel dat het zorgpersoneel ontlast en dat rechtstreeks met hen in contact staat, zodat zij

* Inwerkingtreding: 01.01.2013.

meer tijd kunnen besteden aan het daadwerkelijk verzorgen van de patiënten, waarbij de prioriteit gaat naar de verzorging aan het bed van de patiënt. Prioriteit wordt gegeven aan de financiering van de verhoging van de personeelsnorm, en bij voorkeur voor het verpleegkundig personeel, met gemiddeld één bijkomende VTE, per zorgeenheid of per ziekenhuisfunctie, teneinde de verpleegkundige aanwezigheid aan het bed van de patiënt te verhogen.

Het soort personeel waarop de maatregelen vermeld onder 2° betrekking hebben, zijn ziekenhuisverpleegkundigen, zorgkundigen en de ondersteunende functies die in de zorgteams zijn geïntegreerd, namelijk het personeel dat is opgenomen in de personeelsnormen voor ziekenhuisdiensten, -functies en -zorgprogramma's, en het ondersteunend personeel dat het verpleegkundig personeel helpt bij zijn administratieve en logistieke taken.

- b) Vanaf het jaar 2021, over de bestemming van de bepalingen onder a), 2°, bedoelde middelen moet binnen elke instelling voorafgaand lokaal sociaal overleg worden gevoerd, teneinde tot een akkoord te komen binnen het basisoverlegcomité dan wel binnen de ondernemingsraad. Bij ontstentenis van een ondernemingsraad gebeurt dat overleg binnen het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk. Bij ontstentenis van een Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk wordt dat overleg gevoerd met de vakbondsafgevaardigden. Dit overleg behelst de bestemming van de middelen op grond van de prioritaire noden en van de profielen die idealiter moeten worden aangetrokken om de werklust van het zorgpersoneel aan het bed van de patiënt te verlichten. Dit voorafgaand overleg moet plaatsvinden vóór 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het daadwerkelijke gebruik van de middelen.

De beheerder van de instelling bezorgt aan de FOD Volksgezondheid een verslag van het lokaal overlegorgaan over de bestemming die aan de middelen voor het volgende jaar zal worden gegeven. De inhoud van dit verslag wordt bezorgd aan de FOD Volksgezondheid door codering van de informatie die opgenomen is in Verslag A, waarvan het Excel-model ter beschikking staat van de ziekenhuizen op de website van de FOD Volksgezondheid. Het lokaal sociaal overlegorgaan verklaart dat de aan de FOD bezorgde informatie de informatie is waarover voorafgaand sociaal overleg werd gevoerd, door de afgedrukte versie van Verslag A te ondertekenen. De gegevens in Excel-formaat en de afgedrukte tabel die door de vertegenwoordiger(s) van het lokaal overlegorgaan is ondertekend, worden uiterlijk op 31 maart van het jaar waarop de bestemming van de middelen betrekking heeft, via e-mail naar het volgende adres gestuurd: fin.pers@health.fgov.be.

- c) Vanaf het jaar 2021 moet de beheerder van de instelling aan het einde van elk jaar, in het kader van de jaarlijkse informatie aan de ondernemingsraad of aan het lokaal sociaal overlegorgaan bedoeld in het koninklijk besluit van 15 juni 1998 tot uitvoering van artikel 86bis van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1987, aan het lokaal sociaal overlegorgaan meedelen binnen drie maanden na de afsluiting van de rekeningen van elk boekjaar, een verslag waarin op duidelijke en bevattelijke wijze de effectieve bestemming van de middelen voor

het betrokken boekjaar, de opvolging van de gecreëerde banen en de evolutie van de totale tewerkstelling worden vermeld.

De inhoud van dit verslag wordt aan de FOD Volksgezondheid overgemaakt ten laatste op 31 december van het jaar dat volgt op het betreffende jaar door de gevraagde informatie in te vullen in het « Verslag B », waarvan het model voor de ziekenhuizen beschikbaar is op de website van de FOD Volksgezondheid. Het lokaal sociaal overlegorgaan verklaart dat de informatie die aan de FOD werd bezorgd de informatie is die aan het overlegorgaan is bezorgd, door de afgedrukte versie te ondertekenen.

- d) Binnen het kader van het lokaal sociaal overleg wordt jaarlijks een evaluatie gemaakt van het aantal zorg- en zorgondersteunend personeel per eenheid en de gevolgen voor de bestaffing rond het bed van de patiënt.

Deze evaluatie moet plaatsvinden uiterlijk op hetzelfde moment als het voorafgaand lokaal sociaal overleg over de bestemming van de middelen voor het jaar 2023 en de daaropvolgende jaren.]^{78*}

- [§ 2 [Het saldo bedoeld in paragraaf 1, 2°, bedraagt 343.819.141,43 euro (waarde op 1 januari 2025) van 1 januari tot en met 31 december 2025 en 357.840.022,04 euro (waarde op 1 januari 2026) van 1 januari tot en met 31 december 2026.]]^{87†}.

Het beschikbare budget wordt verdeeld tussen alle ziekenhuizen, per budgetsector en per ziekenhuiscategorie volgens de volgende modaliteiten.

- 1° Voor de acute budgetsector van de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, § 1, en de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, § 2 wordt een bedrag per ziekenhuis berekend volgens de volgende formule:

$$A \times 10 \% \times P$$

waarin:

A = basispunten zoals bepaald in onderdeel B2 op 1 juli van het jaar n-1 voor het personeel met betrekking tot de C-, D-, E-, G-, I-, M-, NIC-bedden, Spoedgevallendienst, operatiekwartier, chirurgisch dagziekenhuis, A-, Ad-, An-, K-, Kd en Kn-bedden, met dien verstande dat de punten van het personeel van het operatiekwartier worden gebruikt zonder toepassing van de coëfficiënt die de beschikbare punten beperkt. Punten voor medische producten en sterilisatie worden niet gebruikt in de berekening. Supplementaire punten voor C, D, en E-bedden worden niet meegerekend, met uitzondering van punten voor bedden op de intensieve zorgen.

P = de waarde van het punt in onderdeel B2 op 1 juli van het jaar n-1, aan de index voor het jaar op 1 juli van het jaar waarop de berekening betrekking heeft.

* Inwerkingtreding: 01.01.2021.

† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

- 2° Voor de algemene ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, § 1, wordt een bedrag per ziekenhuis berekend volgens de volgende formule:

$$A \times 10 \% \times P$$

waarin:

[A = (aantal erkende bedden op 1 januari van jaar N-1 zonder de bestaande intensieve bedden x punten per bed zoals berekend op 1 juli van het jaar N-1 in onderdeel B2 voor de algemene ziekenhuizen van de acute budgetsector) + (bestaande intensieve bedden op 1 januari van het jaar N-1 x 5 met een minimum van 6 bedden) + (bestaande operatiezalen op 1 januari van het jaar N-1 x 7,5) + (spoedpunten berekend op 1 juli N-1 in het onderdeel B2 van deze ziekenhuizen met een minimum van 15 punten in het geval van erkenning van een functie 'primaire spoedeisende zorg' of een functie 'gespecialiseerde spoedeisende zorg') + (bestaande bedden op 1 januari van het jaar N-1 van het chirurgisch dagziekenhuis x 1);]^{85*}

P = de waarde van het punt in onderdeel B2 op 1 juli van het jaar N-1, aan de index voor het jaar op 1 juli van het jaar waarop de berekening betrekking heeft.

- 3° Voor bedden in andere budgetsectoren (PAL, BRA, PSY, SP en G wordt een bedrag per budgetsector als volgt berekend:

$$A * P$$

waarin:

[A = aantal erkende bedden op 1 januari van jaar N-1 gedeeld door het aantal bedden per dienst x 2,5, met dien verstande dat dit aantal bedden per dienst als volgt is:

- 30 bedden voor de indexen A, Ad, An, T, Td, Tn, Tg,
- 24 bedden voor de G-index,
- 20 bedden voor de indexen K, Kd, Kn, Psp, Sp,
- 8 bedden voor de IB-index,
- 6 bedden voor PAL en eenheden voor de behandeling van zware brandwonden;]^{85†}

P = de waarde van het punt in onderdeel B2 op 1 juli van het jaar N-1, aan de index voor het jaar op 1 juli van het jaar waarop de berekening betrekking heeft.

Om het beschikbare budget ten volle te benutten, kunnen de bedragen berekend onder de punten 1°, 2° en 3° aangepast worden met een vermenigvuldigingscoëfficiënt.]^{81‡}

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

† Inwerkingtreding: 01.01.2024.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2022.

[Artikel 79terdecies]

Onderdeel B9 van het budget van financiële middelen bevat vanaf 1 juli 2024 ter ondersteuning van de opleiding van kandidaat-artsen-specialisten een financiering van 41.162.545,72 euro (index 1 januari 2024) verdeeld over de ziekenhuizen pro rata van het aantal voltijdse equivalente kandidaat-artsen-specialisten die een stage afronden bij een erkende stagemeester in een ziekenhuis of een specifieke stage bij een coördinerende stagemeester. Extra-muros stages en wetenschappelijke stages worden niet meegerekend in de berekening.

Elk jaar wordt de financiering geactualiseerd op basis van het door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid verstrekte aantal VTE's van artsen-specialisten in opleiding op wie de collectieve overeenkomst, zoals bedoeld in het derde lid, van toepassing is en die in het ziekenhuis hebben gewerkt in de periode van 1 oktober van het jaar N-2 tot en met 30 september van het jaar N-1.

De financiering wordt slechts toegekend in zoverre het ziekenhuis voldoet aan de minimale voorwaarden van de collectieve overeenkomst zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 19 juli 2021 waarbij de collectieve overeenkomst van 19 mei 2021, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen, over de minimale voorwaarden die moeten opgenomen worden in de opleidingsovereenkomsten die met artsen-specialisten in opleiding worden afgesloten algemeen verbindend wordt verklaard en in het koninklijk besluit van 21 april 2024 waarbij de collectieve overeenkomst van 21 december 2023, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenhuizen, betreffende de evaluatie en aanpassing van de collectieve overeenkomst van 19 mei 2021 algemeen verbindend wordt verklaard.

De mate waarin voldaan wordt aan de voorwaarde zoals bedoeld in het derde lid wordt gecontroleerd door de FOD Volksgezondheid door het model van basisovereenkomst zoals gehanteerd op het niveau van het ziekenhuis te toetsen aan de minimale voorwaarden van de collectieve overeenkomst en aan het model van opleidingsovereenkomst met de verplichte minimale bepalingen van toepassing vanaf 1 april 2024 zoals gevalideerd door de Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenhuizen, evenals eventuele wijzigingen aan dit model van opleidingsovereenkomst in zoverre deze minstens 60 dagen van toepassing zijn op het moment dat de modellen van basisovereenkomsten van de ziekenhuizen worden opgevraagd door de FOD Volksgezondheid.

Elk ziekenhuis maakt zijn model van basisovereenkomst hiertoe jaarlijks tegen 31 januari over aan de FOD Volksgezondheid, behoudens indien aan volgende cumulatieve voorwaarden is voldaan:

- 1° Het ziekenhuis behaalde het voorgaande jaar bij de evaluatie een resultaat van 25/25;
- 2° Het model van basisovereenkomst van het ziekenhuis is sinds de voorgaande evaluatie ongewijzigd gebleven;
- 3° De Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenhuizen heeft geen wijzigingen aangebracht aan het model van opleidingsovereenkomst;
- 4° De FOD Volksgezondheid maakt voorafgaandelijk aan deze datum geen expliciet verzoek over aan het betrokken ziekenhuis om haar model van basisovereenkomst over te maken voor controle.

In het kader van de toetsing aan de vereisten van de collectieve overeenkomst en het model van opleidingsovereenkomst zoals bedoeld in het vierde lid, wordt de financiering gewogen op basis

van een maximaal te behalen resultaat van 25 punten toegekend aan de hand van volgende beoordelingscriteria:

- 1° De volledige omschrijving van het voorwerp conform het model van opleidingsovereenkomst, levert 1 punt op;
- 2° De volledige omschrijving van de verplichtingen van alle betrokken partijen conform het model van opleidingsovereenkomst, levert 1 punt op;
- 3° Het voldoen aan de minimale voorwaarden van de collectieve overeenkomst aangaande de arbeidstijd en arbeidsduur, levert 4 punten op, met volgende onderverdeling:
 - a) De vermelding dat het maandelijks arbeidsrooster vier weken op voorhand aan de arts-specialist in opleiding gecommuniceerd wordt, levert 1 punt op;
 - b) De vermelding dat de arbeidsduur gemiddeld 48 uur per week bedraagt, met maximum 60 uur per week indien de arts-specialist in opleiding niet voor de "opting-out" kiest en gemiddeld 48 uur per week met maximum 72 uur per week voor de arts-specialist in opleiding die voor de "opting-out" kiest, levert 1 punt op;
 - c) Het voorzien dat de keuze van de arts-specialist in opleiding met betrekking tot een regime met of zonder een "opting-out" uitdrukkelijk wordt vastgelegd in een geschreven document, ondertekend door de arts-specialist in opleiding, levert 1 punt op;
 - d) De vermelding dat er in een periode van één maand consecutief maximaal 260 uur ingeroosterd wordt en dat na elke periode van 1 maand een periode van inhaalrust wordt verzekerd voor elk uur dat boven 260 uren werd gepresteerd, levert 1 punt op. In 2025 wordt dit punt bij wijze van overgangsmaatregel automatisch toegekend;
- 4° Het voldoen aan de minimale voorwaarden van de collectieve overeenkomst aangaande rusttijden en oproepbare wachten, levert 2 punten op, met volgende onderverdeling:
 - a) De vermelding van minstens 12 uur inhaalrust tussen "shifts", levert 1 punt op;
 - b) De volledige overname van de bepalingen zoals voorzien in het model van opleidingsovereenkomst omtrent intramurale wachten waarbij de arts-specialist in opleiding in een tijdspanne van minder dan 20 minuten in het ziekenhuis wordt verwacht, levert 1 punt op;
- 5° Het vastleggen van een vergoeding, die minimaal beantwoordt aan de voorwaarden van de collectieve overeenkomst, levert 6 punten op, met volgende onderverdeling:
 - a) De opname van minimaal de geïndexeerde basisvergoeding zoals vastgelegd in het kader van de collectieve overeenkomst, levert 1 punt op;
 - b) De vermelding van de bepalingen inzake de toeslag voor oncomfortabele (minimaal 135%/160%) en "opting-out" uren (110%), zoals voorzien in het model van opleidingsovereenkomst, levert 1 punt op;
 - c) De vermelding van de forfaits voor de wachtperiodes overeenkomstig de minimale bedragen en voorwaarden opgenomen bij de collectieve overeenkomst, levert 1 punt op;
 - d) De toepassing van de index op de forfaits zoals opgenomen bij de collectieve overeenkomst, levert 1 punt op;
 - e) De vermelding van de cumul tussen de vergoeding voor "opting-out" uren en vergoeding voor prestaties uitgevoerd op oncomfortabele uren, levert 1 punt op;

- f) De vermelding van de maandelijkse uitbetaling van de arbeidsprestaties die de weekgrens van 60 uur overschrijden en van de uitbetaling op het einde van het trimester van de prestaties die de weekgrens van 48 uur overschrijden zonder de maximumgrens van 60 uur te overschrijden, levert 1 punt op;
- 6° De vermelding van de minimale onkostenvergoeding en de minimale vergoeding voor wetenschappelijk verlof overeenkomstig de collectieve overeenkomst, levert 3 punten op, onderverdeeld als volgt:
 - a) De vermelding van de minimaal 150 euro onkostenvergoeding, levert 1 punt op;
 - b) De vermelding van de indexatie van de minimaal 150 euro-onkostenvergoeding, levert 1 punt op;
 - c) De vermelding van het systeem voor de vergoeding van wetenschappelijke activiteiten, namelijk ofwel een reële vergoeding ofwel een bepaald bedrag om vrij te besteden, levert 1 punt op;
- 7° Het voldoen aan de minimale voorwaarden van de collectieve overeenkomst met betrekking tot verlof, levert 4 punten op, onderverdeeld als volgt:
 - a) De vermelding van het aantal dagen verlof met een minimum van 22 verlofdagen per jaar, levert 1 punt op;
 - b) De vermelding van de uitbetaling van niet-opgenomen verlofdagen overeenkomstig de afspraken opgenomen bij collectieve overeenkomst, levert 1 punt op;
 - c) De vermelden van de 10 wettelijke feestdagen, levert 1 punt op;
 - d) De vermelding van het recht op minstens 10 volle dagen wetenschappelijk verlof, levert 1 punt op;
- 8° Het voldoen aan de minimale vereisten van de collectieve overeenkomst aangaande de te vermelden informatie over de vertrouwenspersoon en over de toepassing van de regelgeving aangaande klokkenluiders, levert 2 punten op, met volgende onderverdeling:
 - a) De vermelding van de volledige contactgegevens van de vertrouwenspersoon, levert 1 punt op;
 - b) De vermelding van het van toepassing zijn van de regelgeving aangaande klokkenluiders evenals informatie over de in het ziekenhuis geïnstalleerde meldingskanalen, levert 1 punt op;
- 9° De vermelding van de naam van de verzekeraar voor de burgerlijke aansprakelijkheid en het polisnummer, levert 1 punt op;
- 10° De volledige omschrijving van de relatie tussen de stagemeeester en de arts-specialist in opleiding conform het model van opleidingsovereenkomst, levert 1 punt op.

De resultaten hebben volgende implicaties voor de toekenning van het bedrag op ziekenhuisniveau, zoals bedoeld in het tweede lid:

- 1° Een resultaat van 25/25 zonder opmerkingen betekent dat de financiering voor 100% pro rata de VTE artsen-specialisten in opleiding wordt toegekend aan het ziekenhuis;
- 2° Een resultaat van 24/25 met opmerking(en) betekent dat de financiering voor 100% pro rata de VTE artsen-specialisten in opleiding wordt toegekend aan het ziekenhuis;
- 3° Een resultaat van 23/25 met opmerking(en) betekent dat de financiering voor 80% pro rata VTE artsen-specialisten in opleiding wordt toegekend aan het ziekenhuis;

- 4° Een resultaat van 22/25 met opmerking(en) betekent dat de financiering voor 60% pro rata VTE artsen-specialisten in opleiding wordt toegekend aan het ziekenhuis;
- 5° Een resultaat van 21/25 met opmerking(en) betekent dat de financiering voor 40% pro rata VTE artsen-specialisten in opleiding wordt toegekend aan het ziekenhuis;
- 6° Een resultaat lager dan 21/25 met opmerking(en) betekent dat de financiering voor 0% pro rata VTE artsen-specialisten in opleiding wordt toegekend aan het ziekenhuis.

Indien bij controle blijkt dat één of meerdere door artsen-specialisten in opleiding ondertekende contracten manifest afwijken van het voor dat jaar overgemaakte model van basisovereenkomst ten nadele van de naleving van de collectieve overeenkomst, wordt het op basis van het model initieel toegekende puntenaantal, herberekend op basis van de ondertekende overeenkomst die het minst conform is en worden de onrechtmatig toegewezen middelen in mindering gebracht van het na vaststelling van de inbreuk volgende budget van financiële middelen van het ziekenhuis.]^{87*}

[Artikel 79quaterdecies

Vanaf 1 januari 2022 wordt een budget van 6.819.138,38 € (index op 1 januari 2022) toegekend aan de privéziekenhuizen met het oog op de HR-versterking door de introductie van een nieuwe medewerker of bijkomende arbeidstijd ter ondersteuning van de uitvoering en invulling van overeengekomen kwalitatieve maatregelen ter verbetering van de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector.

Dit budget wordt verdeeld aan privéziekenhuizen op basis van een simulatie die rekening houdt met de volgende toewijzingen:

- | | | |
|----|--|----------|
| 1° | Minder dan 90 VTE's: | 0 VTE |
| 2° | minimum 90 VTE's en maximum 300 VTE's: | 0,5 VTE |
| 3° | boven 300 VTE's en tot 900 VTE's: | 0,75 VTE |
| 4° | meer dan 900 VTE's: | 1 VTE |

Dit budget wordt berekend op basis van de waardering van één VTE tegen een bedrag van 77.933,01 € (dat wil zeggen in de IFIC-categorie 16 met 10 jaar anciënniteit en uitgedrukt aan de index op 1 januari 2022) en op basis van het aantal betaalde VTE's in de kostenplaatsen 020 tot 899 exclusief artsen, zoals aangegeven in de FINHOSTA-inzameling voor 2019, of 2018 indien 2019 niet beschikbaar was.

Het budget per ziekenhuis wordt elke twee jaar bijgewerkt vanaf 1 juli 2024 op basis van de betaalde VTE's in jaar N-2.]^{81†}

[Artikel 79quinquiesdecies

Om de arbeidsomstandigheden van het zorgpersoneel te verbeteren met het oog op het verhogen van de aantrekkelijkheid van de sector, wordt voor het jaar 2023 een éénmalige financiering toegekend ter waarde van 21.000.000 € (waarde 1 januari 2023).

Dit budget wordt als volgt toegewezen:

- een budget van 17.955.000 € voor de algemene ziekenhuizen;
- een budget van 3.045.000 € voor de psychiatrische ziekenhuizen.

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

† Inwerkingtreding: 01.01.2022.

Binnen elke enveloppe vindt de verdeling tussen de ziekenhuizen plaats op basis van het aantal bedden. Onder bedden wordt verstaan de verantwoorde bedden of de erkende bedden voor de bed-indexen waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de in artikel 33, §§ 1 en 2 bedoelde ziekenhuizen. Het aantal verantwoorde bedden en het aantal erkende bedden is het aantal dat aan de ziekenhuizen wordt meegedeeld in hun budget van financiële middelen van 1 juli 2022.

De financiering dekt alle aankopen die bedoeld zijn om het zorgpersoneel te helpen en te ontlasten.

Ze is afhankelijk van:

- een bijdrage van het ziekenhuis in de helft van de kosten van daadwerkelijk gedane aankopen;
- voorlegging van een aankoopfactuur gedateerd tussen 8 juli 2022 en 31 december 2023;
- het opstellen van een samenvattend verslag met een overzicht van de gedane uitgaven. Dit samenvattend verslag moet uiterlijk op 31 maart 2024 in ondertekend PDF-formaat en in Excel-formaat worden ingediend.[†]

[Artikel 79sexiesdecies]

Vanaf 1 januari 2024 wordt een budget van 2.764.652,84 euro (index op 1 januari 2024) toegekend aan de openbare ziekenhuizen met het oog op de HR-versterking door de introductie van een nieuwe medewerker of bijkomende arbeidstijd ter ondersteuning van de uitvoering en invulling van overeengekomen kwalitatieve maatregelen ter verbetering van de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector.

Dit budget wordt verdeeld tussen de openbare ziekenhuizen op basis van een simulatie die rekening houdt met de volgende toewijzingen:

1° minder dan 90 VTE:	0 VTE;
2° minimum 90 VTE en maximum 300 VTE:	0,5 VTE;
3° boven 300 VTE en maximum 900 VTE:	0,75 VTE;
4° meer dan 900 VTE:	1 VTE.

Dit budget wordt berekend op basis van de waardering van één VTE tegen een bedrag van 77.933,01 euro (dat wil zeggen in de IFIC-categorie 16 met 10 jaar anciënniteit en uitgedrukt aan de index op 1 januari 2022) en op basis van het aantal betaalde VTE's in de kostenplaatsen 020 tot 899 exclusief artsen, zoals aangegeven in de FINHOSTA-inzameling voor 2019, of 2018 indien 2019 niet beschikbaar was.

De actualisering van het budget per ziekenhuis wordt elke twee jaar uitgevoerd vanaf 1 juli 2026 op basis van de betaalde VTE's in jaar N-2.[†]

[Artikel 79septiesdecies]

In de ziekenhuizen van de publieke sector, wordt een budget van 5.248.937,22 euro voor het jaar 2022 en van 5.568.271,56 euro voor het jaar 2023 verdeeld over de ziekenhuizen volgens dezelfde modaliteiten als die voorzien in artikel 79sexiesdecies. Dit voor één jaar toegekende budget moet

* Inwerkingtreding: 01.01.2023.

† Inwerkingtreding: 01.01.2024.

lokaal worden gebruikt voor de implementatie van maatregelen inzake het beheer van agressie en/of projecten gericht op teamcoaching en leiderschapstrajecten.

Het behoud van de toegekende financiering is afhankelijk van de verzending aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu tegen 31 maart 2025 van een kopie van de notulen waarin wordt bevestigd dat het lokaal sociaal overleg over voormelde maatregelen heeft plaatsgevonden.]]^{85*}

Afdeling 2bis – Gemeenschappelijke bepalingen voor deel B, met uitzondering van B6, van het budget

[Artikel 80]¹⁷

- [§ 1]⁸ Teneinde de baremieke verhogingen te dekken, voortvloeiend uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit, worden de budgetten zoals bepaald in uitvoering van de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 79 en 80, 1°, verhoogd met 0,39 %.]^{4†}
- [§ 2 Teneinde de baremieke verhogingen te dekken, voortvloeiend uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit, worden de budgetten zoals bepaald in uitvoering van de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 76bis, 76ter, 76quater, 77, 79 en 80, 1°, verhoogd met 0,75 %.]^{8‡}
- [§ 3 Teneinde de baremieke verhogingen te dekken, voortvloeiend uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit, worden de budgetten zoals bepaald in uitvoering van de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 75, 76, 76bis, 76ter, 76quater, 76quinquies, 77, 79 en 80 verhoogd vanaf 1 juli 2005 met 0,36 %.]³⁵
- [§ 4 Teneinde de baremieke verhogingen te dekken, voortvloeiend uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit, worden de budgetten zoals bepaald in uitvoering van de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies en 79sexies verhoogd vanaf 1 juli 2007 met 0,39 %.]²⁰
- [§ 5 Om de schaalverhogingen te dekken die voortvloeien uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit, worden de budgetten bepaald overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies en 79septies vanaf 1 januari 2008 met 0,78 % verhoogd.
- § 6 Om de schaalverhogingen te dekken die voortvloeien uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit worden vanaf 1 januari 2009 de budgetten, bepaald overeenkomstig de

* Inwerkingtreding: 01.01.2024.

† Inwerkingtreding: 01.01.2003.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2004.

artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 47bis, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 § § 1 tot 3, 65, 66, 67, 68, 70, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies, 79septies, 88, 89, 90, 91, 91quater en 95 met 0,78 % verhoogd.

- § 7 Om de schaalverhogingen te dekken die voortvloeien uit de evolutie van de geldelijke anciënniteit worden vanaf 1 januari 2010 de budgetten, bepaald overeenkomstig de artikelen 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 47bis, 48, 48bis, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 § § 1 tot 3, 65, 66, 67, 68, 73, 73bis, 73ter, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quinquies, 79sexies, 79septies, 79octies, 88, 89, 90, 91, 91quater en 95 met 0,78 % voor de algemene ziekenhuizen en met 0,84 % voor de psychiatrische ziekenhuizen verhoogd.]]³¹

[Artikel 80/1

Als gevolg van de COVID-19-pandemie worden alle berekeningen opgenomen in dit besluit waarbij in toepassing van de bepaling [activiteits]^{81*} gegevens met betrekking tot de jaren 2020 en 2021 moeten worden gebruikt, in afwijking daarvan uitgevoerd op basis van de overeenkomstige gegevens met betrekking tot het jaar 2019, met uitzondering van de berekeningen voor de herzieningen bepaald in de artikelen 74undecies en 92, 2., 10. en 14.]]^{78†}

Afdeling 3 – Deel C van het budget

[...]³⁸

[Artikel 81

...]³⁸

Onderafdeling 2 – Onderdeel C2 van het budget

Artikel 82

De inhaalbedragen [voor zover zij betrekking hebben op herzieningen]^{85‡} worden vastgesteld overeenkomstig de bepalingen voorzien in Hoofdstuk 10.

Onderafdeling 3 – Onderdeel C3 van het budget

Artikel 83

- § 1 [Op 1 januari 2010 wordt onderdeel C3 van het budget van financiële middelen vastgesteld door onder alle ziekenhuizen het bedrag van onderdeel C3 op 31 december 2009 te verdelen, waaraan een bedrag van 18.750.000 € wordt toegevoegd om het verlies aan inkomsten te compenseren die het gevolg zijn van het verbod, vanaf 1 januari 2010, om kamersupplementen te factureren aan patiënten die op een tweepersoonskamer verblijven, naar rata van het totaal van de voor het jaar 2005 gefactureerde supplementen voor éénpersoonkamers.

* Inwerkingtreding: 01.01.2022

† Inwerkingtreding: 01.07.2021.

‡ Inwerkingtreding: 01.07.2024.

- § 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 éénpersoonsskamers, 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 éénpersoonsskamers 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.]^{27*}

Onderafdeling 4

Artikel 84

...]⁶²

Afdeling 4 – Indexering van de delen van het budget

Artikel 85

- § 1 [a) Het deel B [...] ⁴⁸ wordt gekoppeld aan de «gezondheidsindex» zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1983 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen.

Niettemin moet de indexering van de financieringen, toegekend overeenkomstig de bepalingen van een contract afgesloten met de minister bevoegd voor volksgezondheid of zijn afgevaardigd ambtenaar, expliciet voorzien zijn in de bewoordingen van het contract.

[In afwijking van het voorgaande lid worden de financieringen die zijn verleend in overeenstemming met de bepalingen van een overeenkomst gesloten met de Minister van Volksgezondheid, of zijn afgevaardigd ambtenaar, automatisch geïndexeerd, voor zover deze betrekking hebben op personeels- of werkingskosten. De indexering is van toepassing vanaf 1 januari van het jaar dat volgt op de aanvang van de betrokken overeenkomst.]^{85†}

- b) Het deel B dat bij het begin van elk dienstjaar wordt vastgesteld, wordt opgesteld in functie van het geldende indexcijfer van de consumptieprijzen en van de indexhypothesen, die in aanmerking worden genomen voor de berekening van de Staatsbegroting, bekend op het ogenblik van de betekening.

Na beëindiging van het dienstjaar wordt er een positieve of negatieve aanpassing uitgevoerd in functie van de werkelijke indexgegevens.]³¹

- § 2 De delen A en C van het budget worden niet geïndexeerd.

* Inwerkingtreding: 01.01.2010.

† Inwerkingtreding: 01.01.2024.

HOOFDSTUK VII – Vaststelling van het vaste en variabele gedeelte van het budget

Artikel 86

- § 1 Het vaste gedeelte van het budget van de financiële middelen wordt gevormd:
- door het budget van de Onderdelen A1, A2, A3, B3, B4, B5, B6, B7, B8, [...] ³⁸ C2 [en C3] ⁶². Dat laatste Onderdeel betreft enkel de palliatieve ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen;
 - 80 % van de budgetten van de Onderdelen B1 en B2.

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap *

[Artikel 86]

- § 1 *Het vaste gedeelte van het budget van de financiële middelen wordt gevormd:*
- *door het budget van de Onderdelen [...] ^{45bis}, A2, [...] ^{45bis}, B3, B4, B5, B6, B7, B8, [...] ³⁸ C2, C3 en C4. Dat laatste Onderdeel betreft enkel de palliatieve ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen;*
 - *80 % van de budgetten van de Onderdelen B1 en B2.*
- § 2 Het variabel gedeelte van het budget van de financiële middelen wordt gevormd door 20 % van de budgetten van de Onderdelen B1 en B2.
- § 3 Het vaste en variabele gedeelte bepaald overeenkomstig §§ 1, en 2, wordt in twee gedeelten opgesplitst, waarbij het ene berekend wordt op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de in artikel 99, § 2, bedoelde patiënten en het andere op basis van het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar voor de in artikel 100 bedoelde patiënten.
- Zodra het dienstjaar is beëindigd wordt de bovengenoemde opsplitsing op basis van de specifieke gegevens van dit dienstjaar herzien.

* Art. 57 van het programmadecreet van de Duitstalige Gemeenschap van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

HOOFDSTUK VIII – Vaststelling van het referentieaantal bedoeld in artikel 97, § 1, e), van de wet op de ziekenhuizen

Artikel 87

§ 1 Voor de acute ziekenhuizen en de Sp-diensten, buiten de Sp-diensten voor palliatieve verzorging, wordt geen referentieaantal vastgesteld.

§ 2 Voor palliatieve ziekenhuizen en Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden wordt er een enkel referentieaantal vastgesteld, en dit op volgende wijze:

$$\text{Aantal bedden} \times 365 \times 0,8$$

§ 3 Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt er een enkel referentieaantal vastgesteld, en dat op de volgende wijze:

$$[\sum (\text{aantal bedden dag en nacht per dienst op 1 januari} \times 365 \times T) + (\text{aantal dag-bedden of nacht-bedden per dienst op 1 januari} \times 251 \times T)]^{10}$$

waarbij:

$$T = A, T, T_f [, T V_p]^{18} = 80 \%$$

$$[A_d, A_n, T_d, T_n = 80 \%^{10}$$

$$K = 70 \%$$

$$[K_d = 70 \%^{10}$$

$$[K_n = 70 \%^{10}$$

HOOFDSTUK IX – Aanpassing van het budget

Afdeling 1 – Acute ziekenhuizen

Onderafdeling 1 – Afschaffing van ziekenhuisbedden

Artikel 88

- § 1 In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden, begrepen in het aantal verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, zijn de volgende regels van toepassing:
1. Onderdeel A1 wordt, voor wat de afschrijvingslasten voor de [bij toepassing van artikel 29]³² vastgestelde medische en niet-medische uitrusting betreft, proportioneel aangepast in functie van de wijziging van de bedcapaciteit;
 2. de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget worden proportioneel verminderd in functie van de wijziging van de bedcapaciteit.
- [...]³²
- § 2 In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden die niet begrepen zijn in het aantal verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, wordt er geen enkele vermindering van het budget uitgevoerd, behalve voor wat de Onderdelen A1 en B5 waarop de bepalingen van § 1, van toepassing zijn, betreft.
- [§ 3 Gedurende de aanpassingsperiode bedoeld in artikel 45, § 9, worden de gesloten erkende bedden verdeeld in verantwoorde en niet-verantwoorde bedden prorata het in artikel 45, § 9 bedoelde aanpassingspercentage dat geldt tijdens het dienstjaar waarin de bedden worden gesloten.]⁵

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap *

Artikel 88

- § 1 In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden, begrepen in het aantal verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, zijn de volgende regels van toepassing:
1. [...] ^{45bis}
 2. de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget worden proportioneel verminderd in functie van de wijziging van de bedcapaciteit.
- [...] ³²
- § 2 In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden die niet begrepen zijn in het aantal verantwoorde bedden bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, wordt er geen enkele vermindering van het budget uitgevoerd, [behalve voor Onderdeel B5 waarop de bepalingen van § 1, van toepassing zijn.] ^{45bis}
- [§ 3 Gedurende de aanpassingsperiode bedoeld in artikel 45, § 9, worden de gesloten erkende bedden verdeeld in verantwoorde en niet-verantwoorde bedden prorata het in artikel 45,

* Art. 58 van het programmadecreet van de Duitstalige Gemeenschap van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

§ 9 bedoelde aanpassingspercentage dat geldt tijdens het dienstjaar waarin de bedden worden gesloten.]]⁵

Onderafdeling 2 – Opening van ziekenhuisbedden

Artikel 89

In geval van opening van ziekenhuisbedden zijn volgende regels van toepassing.

In geval het aantal ziekenhuisbedden vermeerderd wordt:

- toepassing van artikel 88, § 3]⁵ in een ander ziekenhuis, wordt het budget van de Onderdelen A1, B1, B2 en B5 vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met die waarvoor het budget van het andere ziekenhuis verminderd wordt bij toepassing van artikel 88, § 1; [...]³²

Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap*

Artikel 89

In geval van opening van ziekenhuisbedden zijn volgende regels van toepassing.

In geval het aantal ziekenhuisbedden vermeerderd wordt:

- met een vermindering van het aantal verantwoorde bedden [of met een aantal bedden berekend met toepassing van artikel 88, § 3]⁶ in een ander ziekenhuis, wordt het budget van de Onderdelen [...]^{45bis}, B1, B2 en B5 vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met die waarvoor het budget van het andere ziekenhuis verminderd wordt bij toepassing van artikel 88, § 1; [...]³²
- bij toepassing van artikel 31 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen worden de Onderdelen B1, B2 en B5 vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met het respectieve gedeelte van de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget van financiële middelen dat overeenstemt met het aantal uitgebate bedden;
- [...]³²

Onderafdeling 3 – Omschakeling van ziekenhuisbedden

Artikel 90

§ 1 Indien één of meer acute diensten van een ziekenhuis naar één of meerdere andere acute diensten omgeschakeld worden, wordt Onderdeel B2 van het budget van de financiële middelen van het ziekenhuis in min of in meer herzien, en dit in functie van de waarde van het aantal punten toegekend aan de gesloten dienst of diensten en aan de nieuwe dienst of diensten bij toepassing van artikel 46, § 2.

§ 2 Indien één of meer acute diensten van een ziekenhuis omgeschakeld worden naar één of meer Sp-diensten of diensten van een psychiatrische ziekenhuis, zijn de regels van onderafdeling 1 van toepassing.

* Art. 59 van het programmadecreet van de Duitstalige Gemeenschap van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

Afdeling 2 – Sp-diensten, geïsoleerde G-diensten en Psychiatrische Ziekenhuizen

Artikel 91

- § 1 In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden of in geval bijkomende bedden in gebruik genomen worden, zijn volgende regels van toepassing:
- 1° het referentieaantal voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt aangepast overeenkomstig de bepalingen van artikel 87, § 3;
 - 2° in geval van vermindering van het aantal bedden wordt Onderdeel A1 van het budget, voor wat de [bij toepassing van artikel 29]³² vastgestelde afschrijvingslasten betreft, proportioneel aangepast in functie van de wijziging van de bedcapaciteit. In geval van een beddenoverdracht wordt het erop betrekking hebbende bedrag overgedragen naar het budget van het ziekenhuis dat de overgedragen bedden verkrijgt;
 - 3° a) in geval het aantal ziekenhuisbedden verminderd wordt, worden de Onderdelen B1, B2 en B5 verminderd met een bedrag in evenredigheid met de vermindering van de bedcapaciteit van het ziekenhuis;
 - b) in geval het aantal ziekenhuisbedden wordt vermeerderd:
 - door vermindering van een aantal bedden in een andere Sp-dienst of psychiatrisch ziekenhuis, worden de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget vermeerderd met het bedrag waarmee het budget in het ander ziekenhuis wordt verminderd [...]³². Indien de vermindering plaatsvindt in een acuut ziekenhuis is er enkel overdracht van budget indien het bedden betreft zoals bedoeld in artikel 46, § 1, 1°;
 - door toepassing van artikel 31 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, worden de Onderdelen B1, B2 en B5 van het budget vermeerderd met het bedrag dat gelijk is aan het respectievelijk aandeel van de Onderdelen B1, B2 en B5 overeenstemmend met het aantal bedden dat in gebruik genomen wordt.
- § 2 Indien één of meerdere diensten van een psychiatrisch ziekenhuis omgeschakeld worden in één of meerdere andere diensten met andere personeelsnormen wordt Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, zowel naar beneden als naar boven, herzien. In dit laatste geval wordt de herziening slechts toegekend voor zover het bijkomend personeel effectief aangeworven wordt. De personeelsnormen zijn deze zoals bedoeld in artikel 48 van dit besluit.

[Afdeling 3 – Budgettaire neutralisatie

Artikel 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.

*[Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap]****Artikel 91bis**

De bepalingen van afdeling I en afdeling II hebben geen weerslag op het beschikbare nationale budget voor de vaststelling van de Onderdelen [...] ^{45bis}, B1, B2 en B5 van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Artikel 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.]¹⁸

[Afdeling 4 - ...]^{85†}**[Onderafdeling 1 - ...]**^{85‡}**[Artikel 91quater**

...]^{85§}

[Onderafdeling 2 ...]^{85**}**[Artikel 91quinquies**

...]^{85††}

*[Wetgeving voor de Duitstalige gemeenschap]***Artikel 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.

* Art. 60 van het programmadecreet van de **Duitstalige Gemeenschap** van 22.02.2016 – Inwerkingtreding: 01.01.2016.

† Inwerkingtreding: 01.01.2025.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

§ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

** Inwerkingtreding: 01.01.2025.

†† Inwerkingtreding: 01.01.2025.

§ 2 *Onder structurele vermindering wordt begrepen: een terugkerende en reële vermindering van het budget van het ziekenhuis binnen één of meerdere van Onderdelen [...] ^{45bis}, B1, B2, B3 of B5.]*

[Artikel 91sexies

...] ^{85†}

[Artikel 91septies

...] ^{85‡}

[Artikel 91octies

...] ^{85§}

[Artikel 91nonies

...] ^{85**}

[Artikel 91decies

...] ^{85††}

[Onderafdeling 3 ...] ^{85‡‡}

[Artikel 91undecies

...] ^{85§§}

[Artikel 91duodecies

...] ^{85***}

[Artikel 91terdecies

...] ^{85†††}

Artikel 91quaterdecies

...] ^{85‡‡‡}

* Inwerkingtreding: 01.07.2006.

† Inwerkingtreding: 01.01.2025

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

§ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

** Inwerkingtreding: 01.01.2025.

†† Inwerkingtreding: 01.01.2025.

‡‡ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

§§ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

*** Inwerkingtreding: 01.01.2025.

††† Inwerkingtreding: 01.01.2025.

‡‡‡ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

[Onderafdeling 4 ...]^{85*}[Artikel 91quinquiesdecies...]^{85†}[Onderafdeling 5:...] ^{85‡}[Artikel 91sexiesdecies...]^{85§}

* Inwerkingtreding: 01.01.2025.

† Inwerkingtreding: 01.01.2025.

‡ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

§ Inwerkingtreding: 01.01.2025.

HOOFDSTUK X – Voorwaarden en regelen voor de herziening van het budget

Afdeling 1 – Herziening van sommige bestanddelen

Artikel 92

Worden na beëindiging van het boekjaar van ambtswege herzien, rekening houdend met de regelen voorzien in Hoofdstuk VI:

1. [Onderdeel A1, met uitzondering van de afschrijvings-lasten dewelke forfaitair worden bepaald overeenkomstig artikel 29, uitgezonderd deze bepaald in artikel 26bis voor de periode van 1 januari 2011 tot 31 december 2015, en het onderdeel A3;]³⁸
2. De maatregel betreffende de uitgaven van de [in artikel 79]¹⁷ bedoelde verstrekkingen alsmede de naleving van de verschillende maatregelen betreffende de toename van het personeel in de ziekenhuisdiensten;
3. Onderdeel B4 voor wat de activiteiten betreft waarvoor een rapport wordt gevraagd;
4. De splitsing van het vast en variabel gedeelte zoals bedoeld in artikel 86, § 3;
5. Voor de Sp-diensten voor palliatieve verzorging, de eenheden voor zware brandwonden en de psychiatrische ziekenhuizen, de vergoeding, overeenkomstig Afdeling 2, van de activiteiten ten opzichte van het referentieaantal die in meer worden gerealiseerd of die niet gerealiseerd worden;
6. De aanpassing aan de werkelijkheid voor de indexhypothesen van Deel B, gebruikt bij de betekening van het budget zoals bedoeld in artikel 85, § 1,b;
7. De correcties aan de budgetten van de Onderdelen B1, B2 en B5 zoals bedoeld in de artikelen 88, §§ 1, 2 en 89^{**};
- [8.[†] ...]⁵¹
- [9.[‡] De aanpassing van Onderdeel A2 volgens de regels bedoeld in artikel 30, § 3;;]⁷
10. [Onderdeel B9, wat betreft de artikelen 79bis, [79bis/1]⁸¹⁵, 79quater en 79septies;]⁷⁸
- [11. Onderdeel C3 van de ziekenhuizen die expliciet om de herziening van dit onderdeel hebben verzocht;]¹⁸
- [12. Voor het Kankerplan, de financieringen voorzien in artikel 64, § 1 en § 2, volgens de modaliteiten die erin zijn vastgelegd;]³⁰
- [13. Vanaf het jaar 2010, en vervolgens om de drie jaar, de financiering van de vervangingskost van langdurig afwezige statutaire personeelsleden, volgens de voorwaarden bepaald in artikel 73ter;]^{30**}

* Verbetering aangebracht door de coördinatie.

† Verbetering aangebracht door de coördinatie.

‡ Verbetering aangebracht door de coördinatie.

§ Inwerkingtreding: 01.01.2022.

** Inwerkingtreding: 01.01.2010.

- [14. De financiering van een jaarlijkse premie toegekend aan bepaalde verpleegkundigen volgens de voorwaarden zoals gedefinieerd in het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties;]⁶³
- [15. De kwalificatie en de effectieve toewijzing in een zorgprogramma voor oncologische basiszorg of een zorgprogramma voor oncologie van de diëtisten die gefinancierd worden krachtens artikel 64, § 7.]^{28*}
- [16. de financiering van een specialisatiecomplement toegekend aan bepaalde verpleegkundigen volgens de voorwaarden bepaald in het koninklijk besluit van 17 juli 2022 tot invoering van een specialisatiecomplement en tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties en het koninklijk besluit van 25 september 2014 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in de thuisverpleging, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden.]^{81†}

Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap[‡]

Artikel 92

[14. ...]⁷

Afdeling 2 – Herziening van de budgetten B1 en B2 ingevolge de niet-realisatie of overschrijding van het referentieaantal

Artikel 93

- § 1 Op de Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden zijn de volgende regels van toepassing:
- 1° voor de verpleegdagen die ten opzichte van het referentieaantal niet gerealiseerd worden, wordt er een bedrag toegekend dat overeenstemt met de waarde per referentieaantal van het variabele gedeelte van de budgetten B1 en B2, vermenigvuldigd met het aantal niet-gerealiseerde verpleegdagen;
 - 2° er wordt geen enkel bedrag toegekend voor de verpleegdagen die boven het referentieaantal gerealiseerd worden, en dat met inbegrip van de verpleegdagen die boven een bezetting van meer dan 100 % gerealiseerd worden.

* Inwerkingtreding: 01.01.2011.

† Inwerkingtreding: 01.01.2022.

‡ Art. 6 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15.09.2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen – Inwerkingtreding: 02.09.2016.

§ 2 Voor de psychiatrische ziekenhuizen is de volgende regel van toepassing:

- er wordt geen enkel bedrag toegekend voor de verpleegdagen die niet of ten opzichte van het referentieaantal in plus gerealiseerd worden, en dat met inbegrip van de dagen die boven een bezetting van meer dan 100 % gerealiseerd worden.

HOOFDSTUK XI – Nieuwbouw of belangrijke structurele wijzigingen

Afdeling 1 – Algemene bepalingen

Artikel 94

Dit hoofdstuk bepaalt voor alle ziekenhuizen de regelen met betrekking tot de vaststelling van het budget voor de hiernavolgende gevallen:

1. nieuwbouw;
2. fusie van twee of meerdere ziekenhuizen.

Afdeling 2 – Nieuwbouw

Artikel 95

- [§ 1]¹⁸ In geval van uitbating zonder opening van bijkomende bedden, van een nieuw gebouw of een nieuwe vleugel van een ziekenhuis, welke betrekking heeft op minstens de helft van de bedden, en voorzover er in de in artikel 8 bedoelde diensten een vermeerdering van de oppervlakte van minstens 10 % toegepast wordt, wordt Onderdeel B1 vermeerderd met een bedrag berekend door de toename van de oppervlakte te vermenigvuldigen met het totaal van de gemiddelde kosten per werkeenheid van de ziekenhuizen van de groep betreffende de algemene kosten, het onderhoud en de verwarming met dien verstande dat de psychiatrische ziekenhuizen één enkele groep vormen. Onderdeel B2 wordt niet gewijzigd.
- [§ 2] Voor ziekenhuizen die investeringen doen die leiden tot rationalisering van het zorgaanbod en die door de federale en de voor de erkenning bevoegde overheid, volgens de regels ingesteld krachtens artikelen 46 en 46bis van de wet van de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, als prioritair worden beschouwd, en 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.]¹⁸

Artikel 96

De Onderdelen A en C en de Onderdelen B3, B4, B5 en B6 van het budget worden vastgesteld overeenkomstig de regels van Hoofdstuk VI.

Afdeling 3 – Fusie van ziekenhuizen

Artikel 97

- § 1 Ingeval van fusie tussen twee of meer ziekenhuizen gelden de volgende regelen:
1. Onderdelen B1 en B2 van het budget van de nieuwe entiteit worden vastgesteld door optelling van de respectievelijke Onderdelen B1 en B2 van de betrokken ziekenhuizen;

2. in voorkomend geval worden de referentieaantallen van de nieuwe eenheid verkregen overeenkomstig de regels van artikel 87.
- § 2 [a] De ziekenhuizen die fuseerden op of later dan 1 januari 2004 krijgen een bedrag toegekend dat berekend wordt zoals aangegeven in punt b), voorzover ze aan één van de volgende voorwaarden voldoen:

- 1° het tijdens het eerste volledige jaar na de fusie toegekende totale aantal punten ligt voor Onderdeel B2 lager dan het totaal aantal punten toegekend op 1 juli van het dienstjaar tijdens hetwelk de fusie plaatsvond aan de ziekenhuizen die het voorwerp van de fusie waren.

Het puntenverschil vastgesteld bij toepassing van het vorige lid, is te wijten aan de onderstaande diensten:

- C-, D- en E-bedden: wat betreft het aantal bijkomende punten per verantwoord bed, chirurgisch dagziekenhuis niet meegerekend;
- medische producten van de verpleegeenheden: wat betreft het aantal punten per verantwoord bed, chirurgisch dagziekenhuis niet meegerekend;
- operatiekwartier: wat betreft de waarborg van financiering van twee operatiezalen per vestigingsplaats waar de erkende chirurgische bedden zich bevinden;
- spoedgevallen: wegens het verschil tussen de punten toegekend vóór en na de fusie;
- pediatrie: wat betreft de waarborg van de toekenning van 17,5 punten voor 15 erkende bedden.

Het puntenverschil dat voor de berekening van het bedrag in aanmerking wordt genomen, is gelijk aan:

- datgene berekend bij toepassing van 1°, 1° lid, indien dat aantal lager ligt dan dat berekend voor de in 1°, 2° lid, bedoelde diensten;
- datgene berekend voor de in 1°, 2° lid, bedoelde diensten, indien dat aantal lager ligt dan dat berekend bij toepassing van 1°, 1° lid.

- 2° Het Onderdeel B8 van het budget van financiële middelen dat aan het fusieziekenhuis is toegekend tijdens het eerste dienstjaar na de fusie ligt lager dan de som van de Onderdelen B8 van het budget van financiële middelen die zijn toegekend aan elk van de ziekenhuizen die het voorwerp van een fusie waren op 1 juli van het dienstjaar tijdens hetwelk de fusie plaatsvond.

- b) Het bedrag bedoeld onder a), wordt berekend als volgt:

$$[(PAF - PHF) \times V] + \Delta B8$$

waarbij:

PAF = het totaal van de punten toegekend aan de ziekenhuizen vóór fusie voor de betrokken diensten tijdens het jaar vóór de fusie

PHF = de punten toegekend aan het gefusioneerde ziekenhuis voor de betrokken diensten tijdens het jaar na de fusie

V = de aan de PHF toegekende waarde per punt

$\Delta B8$ = het positief verschil tussen de som van de Onderdelen B8 van het budget van financiële middelen die aan elk van de ziekenhuizen van de fusie waren toegekend op 1 juli van het dienstjaar tijdens hetwelk de fusie plaatsvond en het Onderdeel B8 van het budget van financiële middelen dat is toegekend aan het fusieziekenhuis tijdens het eerste dienstjaar na de fusie

- c) Het in punt a) bedoelde bedrag zal aan de rechthebbende ziekenhuizen worden toegekend, naar rata van 100 % het eerste jaar, 65 % het tweede jaar, 30 % het derde jaar en 0 % het vierde jaar.

Het bedrag zal via Onderdeel C2 van het budget van financiële middelen worden toegekend.]¹⁰

[Afdeling 4 ...]^{85*}

Artikel 97bis

...]^{85†}

* Inwerkingtreding: 01.01.2025.

† Inwerkingtreding: 01.01.2025.

HOOFDSTUK XII – Gezinsplaatsing

Artikel 98

- § 1 Voor de erkende functie van gezinsplaatsing wordt jaarlijks een budget van financiële middelen, een afzonderlijk referentieaantal van verpleegdagen en een prijs per referentieaantal toegekend.
- § 2 Het in § 1, bedoeld budget van financiële middelen is gelijk aan een prijs van 37,61 € per dag vermenigvuldigd met een referentieaantal dat op jaarbasis gelijk is aan het aantal dagen gedurende dewelke de patiënten effectief in een gezin hebben verbleven evenwel beperkt tot een maximum aantal dagen gelijk aan een 100 % bezetting van de erkende plaatsen.
- § 3 Provisioneel wordt voor het referentieaantal, op jaarbasis, uitgegaan van een aantal dagen gelijk aan 95 % bezetting van het aantal erkende plaatsen.
- § 4 Het budget van financiële middelen voor de functie van gezinsplaatsing kan in min of in meer worden herzien om rekening te houden met een teveel of een tekort van ontvangsten ingevolge de toepassing van § 3, of ingevolge de toepassing van regelen die voor één of voor meerdere dienstjaren gelden.
- [§ 5 Per dag verblijf in een pleeggezin wordt aan de inrichtende macht van het ziekenhuis dat voor de functie van psychiatrische gezinsverpleging werd erkend provisioneel een forfaitair bedrag van 26,21 euro (index 1 november 2023) ter beschikking gesteld om de kosten in het pleeggezin, andere dan deze verbonden aan de verzorging van de patiënt, te dekken. Hiervan wordt een forfaitair basisbedrag van 23,83 euro (index 1 november 2023) aan het pleeggezin toegekend, vermeerderd met bedragen toegewezen op grond van criteria van kwaliteit van de huisvesting, en van zorgbehoefte van de patiënt. Deze criteria worden door de inrichtende macht bepaald in het inwendig reglement dat dient goedgekeurd te worden door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft. Het globaal bedrag dat aan de pleeggezinnen wordt uitgekeerd mag voor alle patiënten samen nooit meer bedragen dan gemiddeld 45 euro (index 1 november 2023) per dag.]^{85*}
- § 6 De in §§ 2 en 5 bedoelde bedragen worden geïndexeerd overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel tot koppeling aan het indexcijfer van de consumptieprijzen, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 13 december 1989 en door de artikels 24 en 25 van de programmawet van 2 januari 2001.
- § 7 Voor de inrichtingen bedoeld in artikel 6 van de wet van 18 juni 1850 op de behandeling van de krankzinnigen, gewijzigd bij de wetten van 28 december 1873, 7 april 1964 en 26 juni 1990, wordt het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen verminderd met het budget van financiële middelen en het referentieaantal dat voor de overeenstemmende periode wordt toegekend voor de functie van gezinsplaatsing.
- Bij de eerste toepassing van de §§ 1, 2, en 3, van dit artikel gebeurt deze aanpassing verhoudingsgewijs voor de resterende periode van het dienstjaar.

* Inwerkingtreding: 01.07.2024.

HOOFDSTUK XIII – Vereffening van het budget

Afdeling 1 – Patiënten die vallen onder één van de verzekeringsinstellingen bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Artikel 99

§ 1 Onder verzekeringsinstelling bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt verstaan met:

- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten;
- het Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten;
- het Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten;
- de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen;
- de Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering;
- de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen

§ 2 a) Voor de patiënten die vallen onder een van de verzekeringsinstellingen bedoeld in § 1, wordt het vaste gedeelte van het in artikel 86, § 1, bedoelde budget door de in § 1 bedoelde landsbonden van de verzekeringsinstellingen in twaalfden vereffend, en dat in evenredigheid met hun respectievelijk aandeel voor het betrokken ziekenhuis in de loop van het laatst bekende dienstjaar, binnen de termijn vastgesteld door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.*

b) Voor het variabele gedeelte van het budget, zoals bedoeld in artikel 86, § 2, wordt er als volgt een prijs per parameter vastgesteld:

* **voor de acute ziekenhuizen [...]³²:**

- 50 % van het variabele gedeelte wordt vereffend per opname. Het aantal in aanmerking genomen opnamen is datgene dat overeenstemt met de opnamen «grote poort», gerealiseerd gedurende het dienstjaar op welke basis de verantwoorde activiteiten werden berekend;
- [- 50 % van het variabele gedeelte wordt per verpleegdag vereffend. Er wordt rekening gehouden met het aantal verpleegdagen gerealiseerd gedurende het dienstjaar op welke basis de verantwoorde activiteiten

* Per ministerieel besluit van 10.10.2002 (Belgisch staatsblad van 18.10.2002) is de termijn waarvan sprake in artikel 99, § 2, a) als volgt vastgesteld:

- 1° voor de algemene ziekenhuizen gebeurt de vereffening van de twaalfden op de tweede werkdag van de maand. De eerste betaling gebeurt in november 2002.
- 2° voor de psychiatrische ziekenhuizen gebeurt de storting van de twaalfden de vijfde dag van iedere maand. Echter, voor de periode van 01.07.2002 tot 31.12.2002 gebeuren de stortingen als volgt:
 - a) 15.08.2002 wordt een bedrag gestort gelijk aan twee twaalfden ;
 - b) 05.11.2002 wordt een bedrag gestort gelijk aan één twaalfde ;
 - c) 05.12.2002 wordt een bedrag gestort gelijk aan één twaalfde.

werden berekend, met dien verstande dat, voor de jaren 2023 en 2024, het aantal in aanmerking genomen opnamen en het aantal verpleegdagen worden verhoogd met het aantal gefactureerde maxi-forfaits voor het referentiejaar waarin de verantwoorde activiteit werd berekend.]]^{85*}

Er zal geen bedrag vereffend worden voor de verblijven in de niet-intensieve neonatale verzorgingsfunctie.

[* **voor de geïsoleerde G- en Sp-diensten:**

, buiten Sp-diensten voor palliatieve zorg: 100 % van het variabele gedeelte wordt per verpleegdag vereffend. Het aantal verpleegdagen van het laatst bekende dienstjaar wordt in aanmerking genomen;]]³²

* **voor de Sp-diensten voor palliatieve verzorging en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden:**

100 % van het variabele gedeelte wordt vereffend per parameter samengesteld door het referentieaantal zoals bedoeld in artikel 87, § 2;

* **voor de psychiatrische ziekenhuizen:**

100 % van het variabele gedeelte wordt vereffend door een parameter samengesteld per referentieaantal zoals bedoeld in artikel 87, § 3.

Afdeling 2 – Patiënten die niet onder een in Afdeling 1 bedoelde verzekeringsinstelling vallen

Artikel 100

Voor de patiënten die niet onder een in afdeling 1 bedoelde verzekeringsinstelling vallen, wordt als volgt een prijs per parameter vastgesteld:

het vaste gedeelte van het budget en het variabele gedeelte van het budget, zoals bedoeld in artikel 86, worden opgeteld en gedeeld door het referentieaantal bedoeld in artikel 87, § 2, of artikel 87, § 3, naargelang het gaat om een palliatieve Sp-dienst of om eenheden voor de behandeling van zware brandwonden of een psychiatrisch ziekenhuis.

Voor de acute ziekenhuizen en de geïsoleerde G- en Sp-diensten wordt de deler gevormd door de tijdens het laatste bekende dienstjaar gerealiseerde verpleegdagen.

Er zal geen bedrag vereffend worden voor de verblijven in de niet-intensieve neonatale verzorgingsfunctie.

* Inwerkingtreding: 01.01.2023.

HOOFDSTUK XIV – Slotbepalingen

Artikel 101

De Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft of de door hem gedelegeerde ambtenaar van het Bestuur der Verzorgingsinstellingen, kan aan de beheerder van het ziekenhuis alle gegevens opvragen die nuttig zijn voor de vaststelling van het budget en het referentieaantal.

Indien het ziekenhuis binnen de toegemeten termijn de gevraagde gegevens niet indient, wordt hem een aangetekende brief gezonden waarin het een nieuwe termijn van 15 dagen wordt toegekend. Indien na het verstrijken van deze nieuwe termijn het ziekenhuis nog niets heeft meegedeeld, wordt het Onderdeel of worden de Onderdelen van het budget van financiële middelen dat betrekking heeft of die betrekking hebben op de ontbrekende elementen bij de berekening van het budget van financiële middelen gelijkgesteld aan nul. Het in die zin te nemen voorstel van beslissing wordt, overeenkomstig artikel 98 van de wet op de ziekenhuizen, medegedeeld aan de beheerder van het ziekenhuis.

[Artikel 101bis

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

Eenmaal per jaar worden die wijzigingen in bijlage 3 ingevoegd.]³²

Artikel 101ter

[Voor de financieringen die niet opgenomen zijn in de in artikel 92 opgesomde elementen die voor herziening in aanmerking komen, waarvan de berekening uitgevoerd is op basis van de laatste, niet gecontroleerde en niet gevalideerde gegevens die bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op het ogenblik van de berekening gekend zijn, kunnen de bedoelde financieringen vanaf de vaststelling van het budget van financiële middelen op 1 juli n+1 aangepast worden op basis van de laatste gegevens die door voormelde FOD gecontroleerd en gevalideerd zijn.]^{28*}

Artikel 102

Het Ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten gewijzigd door de ministeriële besluiten van 21 april 1987, 11 augustus 1987, 7 november 1988, 12 oktober 1989, 20 december 1989, 23 juni 1990, 10 juli 1990, 28 november 1990, 26 februari 1991, 20 maart 1991, 10 april 1991, 20 november 1991, 21 november 1991, 19 oktober 1992, 30 oktober 1992, 30 december 1993, 23 juni 1994, 19 juli 1994, 28 december 1994, 27 december 1995, 30 december 1996, 8 september 1997, 10 december 1997, 29 december 1997, 26 augustus 1998, 30

* Inwerkingtreding: 01.07.2010.

december 1998, 24 maart 1999, 15 juni 1999, 22 juni 1999, 25 september 2000, 12 januari 2001, 4 juli 2001, 4 oktober 2001 en... en het ministerieel besluit van 5 maart 2002 houdende vaststelling, voor het dienstjaar 2002, van de voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, worden opgeheven.

Artikel 103

- § 1 De artikelen 81 tot 83, 87 tot 96 en 98 tot 104 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, treden in werking op 1 juli 2002.
- § 2 Artikel 97 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg treedt in werking op 1 januari 2003.

Artikel 104

Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2002.

Gegeven te Brussel, 25 april 2002.

ALBERT II

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

BIJLAGE 1: Criteria inzake de behandelingseenheden voor zware brandwonden

Om als behandelingseenheid voor zware brandwonden bedoeld in artikel 5, § 1, 3° van het koninklijk besluit van [...] te worden beschouwd, moeten de eenheden:

- deel uitmaken van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over erkende bedden onder kenletters C en D, over een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg alsook over een dienst voor plastische chirurgie;
- over minstens 6 erkende hospitalisatiebedden beschikken die samen een afzonderlijke architectonische eenheid vormen met een aangepaste structuur met minstens 3 individuele isoleerkamers die bestemd zijn voor verbranden die er bijzonder erg aan toe zijn of in shocktoestand verkeren;
- over een autonome interventiezaal beschikken om er huidtransplantaties uit te voeren. Die interventiezaal moet het ook mogelijk maken courante traumatologische ingrepen uit te voeren er moet minstens een waterbed zijn om de verbranden te wassen alvorens de transplantatie wordt verricht.
- de dienstlokalen moeten geventileerd en geklimatiseerd zijn. Lucht die van buiten wordt genomen moet door filterering stofvrij worden gemaakt;
- de dienst moet met een toegangssas zijn uitgerust;
- de dienst staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de heelkunde of in de inwendige geneeskunde met bijzondere bekwaming in de intensieve zorg;
- per 6 bedden dient de dienst over 2 FTE-artsen te beschikken waarvan één chirurg met een opleiding in de traumatologie en een internist die een opleidingscyclus van infectioloog heeft gevolgd;
- over een verpleeg- en verzorgingsteam beschikken dat exclusief aan de eenheid verbonden is en uit minstens 3 FTE's per bed bestaat

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT II

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

BIJLAGE 2: Lijst van de VTE's contractuelen vallend onder het interdepartementaal begrotingsfonds ter bevordering van de wergelegenheid

1 - CONTRACTUELEN IBF - ALGEMENE ZIEKENHUIZEN EN ANDEREN DAN DIE HERNOMEN IN TABEL 2					
ERKENNING	VTE	ERKENNING	VTE	ERKENNING	VTE
004	8,75	117	75,00	371	80,50
006	41,00	124	22,75	378	14,50
007	34,25	126	69,00	392	31,00
009	224,75	134	12,00	395	21,75
010	105,00	140	37,85	396	63,40
012	31,54	143	68,75	397	21,50
015	15,25	146	63,00	403	95,75
017	43,75	150	13,00	406	87,75
020	38,25	152	70,25	409	14,78
023	6,50	158	18,08	410	39,75
026	55,69	164	20,00	412	80,00
032	40,75	166	22,05	525	40,50
037	43,75	168	27,50	534	100,75
038	8,00	170	19,25	536	13,25
039	36,50	176	47,25	547	18,75
042	38,50	204	34,25	550	24,75
043	35,00	217	22,00	595	77,25
049	114,50	242	2,00	670	91,50
057	22,75	243	91,50	682	35,75
063	53,25	246	29,00	689	39,75
068	21,50	247	23,25	706	23,00
076	50,37	249	10,25	707	24,75
077	70,25	254	29,08	709	26,75
079	14,75	257	5,75	710	56,00
087	35,50	264	22,00	712	19,00
096	49,50	265	13,25	713	7,25
097	28,75	266	25,75	714	20,75
099	99,50	290	59,75	715	32,50
102	11,00	300	47,75	716	40,50
103	43,00	308	18,75	717	24,00
104	15,56	310	17,75	718	94,89
106	22,17	314	25,50	719	30,25
108	25,25	322	178,25	723	2,25
109	30,50	325	78,75	724	29,75
110	34,80	332	1,60		
111	54,25	346	20,00		

2 - CONTRACTUELEN IBF – PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN					
ERKENNING	VTE	ERKENNING	VTE	ERKENNING	VTE
528	10,00	939	54,82	963	38,75
900	29,25	942	16,50	970	59,50
901	14,00	943	79,50	972	39,00
902	67,25	944	15,25	975	36,75
904	35,25	946	20,75	978	23,00
909	35,50	947	22,25	982	45,75
911	2,00	950	12,00	985	15,50
912	13,00	952	35,00	986	36,00
915	5,00	954	19,50	987	5,75
918	20,50	955	35,00	988	21,80
922	5,21	956	23,00	991	61,50
925	18,00	959	31,00	992	24,25
930	5,00	960	28,25	997	4,00
935	1,25	961	33,75		
937	60,25	962	13,50		

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 24 juni 2018 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.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK]⁶²

BIJLAGE 3: Vaststelling van een gemiddelde ligduur per diagnosegroep en berekening van een aantal verantwoorde bedden

1. INLEIDING

1.1. Begrippen en afkortingen

- MZG-registratie: de registratie van de Minimale Ziekenhuisgegevens zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden meegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.
- ICD-10-BE: International Classification of Diseases - 10th edition- Clinical Modification.
- MDC: Major Diagnostic Category, grote diagnosegroepen die elk een systeem of een orgaan omvatten, zoals beschreven in « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.
- APR-DRG: Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.
- Klinische ernst of « severity of illness »: Omvang van de fysiologische decompensatie of van verlies van orgaanfunctie zoals beschreven in « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.
- Sterftrisico: waarschijnlijkheid van overlijden, zoals beschreven in « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

1.2. Diagnosegroepen

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

Op basis van de hoofddiagnose wordt een eerste indeling gemaakt in grote diagnosegroepen, hierna MDC's genoemd, die elk betrekking hebben op een systeem of orgaan.

Elke MDC wordt vervolgens verder verdeeld in een medische subgroep en een chirurgische subgroep op basis van het al dan niet voorkomen van een chirurgische ingreep.

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, namelijk de APR-DRG's, onderscheiden, rekening houdend met de volgende elementen: hoofddiagnose, nevendiaagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht en aard van ontslag overeenkomstig « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

Op die manier worden 322 basis-APR-DRG's verkregen.

Elke basis-APR-DRG (met uitzondering van de APR-DRG's MMM, AAA, 955 en 956) wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveaus van klinische ernst. De bepaling van het niveau van klinische ernst van een verblijf gebeurt in 3 fasen waarbij met name rekening wordt gehouden met de gevolgen op de klinische ernst van de nevendiaagnosen die geen verband houden met de hoofddiagnose en niet onderling verbonden zijn, de leeftijd, de hoofddiagnose, het bestaan van

bepaalde niet-operatieve procedures,... (Cf. « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is).

De 4 verkregen « niveaux de sévérité » zijn:

- niveau 1: zwak niveau van klinische ernst;
- niveau 2: gematigd niveau van klinische ernst;
- niveau 3: groot niveau van klinische ernst;
- niveau 4: extreem niveau van klinische ernst.

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (APR-DRG 955) of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (APR-DRG 956) worden verder de « rest diagnosegroepen type I » genoemd.

Patiënten met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (APR-DRG 950, 951, 952) worden verder de « restdiagnosegroepen type II » genoemd.

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde ziekenhuisverblijf de MZG per specialisme wordt geregistreerd, kiest men een enkele hoofddiagnose voor de hele duur van het ziekenhuisverblijf, overeenkomstig de in punt 1.3. beschreven techniek.

1.3. Concatenatie

De hoofddiagnose is de hoofddiagnose van het eerste specialisme tenzij dit het psychiatrisch specialisme is.

1.4. Bepaling van de APR-DRG subgroepen

De verblijven zoals geregistreerd in de MZG-registratie worden ondergebracht in groepen, APR-DRG's genoemd, op basis van de techniek beschreven in punt 1.2.

Elk van die groepen wordt vervolgens opgesplitst in 4 niveau's van severity of illness zoals beschreven in punt 1.2.

Vervolgens worden de severity of illness niveau's opgesplitst in vier leeftijdscategorieën:

1) G: Gfin-patiënten

Om tot deze groep te behoren, dient de patiënt aan drie voorwaarden te voldoen:

- a) minimaal 10 dagen in een G bedindex verbleven hebben;
- b) de gemiddelde leeftijd van de patiënten die verblijven in een G bedindex van het ziekenhuis 75 jaar of ouder bedraagt of de patiënt is minstens 75 jaar;
- c) en minstens 30 % langer in het ziekenhuis verbleven hebben dan de gemiddelde standaardligduur van de inlier patiënten van 75 jaar of ouder met een zelfde pathologie en een zelfde klinische ernst die niet of minder dan 10 dagen in een G bedindex verbleven hebben.

2) L: patiënten onder 75 jaar (uitgezonderd Gfin-patiënten) met graad van ernst 1 of 2;

3) H: patiënten van 75 jaar en ouder (uitgezonderd Gfin-patiënten) met graad van ernst 1 of 2;

4) A: Graad van ernst 3 of 4 (uitgezonderd Gfin-patiënten).

Hieronder wordt de kruising APR-DRG, severitygraad en leeftijdscategorie als APR-DRG-subgroep aangeduid.

1.5. Aantal aangetaste systemen

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose beschouwd als het eerste aangetaste systeem en wordt het aantal systemen (verschillend van dat van de hoofddiagnose) van de vermelde complicaties hieraan toegevoegd, zoals beschreven in « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is.

2. **BEREKENING VAN GEMIDDELDE STANDAARDLIGDUREN**

2.1. Doelstelling

Het doel bestaat erin om een gemiddelde standaardligduur per APR-DRG, severity of illness en leeftijdscategorie te berekenen.

2.2. Toepassingsgebied

De totale gefactureerde ligduren per verblijf van de laatste drie gekende dienstjaren van de MZG-registratie dienen als basis voor de berekening van de gemiddelde standaardligduren.

Er wordt rekening gehouden met alle klassieke verblijven H in acute ziekenhuizen uitgezonderd:

- 1) patiënten die minstens één dag van hun verblijf op een Sp-, A- of K-dienst verbleven hebben;
- 2) pasgeborenen (0-7 dagen) met een exclusief verblijf in M en N* bedindexen;
- 3) verblijven die als « oneigenlijk » klassieke verblijven worden beschouwd (zie punt 4.2.2.);
- 4) de zware brandwonden verblijven: verblijven van ziekenhuizen met behandelings-eenheden voor zware brandwonden waarvoor MDC = 22 of de APR-DRG = 004 of = 005 en de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk aan ICD-10-BE: $\geq T20$ en $\leq T32$;
- 5) de patiënten die na één dag in het ziekenhuis naar een ander ziekenhuis worden overgebracht;
- 6) verblijven van de APR-DRG 693 « chemotherapie » waarvoor de ontslagdatum min de opnamedatum gelijk is aan 1 dag;
- 7) de verblijven die behoren tot APR-DRG's 950, 951, 952, 955 en 956;
- 8) de verblijven waarbij de patiënt binnen 3 dagen overleden is;
- 9) de foutieve verblijven, met name de verblijven met een ongeldige verblijfsduur (negatief, niet in overeenstemming met de dag, maand en jaar van opname en ontslag of niet ingevuld, incoherentie tussen de berekende verblijfsduur, de gefactureerde verblijfsduur en de som van de verblijfsduren per bedindex), ongeldige leeftijd (niet tussen 0 en 120 jaar);
- 10) de deelnemende verblijven aan het project « bevalling met verkorte ligduur ».

De overblijvende verblijven worden pure verblijven genoemd.

2.3. Outliers

Pure verblijven worden als kleine outliers (categorie 2) beschouwd als die patiënten betreffen met een gefactureerde ligduur die gelijk is aan of korter is dan de benedengrens van zijn APR-DRG-subgroep, waarvoor de benedengrens gelijk is aan de afgeronde waarde van $EXP [\ln Q1 - 2x (\ln Q3 - \ln Q1)]$.

In elk geval stemt de benedengrens overeen met een waarde die tenminste drie dagen lager ligt dan de gemiddelde standaardligduur.

Die benedengrens moet bovendien minstens 10 % van de gemiddelde standaardligduur van de beschouwde APR-DRG-subgroep vertegenwoordigen, indien die duur minstens gelijk is aan of langer is dan 10 dagen.

De kleine outlierverblijven met APR-DRG 560 « vaginale bevalling » waarbij de moeder naar huis terugkeert en die niet deelneemt aan het pilootproject « bevalling met verkorte ligduur » worden apart aangeduid namelijk als categorie 2b.

Met de kleine outliers wordt er bij de berekening van de gemiddelden geen rekening gehouden.

Er worden twee soorten grote outliers gedefinieerd: de outliers type 1 en type 2.

De outliers type 2 (categorie 4) zijn de pure verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden: $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$, maar die onder de bovengrens van de outliers type 1 liggen.

De bovengrens van de outliers type 2 ligt minstens 8 dagen hoger dan de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep.

Aan de outliers type 2 wordt een begrensde ligduur toegekend die gelijk is aan hun bovengrens.

Met de begrensde ligduur van outliers type 2 wordt rekening gehouden bij de berekening van de gemiddelde ligduren per APR-DRG-subgroep.

De outliers type 1 (categorie 3) zijn de pure verblijven die binnen hun APR-DRG-subgroep de volgende afgeronde bovengrens overschrijden: $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$ en die minstens gelijk moet zijn aan de bovengrens van de outliers van type 2.

Met die outliers type 1 wordt bij de berekening van de gemiddelde ligduren per APR-DRG-subgroep geen rekening gehouden.

De boven- en benedengrenzen worden op nationaal niveau berekend, waarbij:

Q1 = de ligduur die overeenstemt met de drempel waaronder de ligduur van 25 % van de verblijven van de APR-DRG-subgroep gelegen is en

Q3 = de ligduur die overeenstemt met de drempel waarboven de ligduur van 25 % van de verblijven van de APR-DRG-subgroep gelegen is.

De pure verblijven die geen outliers (categorieën 2, 2b, 3 en 4) zijn, worden normale verblijven (categorie 1) genoemd.

2.4. Berekening van een gemiddelde standaardligduur per APR-DRG-subgroep

Per APR-DRG-subgroep (cf. punt 1.4.) wordt een gemiddelde standaardligduur berekend, hierna afgekort « NGL ».

Deze NGL wordt per APR-DRG-subgroep berekend door de deling van de som van de gefactureerde dagen (categorie 1) van de normale verblijven met de begrensde ligduren van de outliers van type 2 (categorie 4) door hun aantal verblijven.

De APR-DRG-subgroepen waaraan geen gemiddelde ligduur wordt toegekend zijn:

0a) de subgroepen van APR-DRG 003 « Beenmergtransplantatie »;

- Ob) de subgroepen van APR-DRG 004 « Ecmo of tracheostomie met langdurige mechanische ventilatie met extensieve procedure »;
- Oc) de subgroepen van APR-DRG 005 « Tracheostomie met langdurige mechanische ventilatie zonder extensieve procedure »;
- Od) de subgroepen van APR-DRG waarin er nationaal minder dan 30 verblijven overblijven na toepassing van bovenvermelde criteria;
- Oe) de subgroepen van het extreme niveau van klinische ernst indien dit niveau minder dan 20 % van de APR-DRG-verblijven vertegenwoordigt.

2.5. De waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis

De waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis wordt berekend als de gemiddelde ligduur (begrensde ligduur voor categorie 4 en gefactureerde ligduur voor categorie 1) van zijn normale en grote outlier type 2 verblijven uit het meest recent beschikbare MZG registratiejaar.

2.6. Verblijven van patiënten die maximaal de helft van hun verblijf in een A-, K-, of Sp-dienst hebben doorgebracht

Men verdeelt de verblijven van patiënten die maximaal de helft van hun verblijf in een A-, K-, of Sp-dienst hebben doorgebracht volgens de categorieën (Oa, Ob, Oc, Od, Oe, 1, 2, 2b, 3, 4) van de APR-DRG subgroep waartoe deze behoort.

Verblijven met een APR-DRG subgroep verschillend van deze die volgen uit de berekening van de gemiddelde standaardligduren (op basis van de pure verblijven) worden geklasseerd in categorie Of.

3. BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE DAGEN PER ZIEKENHUIS VOOR DE KLASSIEKE (H) EN LANGDURIGE VERBLIJVEN (F, M, L) VAN ACUTE ZIEKENHUIZEN

[3.1. Toepassingsgebied

De verantwoorde bedden worden berekend op basis van het laatst gekende boekjaar van de MZG-registratie. Er wordt rekening gehouden met alle klassieke verblijven (H) en langdurige verblijven (F, M, L) van patiënten die zijn opgenomen in acute ziekenhuizen, met uitzondering van:

- 1) verblijven van pasgeborenen (0-7 dagen) die uitsluitend in de bedindexen M en N* verbleven;
- 2) verblijven voor patiënten met zware brandwonden: verblijven in ziekenhuizen met eenheden voor de behandeling van zware brandwonden waarvoor
 - MDC = 22,
 - of APR-DRG = 004 of = 005 en de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk zijn aan ICD-10-BE: > = T20 en < = T32;
- 3) verblijven zonder facturatie volgens bedindex (cf. punt 3.3) waarvoor een verantwoord aantal bedden wordt berekend.^{87*}

3.2. Verschuivingen van de gefactureerde ligduur

De gefactureerde ligduur van een patiënt die verblijft in een M bedindex van een ziekenhuis dat niet over een erkende M-dienst beschikt of voor een andere reden dan bevalling (buiten MDC 14) zal

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

aan de CD-bedindexen worden toegekend, terwijl de gefactureerde ligduur in een gefinancierde bedindex (cf. punt 3.3.) van een verblijf in een ziekenhuis met erkende M bedden die is opgenomen voor een reden die verband houdt met de bevalling (MDC 14), aan een M bedindex zal worden toegekend.

3.3. Bedindexen waarvoor een aantal verantwoorde bedden wordt berekend

Het doel bestaat erin voor de hierna vermelde gefinancierde bedkenletters een aantal verantwoorde bedden te berekenen:

CD : C, D, I, L, B
E : E
G : G
M : M
NI : NI

Per verblijf worden de verhoudingen van de gefactureerde verblijfsduren in bovenstaande bedindexen op het totaal van de verblijfsduren berekend.

Wat de A-, K-, Sp-, Z en BR-bedden betreft, zullen geen verantwoorde bedden worden berekend. De erkende bedden op 1 januari van het betrokken jaar zullen worden geassimileerd met de verantwoorde activiteiten.

3.4. Bepaling van de financiële waarde

A. Voor de normale verblijven (categorie 1) en de verblijven die deelnemen aan een pilootproject « bevalling met verkorte ligduur »: de financiële waarde is de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep waartoe hij behoort.

B. Voor de verblijven:

- ingedeeld bij de rest-APR-DRG's type I (955 en 956, categorie 6a) als de gefactureerde ligduur gelijk of lager is dan de waargenomen gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen,
- ingedeeld bij de APR-DRG-restgroep type II (950, 951 en 952, categorie 6b),
- van de APR-DRG-subgroepen waaraan geen gemiddelde ligduur werd toegekend (categorieën 0a, 0b, 0c, 0d, 0e en 0f),
- van patiënten die na een verblijf van één dag naar een ander ziekenhuis worden overgebracht (categorie 2t),
- van de APR-DRG 693 chemotherapie waarvoor de ontslagdatum min de opnamedatum gelijk is aan 1 dag (categorie 2c),
- van de kleine outliers (categorie 2),
- van de grote outliers van type 1 (categorie 3),
- van lange duur (categorie 5),
- waarbij de patiënten meer dan de helft van hun verblijf in een A-, K- of Sp-dienst hebben doorgebracht (categorie 7),
- waarbij de patiënt binnen 3 dagen is overleden (categorie 8),

de financiële waarde is gelijk aan de gefactureerde ligduur.

- C. Voor de kleine outlierverblijven van APR-DRG 560 « vaginale bevalling » waarbij de moeder naar huis terugkeert (categorie 2b), wordt de financiële waarde gelijkgesteld aan de benedengrens van de APR-DRG-subgroep.
- D. Voor de verblijven grote outliers type 2 (categorie 4, teruggebracht tot de bovengrens): de financiële waarde is de som van de gemiddelde standaardligduur van de APR-DRG-subgroep en het verschil tussen de gefactureerde duur en de grens van type 2 outliers.
- E. Voor de verblijven ingedeeld bij de rest-APR-DRG's type I (955 en 956) waarvan de ligduur hoger is dan de waargenomen gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen.

De financiële waarde wordt teruggebracht tot de waargenomen gemiddelde ligduur van het ziekenhuis verminderd met twee dagen.

- F. Voor de foutieve verblijven (categorie 9): de financiële waarde is de waargenomen gemiddelde ligduur in het ziekenhuis.

De financiële waarde wordt verdeeld pro rata (= volgens de verhoudingen van) de gefactureerde ligduur in de bedindexen, behalve voor de foutieve verblijven (categorie 9) waarvoor deze volledig aan bedindex CD wordt toegekend.

3.5. Een verantwoorde ligduur per verblijf

A.h.v. de resultaten uit de vorige onderdelen 3.3 en 3.4. wordt een verantwoord aantal ligdagen per verblijf berekend.

a. Langdurige verblijven

De verantwoorde ligduur per verblijf is de som van de gefactureerde ligduren van de gefinancierde bedindexen:

- van het jaar voor de M en L verblijven
- sinds het begin van het verblijf voor F

b. MDC = 14

Verblijven van ziekenhuizen met erkende M bedden waarbij MDC = 14 krijgen hun financiële waarde maal de verhouding in bedindex M als verantwoorde verblijfsduur (toegekend aan bedindex M).

c. G potentieel

Een verblijf wordt aangeduid als een potentieel G verblijf indien:

- de patiënt minimum 70 jaar is;
- de patiënt minimum 2 aangetaste systemen heeft;
- het verblijf een totale ligduur heeft die hoger is dan het gemiddelde $G_{fin} \times 0,5$;
- de leeftijdscategorie verschillend is van G;
- het aantal gefactureerde dagen in G gelijk is aan 0;
- de patiënt behoort niet tot categorie 9 (de foutieve verblijven).

De verantwoorde ligduur wordt berekend als volgt:

Leeftijdsgroep	CD	G
70-74	$0,55 \times fw \times verh$	$0,45 \times fw \times verhCD$
75-79	$0,35 \times fw \times verh$	$0,65 \times fw \times verhCD$
80-84	$0,25 \times fw \times verh$	$0,75 \times fw \times verhCD$
85+	$0,10 \times fw \times verh$	$0,90 \times fw \times verhCD$

fw: financiële waarde, verh: verhouding

d. G reëel

Een verblijf wordt aangeduid als een reëel G verblijf indien:

- de patiënt minimum 70 jaar is;
- de patiënt minimum 2 aangetaste systemen heeft;
- het verblijf een totale ligduur heeft die hoger is dan het gemiddelde $G_{fin} \times 0,5$;
- de leeftijdscategorie verschillend is van G;
- het aantal gefactureerde dagen in G groter is dan 0;
- de patiënt behoort niet tot categorie 9 (de foutieve verblijven).

Zijn verantwoorde ligduur wordt berekend als:

Leeftijdsgroep	CD	G
70-74	$0,55 \times fw \times verh$	$fw \times 0,45 \times verhCD + verhG$
75-79	$0,35 \times fw \times verh$	$fw \times 0,65 \times verhCD + verhG$
80-84	$0,25 \times fw \times verh$	$fw \times 0,75 \times verhCD + verhG$
85+	$0,10 \times fw \times verh$	$fw \times 0,90 \times verhCD + verhG$

fw: financiële waarde, verh: verhouding

e. Overige

De verantwoorde ligduur wordt berekend als:

Overigen: $fw \times verhouding$

3.6. Verantwoorde bedden per ziekenhuis

3.6.1. Normatieve bezettingsgraden

Per bedindex (of groep van bedindexen) wordt het aantal verantwoorde ligdagen gedeeld door de normatieve bezettingsgraad van de dienst vermenigvuldigd met 365 om een aantal bedden te verkrijgen. De normatieve bezettingsgraden zijn:

- voor de E- en M-bedindexen: 70 %;
- voor de CD bedindexen: 80 %;
- voor de G bedindexen: 90 %;
- voor de NI bedindexen: 75 %..

3.6.2. Beperking van de G dagen van de GR en GP patiënten tot 6 bedden

Voor de GR en GP-patiënten wordt er een aantal G-bedden toegekend, ten belope van maximum 1/4 van de capaciteit van een complete eenheid G-bedden (namelijk 6 bedden).

Het overschot van ligdagen (> 6 bedden) wordt verschoven naar bedindex CD.

3.6.3. Geografische uitzonderingen

Er dient rekening gehouden te worden met de geografische afwijkingen voorzien in het Koninklijk Besluit van 30 januari 1989.

3.6.4. [...] ^{87*}

3.6.5. Vergelijking met de erkende bedden

Per ziekenhuis berekent men 112 % van de erkende bedden. De verantwoorde activiteit die zich boven deze grens bevindt, wordt voor 50 % meegenomen. Men vermindert dus het aantal verantwoorde bedden met 50 % voor de activiteit boven deze grens pro rata van het aantal bedden van de betrokken bedindexen.

[4. BEREKENING VAN EEN AANTAL VERANTWOORDE DAGEN IN CHIRURGISCHE DAGHOSPITALISATIE PER ZIEKENHUIS

4.1. Gegevensbronnen

De facturatiegegevens van het laatst gekende jaar komen van het RIZIV.

De RIZIV-gegevens die gebruikt worden bij de bepaling van de lijsten A en B bevatten informatie in verband met de behandelingsplaats (artsenkabinet, polikliniek, daghospitalisatie), de frequentie van de ingreep op deze plaatsen en de mate waarin een ingreep in daghospitalisatie evolueert.

4.2. Bepaling van de verantwoorde ziekenhuisactiviteit in chirurgische daghospitalisatie

4.2.1. Gerealiseerde verblijven in chirurgische daghospitalisatie

Bij de bepaling van de verantwoorde gerealiseerde dagactiviteit wordt gebruik gemaakt van de MZG van het laatst gekende registratiejaar.

Alle in MZG geregistreerde dagverblijven waarvoor ten minste 1 heekundige RIZIV-nomenclatuurcode uit de lijst A (cf. punt 5.) werd geregistreerd, worden weerhouden als een verantwoorde gerealiseerde daghospitalisatie.

Indien een verblijf meerdere RIZIV-nomenclatuurcodes uit de lijst bevat, dan wordt dit verblijf slechts éénmaal weerhouden als verantwoorde daghospitalisatie.

[4.2.2. Oneigenlijk klassieke verblijven

Bij de bepaling van het aantal oneigenlijk klassieke ziekenhuisverblijven wordt gebruik gemaakt van de case-mix geregistreerd in de MZG van de drie laatst gekende registratiejaren.

Er zijn 2 soorten oneigenlijke klassieke verblijven namelijk chirurgische en medische. Een verblijf wordt als oneigenlijk klassiek aangeduid indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- het betreft een klassiek verblijf (H);
- het betreft een geplande opname;
- de werkelijke verblijfsduur is kleiner dan of gelijk aan 3 dagen;
- de ernstgraad is gelijk aan 1;
- het betreft geen overleden patiënt;
- het mortaliteitsrisico is gelijk aan 1;
- de leeftijd van de patiënt is strikt groter dan 1 jaar en strikt kleiner dan 75 jaar;

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

- voor verblijven in APR-DRG 097 'Ingrepen aan amandelen en neuspoliepen' is de leeftijd van de patiënt strikt kleiner dan 14 jaar;
- er werd slechts één nomenclatuurcode uit lijst B gefactureerd (zie punt 6);
- de APR-DRG van het verblijf komt voor in de volgende lijst:

18 chirurgische	15 medische
026, 073, 089, 092, 097, 098, 180, 226, 313, 316, 317, 320, 364, 483, 513, 517, 543, 850	114, 115, 240, 241, 243, 244, 245, 249, 251, 254, 385, 501, 663, 861, 862] ^{87*}

4.2.3. Bepaling van het aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie per ziekenhuis

Het totaal aantal verantwoorde verblijven in heelkundige daghospitalisatie wordt per ziekenhuis bekomen door het totaal aantal verantwoorde daghospitalisaties (cf. punt 4.2.1.) te voegen bij het totaal aantal oneigenlijke klassieke ziekenhuisverblijven (cf. punt 4.2.2.).

Elk verantwoord verblijf in chirurgische daghospitalisatie krijgt een verantwoorde verblijfsduur van 0,95 dagen (= multiplicator) toegemeten.

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

Code				
220231	250176	261214	280733	296155
220275	250191	261236	280755	296214
220290	250213	261310	280770	296236
220312	251274	261391	283290	296273
220334	251311	261575	283312	296295
220371	251333	261833	283474	296354
221012	251370	262150	283511	296376
221034	251576	262216	283533	296391
221152	251613	262231	283614	296413
221196	251650	262430	283695	298012
226914	251731	262474	283850	298034
226936	251753	262511	283916	298233
227091	251775	262570	284115	298292
227452	251790	275015	284255	298373
227496	251856	275030	284292	298432
227592	251871	275096	284314	300252
227614	251893	275111	284491	300274
227673	252490	275133	284911	300296
227732	252512	275170	285051	300311
227754	252593	275192	285073	310354
227791	252630	275236	285154	310376
227850	253153	275251	285235	310391
227872	253234	275295	285250	310413
227894	253256	275332	285272	310575
228152	253551	275354	285294	310590
230613	253573	275376	285331	310634

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

232013	254752	275391	285390	310715
232035	254774	275413	285670	310774
232411	254796	275435	285692	310796
232492	254811	275472	285972	310811
232654	254870	275494	287011	310855
232971	254892	275516	287033	310951
235012	254936	275531	287055	310973
235056	255150	275553	287092	310995
235093	255172	275575	287114	311010
235174	255194	275590	287151	311054
238114	255231	275612	287431	311113
238173	255253	275634	287453	311253
238195	255290	275656	287475	311290
238210	255312	275671	287490	311312
238254	255371	275693	287512	311334
238276	255415	275715	287534	311356
238291	255452	275752	287630	311452
239330	255533	275774	287696	311710
240450	255695	275811	287711	311791
240472	255791	275833	287755	311813
241253	255872	275855	287770	311835
241695	255894	275951	287792	311990
241754	256115	275973	287814	312270
241872	256130	276076	287836	312314
241916	256174	276091	288035	312410
241931	256196	276113	288956	312432
242373	256270	276135	288993	312572
242454	256314	276194	289030	312594
242476	256336	276216	289074	312675
243154	256476	276231	290010	312734
243250	256491	276253	290032	312815
243633	256513	276275	290054	312830
244193	256572	276334	290113	312852
244252	256594	276356	290135	312874
244311	256653	276371	290194	317214
244355	256771	276452	290275	350512
244436	256815	276474	290636	353253
244451	256830	276496	290651	354056
244473	256852	276511	290673	354196
244495	256992	276555	290695	354336
244532	257014	276570	290754	354351
244554	257036	276592	291653	431056
244613	257073	276636	291815	431071
244635	257235	276673	291852	431373
244650	257331	276710	291933	431395
244672	257390	276776	291992	431513
245033	257434	276894	292154	431535
245055	257854	276916	292176	431550
245136	257876	276931	292353	431631

245534	257891	276953	292515	431690
245571	257994	277034	292633	431771
245630	258090	277093	292795	431852
245733	258112	277152	292810	431896
245814	258156	277211	293274	431911
245851	258171	277233	293296	432191
245873	258252	277270	293311	432213
245895	258311	277292	293370	432316
245932	258333	277314	293613	432390
246050	258355	277373	293635	432412
246072	258370	277395	293716	432434
246094	258392	277432	293790	432493
246116	258495	277476	293834	432515
246131	258554	277616	293856	432530
246153	258576	277631	293893	432552
246212	258591	277653	293915	432574
246514	258635	277793	293930	432596
246551	258650	277815	293952	432611
246573	258672	277852	293974	432655
246595	258731	278390	293996	432670
246610	260315	278832	294070	432692
246632	260470	279230	294136	432736
246654	260492	279296	294151	432751
246676	260654	279436	294232	475996
246772	260676	279451	294254	
246831	260691	279473	294291	
246875	260735	279495	294335	
246890	260772	280033	294350	
246912	260794	280055	294416	
246934	260853	280070	294431	
247052	260875	280092	294475	
247096	260890	280136	294571	
247575	260912	280151	294674	
247590	260934	280534	294711	
247612	260956	280571	294770	
247634	260993	280674	294792	
247656	261052	280696	296015	
248290	261096	280711	296030	

6. WEERHOUDEN RIZIV-CODES BIJ DE IDENTIFICATIE VAN DE ONEIGENLIJK KLASSIEKE ZIEKENHUISVERBLIJVEN (LIJST B):

<i>Code</i>				
20231 – 220242	246831 – 246842	260315 – 260326	280755 – 280766	310951 – 310962
220275 – 220286	246853 – 246864	260676 – 260680	284911 – 284922	310973 – 310984
220290 – 220301	246912 – 246923	260691 – 260702	285235 – 285246	310995 – 311006
220312 – 220323	246934 – 246945	260735 – 260746	285390 – 285401	311312 – 311323
220334 – 220345	247575 – 247586	260794 – 260805	285670 – 285681	311334 – 311345
221152 – 221163	247590 – 247601	260890 – 260901	285692 – 285703	311452 – 311463

230613 – 230624	247634 – 247645	260912 – 260923	285972 – 285983	311651 – 311662
232013 – 232024	247656 – 247660	260934 – 260945	287291 – 287302	311835 – 311846
232035 – 232046	250176 – 250180	260956 – 260960	287431 – 287442	311990 – 312001
238092 – 238103	250191 – 250202	261214 – 261225	287453 – 287464	312314 – 312325
238114 – 238125	251274 – 251285	261236 – 261240	287475 – 287486	312336 – 312340
238136 – 238140	251370 – 251381	262231 – 262242	287490 – 287501	312351 – 312362
238151 – 238162	253551 – 253562	275811 – 275822	287512 – 287523	312373 – 312384
238173 – 238184	253573 – 253584	275855 – 275866	287534 – 287545	312395 – 312406
238195 – 238206	253654 – 253665	275892 – 275903	287696 – 287700	312410 – 312421
238210 – 238221	255172 – 255183	276452 – 276463	287711 – 287722	312432 – 312443
244311 – 244322	255194 – 255205	276474 – 276485	287733 – 287744	317214 – 317225
244436 – 244440	255231 – 255242	276496 – 276500	287755 – 287766	353253 – 353264
244473 – 244484	255253 – 255264	276636 – 276640	287792 – 287803	354056 – 354060
244495 – 244506	255695 – 255706	277476 – 277480	287814 – 287825	431056 – 431060
244576 – 244580	255894 – 255905	278596 – 278600	287836 – 287840	431071 – 431082
244591 – 244602	256115 – 256126	278611 – 278622	291992 – 292003	432191 – 432202
244635 – 244646	256130 – 256141	278633 – 278644	292633 – 292644	432213 – 432224
245114 – 245125	256174 – 256185	278736 – 278740	292810 – 292821	432316 – 432320
245534 – 245545	256314 – 256325	278751 – 278762	293274 – 293285	432434 – 432445
245571 – 245582	256336 – 256340	278773 – 278784	293311 – 293322	432456 – 432460
245630 – 245641	256491 – 256502	278795 – 278806	293370 – 293381	432692 – 432703
245733 – 245744	256513 – 256524	278810 – 278821	293414 – 293425	473174 – 473185
245792 – 245803	256653 – 256664	278832 – 278843	294232 – 294243	473432 – 473443
245814 – 245825	256815 – 256826	278854 – 278865	294674 – 294685	474795 – 474806
245851 – 245862	256830 – 256841	280055 – 280066	294711 – 294722	
245873 – 245884	256852 – 256863	280070 – 280081	300252 – 300263	
246094 – 246105	257390 – 257401	280092 – 280103	300274 – 300285	
246514 – 246525	257434 – 257445	280136 – 280140	300296 – 300300	
246551 – 246562	257876 – 257880	280151 – 280162	300311 – 300322	
246573 – 246584	258090 – 258101	280534 – 280545	300414 – 300425	
246595 – 246606	258112 – 258123	280556 – 280560	310575 – 310586	
246610 – 246621	258156 – 258160	280571 – 280582	310715 – 310726	
246632 – 246643	258171 – 258182	280674 – 280685	310774 – 310785	
246676 – 246680	258731 – 258742	280711 – 280722	310855 – 310866	

Gezien om te worden gevoegd als bijlage bij ons besluit van 3 mei 2024 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.

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK^{81*}

* Inwerkingtreding: 01.07.2022.

BIJLAGE 4: Lijst van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 46

- 1) [Artikel 46, § 2, 2°, c.1): reanimatieverstrekingen aan patiënten opgenomen in C, D, E:
nrs: 211024 - 211046 - 211223 - 211245 - 212122 - 214023 - 214045 - [211282 - 211304]^{48]}⁴⁵
- 2) Artikel 46, § 2, 2°, a) heilkundige verstrekkingen aan patiënten opgenomen in C-bedden.
Heilkundige verstrekkingen in de C-bedden, zoals bedoeld in de artikelen 14 en 16 van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekingen.
- 3) Artikel 46, § 2, a) en b): geneeskundige verstrekkingen met uitzondering van heilkundige verstrekkingen in de C-bedden van klinische biologie van radiologie, van fysiotherapie en van de forfaitaire honoraria.
De verstrekkingen van alle diensten, met uitzondering van de Sp-dienst, bedoeld in:
 - Artikel 9;
 - Artikel 11, §§ 1 et 2;
 - Artikel 12;
 - Artikel 13, § 1;
 - Artikel 18, met uitsluiting van § 2, B, 2;
 - [Artikel 20, § 1, a) tot g);]²⁷
 - Artikel 21;
 - Artikel 25;
 - Artikel 26, § 1;
 - Artikels 32 et 33;
 en de heilkundige verstrekkingen buiten die in de C-bedden.
- 4) Artikel 43, § 3, 2°, a): Heilkundige verstrekkingen voor opgenomen patiënten.
Heilkundige verstrekkingen van alle diensten van de instelling, met uitzondering van de Sp-dienst, zoals bedoeld in de artikelen 14 en 16 van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekingen.
- 5) Artikel 46, § 3, 2°, b): Supplementen voor verstrekkingen van urgentiegeneeskunde aan opgenomen patiënten.
Ereloonsupplementen voor technische urgentieverstrekingen 's nachts, in het weekend of op een officiële feestdag, bedoeld in artikel 26, § 1, van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekingen.
- 6) Artikel 43, § 3, 2°, c): Geneeskundige verstrekkingen met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, van radiologie, van fysiotherapie en van de forfaitaire honoraria.
Totaal van de in punten 2, 3 en 4 bedoelde verstrekkingen.
- [7) De verstrekkingen vermeld in dienstcode 002 zullen worden toegekend aan het ziekenhuis dat de verstrekking heeft uitgevoerd op basis van de code « plaats van prestatie ».^{40]}

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT II

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

BIJLAGE 5

[...] ⁷³

BIJLAGE 6: Bepalingen van het aantal units spoedgevallen (US) in heel het land

- [A. Er wordt een weging van 1 toegekend (Units Spoedgevallen of US) aan alle patiënten die aanleiding geven tot een registratie van een dringende opname via de spoedgevallendienst.

Een dringende opname via de spoedgevallendienst wordt in de registratie van de Minimale Ziekenhuis Gegevens op één van de volgende manieren gedefinieerd:

- eerste verblijf via de spoedgevallendienst voor een niet geplande opname;
- dringende opname via de spoedgevallendienst.

Zijn niet begrepen hieronder de opnamen die een facturatie van een dagziekenhuisforfait met zich meebrengen voor patiënten die enkel op de spoedgevallendienst zijn geweest.]⁴⁸

- B. Bovendien wordt er voor verschillende patiëntengroepen een bijkomende weging toegekend:

- a. overgebracht naar de verpleegeenheden intensieve zorgen (volwassenen en kinderen): + 1;

- [b. patiënten met een geverifieerde opnamediagnose ICD-10 zoals hieronder vermeld, en die niet opgenomen worden in de verpleegeenheden intensieve zorgen: + 1;

De ICD-10 codes zijn de codes:

- I60 = nontraumatic subarachnoid hemorrhage
- I61 = nontraumatic intracerebral hemorrhage
- I62 = other and unspecified nontraumatic intracranial hemorrhage
- I63 = cerebral infarction
- I67 = other cerebrovascular diseases

- c. patiënten met psychiatrische diagnose met een ICD-10 code gaande van F01 tot F99 in geverifieerde opnamediagnose of in nevendiagnose en patiënten die worden gehospitaliseerd in een psychiatrische dienst die beiden niet beantwoorden aan de criteria vermeld onder a. en b.: + 1]⁶⁵

- d. kinderen van 0 tot 3 jaar die niet beantwoorden aan de criteria onder a. tot c.: + 1;

- e. kinderen van 4 tot 15 jaar die niet beantwoorden aan de criteria onder a. tot c.: + 0,5

- f. patiënten van minder dan 75 jaar afkomstig uit een ROB of RVT en patiënten van 75 jaar en meer die niet beantwoorden aan de criteria onder a. tot c.:

- indien niet gehospitaliseerd: + 0,2;
- indien gehospitaliseerd: + 0,4

- g. patiënten die worden opgenomen op de spoedgevallen tussen 21 uur en 6 uur die niet beantwoorden aan de criteria onder a. tot f.: + 0,1.

Gezien om te worden gevoegd bij het besluit van 19 november 2012 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

ALBERT

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. L. ONKELINX]^{30*}

* Inwerkingtreding: 01.07.2013.

BIJLAGE 7

[...] ⁷³

BIJLAGE 8: Vaststelling van de score met het oog op de decielindeling der ziekenhuizen in de diensten erkend onder de kenletters C, D en E zoals bepaald in artikel 46, § 2, c.3) 3° berekening

1. Doelstelling

In deze bijlage wordt een score bepaald op basis van de [MZG]⁴⁰-registratie van de drie laatst gekende registratiejaren.

2. Bepaling van de score op basis van de [MZG]⁴⁰-registratie

[2.a. Toepassingsgebied

Om de score op basis van de MZG-registratie te berekenen wordt rekening gehouden met alle verblijven in de algemene ziekenhuizen in klassieke hospitalisatie, uitgezonderd de verblijven van:

1. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een Sp-dienst;
2. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een A-, K- of T-dienst;
3. de patiënten die minstens voor de helft van hun ziekenhuisverblijf verbleven hebben op een G-dienst;
4. de patiënten die in één van de eenheden voor de behandeling van zwaar verbranden verzorgd zijn en ofwel binnen MDC = 22 (brandwonden) vallen, ofwel binnen APR-DRG = 004 of 005 en waarvan de eerste 3 cijfers van de hoofddiagnose gelijk zijn aan 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 of 949, [(ICD9CM) of $\geq$ T20 en $\leq$ T32 (ICD10-CM);]⁶⁵
5. de patiënten die behoren tot APR-DRG 950 (Extensieve procedure zonder verband met de hoofddiagnose) of APR-DRG 951 (Matige uitgebreide procedure zonder verband met de hoofddiagnose) of APR-DRG 952 (Niet-extensieve procedure zonder verband met de hoofddiagnose);
6. de patiënten die behoren tot APR-DRG 955 (Hoofddiagnose niet geldig als ontslagdiagnose) of APR-DRG 956 (niet te groeperen verblijven);
7. de patiënten die behoren tot de MDC 14 (kraambed, zwangerschap en bevalling) of MDC 15 (pasgeborenen);
8. de beëindigde verblijven en de niet-beëindigde verblijven met een opnamedatum die meer dan 6 maanden voor het begin van de statistische periode valt. Dit zijn de langdurige verblijven;
9. de foutieve verblijven.]⁴⁰

2.b. Berekening van het nationaal percentage intensieve zorgen dagen per diagnose-subgroep

Voor de berekening van het nationaal percentage IZ-dagen per diagnose-subgroep wordt gebruik gemaakt van de MZG van de drie laatst gekende registratiejaren.

Per APR-DRG_j en GRAAD VAN ERNST_i wordt het nationaal percentage intensieve zorgen dagen berekend aan de hand van de volgende formule:

$$NPERCIZ_{ji} = \frac{\sum IZ \text{ dagen}}{\sum FAC \text{ dagen}}$$

waarbij:

$NPERCIZ_{ji}$ = het nationaal percentage intensieve zorgen dagen per APR-DRG_j en GRAAD VAN ERNST_i

$\sum IZ \text{ dagen}$ = de som van de ligduren op de dienst intensieve zorgen van alle weerhouden patiënten in APR-DRG_j en GRAAD VAN ERNST_i, waarbij enkel passages van meer dan 24 uur in rekening worden gebracht

$\sum FAC \text{ dagen}$ = de som van de volledig te factureren ligdagen van alle weerhouden patiënten in APR-DRG_j en GRAAD VAN ERNST_i

2.c. Toepassing van het nationaal percentage op de casemix van het individuele ziekenhuis

De case-mix van het individuele ziekenhuis wordt bepaald op basis van de MZG van het laatst gekende registratiejaar.

Per verblijf x in APR-DRG_{ji} in ziekenhuis k wordt het nationaal percentage IZ-dagen toegepast om te komen tot een pathologiegewogen percentage IZ-dagen, en dit via de volgende formule:

$$VPERCIZ_k = \sum (M_x * NPERCIZ_{xji} * FAC \text{ dagen}_{xji}) / \sum FAC \text{ dagen}_k$$

waarbij:

$VPERCIZ_k$ = het pathologiegewogen ziekenhuispercentage van IZ-dagen

M_x = de multiplicator die toegepast wordt per verblijf x en die normaal als waarde 1 heeft.

[Hij wordt 2 indien de patiënt in de dienst voor intensieve zorg verbleven heeft en opgenomen is via de dienst 100 of indien de patiënt in de dienst voor intensieve zorg verbleven heeft en overleden is.]³²

De maximumwaarde van de multiplicator is 2 per verblijf. Het is onmogelijk de twee bovenvermelde voorwaarden te cumuleren.

$NPERCIZ_{xji}$ = het nationaal percentage IZ-dagen voor verblijf x in APR-DRG_j en GRAAD VAN ERNST_i

$FAC \text{ dagen}_{xji}$ = het aantal volledig te factureren ligdagen voor verblijf x in APR-DRG_j en GRAAD VAN ERNST_i in ziekenhuis k

$\sum FAC \text{ dagen}_k$ = de som van de volledig te factureren ligdagen van alle weerhouden patiënten in het ziekenhuis k.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT II

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

[BIJLAGE 9: Lijst van de tijden in minuten per nummer van nomenclatuur van de ziekte- en invaliditeitsverzekering

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
112280	60	253654	150	285666	300
113024	60	253665	150	285670	120
113083	60	253680	120	285681	120
113105	60	254752	120	285692	120
113120	60	254763	120	285703	120
113142	60	254774	120	285725	145
113223	50	254785	120	285740	150
114063	60	254796	90	285762	150
114085	90	254800	90	285972	80
144524	30	254811	90	285983	80
144546	50	254822	90	286322	320
144561	60	254844	130	286381	240
144583	90	254866	165	286624	260
144620	60	254870	125	286646	350
144642	60	254881	125	287011	200
144686	60	254892	180	287022	200
144701	90	254903	180	287033	220
145025	90	254925	185	287044	220
145526	90	254936	120	287055	200
145541	60	254940	120	287066	200
145563	60	255150	60	287081	240
145585	60	255161	60	287092	180
145600	60	255172	45	287103	180
148024	90	255183	45	287114	190
148046	120	255194	150	287125	190
148105	90	255205	150	287151	150
148120	120	255220	90	287162	150
149026	60	255231	120	287184	120
149041	60	255242	120	287265	240
149063	90	255253	120	287280	120
149166	60	255264	120	287302	135
201283	60	255290	420	287431	145
220102	60	255301	420	287442	145
220124	60	255312	200	287453	180
220146	100	255323	200	287464	180
220161	70	255345	150	287475	200
220231	80	255360	1200	287486	200
220242	80	255371	150	287490	115

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
220264	95	255382	150	287501	115
220275	130	255404	360	287512	130
220286	130	255415	250	287523	130
220290	50	255426	250	287534	170
220301	50	255441	300	287545	170
220312	120	255452	270	287630	240
220323	120	255463	270	287641	240
220334	145	255522	120	287663	180
220345	145	255533	160	287685	240
220360	100	255544	160	287696	60
220371	265	255566	420	287700	60
220382	265	255695	120	287711	80
221012	100	255706	120	287722	80
221023	100	255791	30	287744	105
221034	120	255802	30	287755	110
221045	120	255824	60	287766	110
221060	120	255846	90	287770	135
221082	120	255872	90	287781	135
221104	120	255883	90	287792	85
221126	120	255894	100	287803	85
221141	120	255905	100	287814	100
221152	95	255942	180	287825	100
221163	95	256023	150	287836	75
221185	120	256045	150	287840	75
221196	90	256060	90	287862	90
221200	90	256082	90	287943	180
224022	320	256104	150	288035	120
224044	360	256115	120	288046	120
224066	200	256126	120	288061	90
224081	180	256130	90	288083	140
224103	210	256141	90	288326	900
224125	275	256163	120	288341	1200
224140	250	256174	90	288363	1200
224162	300	256185	90	288385	540
224184	350	256196	160	288400	345
224206	200	256200	160	288422	420
224221	240	256270	90	288444	480
224243	320	256281	90	288466	360
224265	365	256303	90	288481	440
224280	220	256314	120	288503	490
224302	275	256325	120	288525	600

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
224324	220	256336	300	288540	240
224346	180	256340	300	288562	240
224361	230	256384	200	288584	240
224383	245	256406	150	288606	300
224405	170	256421	180	288621	300
224420	215	256443	150	288643	195
224442	240	256465	180	288665	240
224464	250	256476	90	288680	240
224486	280	256480	90	288702	240
224501	330	256491	90	288724	240
224523	500	256502	90	288746	360
224545	165	256513	75	288761	300
224560	300	256524	75	288783	360
224582	320	256546	105	288842	240
224604	300	256572	120	288864	200
224626	350	256583	120	288886	215
224641	400	256594	60	288901	190
224663	135	256605	60	288923	180
224685	130	256620	90	288945	240
224700	205	256642	90	288956	180
224722	145	256653	90	288960	180
224744	360	256664	90	288993	230
224766	390	256686	120	289004	230
224781	400	256701	150	289030	200
224803	280	256723	160	289041	200
224825	450	256760	240	289074	270
224840	500	256771	380	289085	270
224862	270	256782	380	289100	360
224884	240	256815	90	289122	240
224906	320	256826	90	289144	240
224921	330	256830	70	289166	240
224943	380	256841	70	289203	240
224965	165	256852	100	289225	275
224980	300	256863	100	289240	150
225002	400	256885	120	289601	220
225024	420	256900	175	289623	180
225046	430	256944	120	289645	150
225061	450	256992	150	289763	260
225083	145	257003	150	289785	240
225105	170	257014	155	289925	180
225120	215	257025	155	289940	360

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
225142	240	257036	200	289984	145
225164	280	257040	200	290006	180
225186	300	257073	170	290010	145
225201	280	257084	170	290021	145
225223	410	257106	120	290032	150
225245	510	257202	300	290043	150
225260	300	257224	220	290054	160
225282	360	257235	165	290065	160
225304	410	257246	165	290102	150
225326	300	257261	90	290113	140
225341	400	257283	90	290124	140
225363	430	257320	90	290135	150
225385	155	257331	60	290146	150
225400	170	257342	60	290183	150
225422	260	257364	60	290194	215
225466	240	257386	60	290205	215
225481	270	257390	85	290264	240
225503	300	257401	85	290275	270
225525	310	257434	90	290286	270
225540	300	257445	90	290301	300
225562	335	257460	420	290323	180
225584	555	257482	60	290463	170
225606	300	257526	180	290485	205
225621	340	257541	120	290500	210
225643	115	257762	90	290544	220
225665	300	257806	60	290581	185
225680	350	257821	90	290636	150
225702	400	257843	180	290640	150
225724	500	257854	105	290651	150
225746	600	257865	105	290662	150
225761	420	257876	150	290673	190
225783	460	257880	150	290684	190
225805	520	257891	210	290695	140
225820	175	257902	210	290706	140
225842	180	257961	180	290721	180
225864	175	257983	150	290754	210
225886	120	257994	160	290765	210
225901	450	258005	160	290780	180
225923	420	258086	95	290846	150
225945	400	258090	105	290861	220
225960	460	258101	105	290905	140

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
225982	480	258112	90	290920	190
226004	575	258123	90	290942	150
226026	480	258145	120	290964	250
226041	215	258156	115	290986	180
226063	215	258160	115	291163	150
226085	175	258171	170	291200	180
226100	300	258182	170	291222	360
226122	265	258204	150	291244	150
226144	360	258226	180	291266	120
226166	260	258241	180	291524	200
226181	430	258252	180	291546	230
226225	100	258263	180	291561	260
226240	200	258311	100	291583	240
226262	360	258322	100	291605	290
226284	325	258333	120	291653	150
226306	320	258344	120	291664	150
226321	340	258355	240	291782	320
226343	420	258366	240	291804	155
226365	235	258370	180	291815	200
226380	285	258381	180	291826	200
226402	325	258392	300	291852	200
226424	240	258403	300	291863	200
226446	350	258425	480	291933	150
226461	500	258440	540	291944	150
226483	140	258462	900	291992	120
226505	175	258484	150	292003	120
226520	180	258495	120	292062	160
226542	130	258506	120	292084	140
226564	80	258521	100	292143	150
226586	140	258543	90	292154	115
226601	100	258554	170	292165	115
226914	180	258565	170	292176	160
226925	180	258576	80	292180	160
226936	145	258580	80	292353	180
226940	145	258591	90	292364	180
227091	90	258602	90	292515	150
227102	90	258635	120	292526	150
227124	130	258646	120	292541	150
227146	360	258650	120	292633	125
227161	180	258661	120	292644	125
227183	180	258672	160	292666	120

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
227205	360	258683	160	292681	120
227220	380	258720	120	292795	120
227264	300	258731	60	292806	120
227286	480	258742	60	292810	120
227301	120	258764	220	292821	120
227323	240	258786	60	293274	120
227345	280	258845	120	293285	120
227360	300	258860	170	293296	215
227382	290	258882	180	293300	215
227404	240	258941	680	293311	150
227426	240	258963	70	293322	150
227441	205	259022	420	293344	170
227452	230	259044	480	293366	150
227463	230	259125	500	293370	120
227485	180	260046	150	293381	120
227496	100	260061	200	293425	60
227500	100	260083	205	293440	360
227544	240	260105	230	293462	330
227581	330	260120	180	293613	150
227592	105	260142	240	293624	150
227603	105	260164	420	293635	190
227614	150	260175	80	293646	190
227625	150	260186	80	293661	120
227640	200	260201	210	293683	120
227662	230	260223	300	293705	120
227673	230	260245	145	293716	140
227684	230	260260	195	293720	140
227706	250	260282	150	293742	180
227721	280	260304	80	293764	180
227732	150	260315	95	293786	180
227743	150	260326	95	293790	180
227754	150	260341	80	293801	180
227765	150	260363	100	293823	240
227780	160	260400	240	293834	150
227791	180	260422	480	293845	150
227802	180	260444	445	293856	150
227824	210	260466	180	293860	150
227846	210	260470	90	293882	120
227850	95	260481	90	293893	120
227861	95	260492	130	293904	120
227872	95	260503	130	293915	180

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
227883	95	260525	360	293926	180
227894	200	260540	480	293930	160
227905	200	260562	150	293941	160
228023	420	260584	180	293952	130
228045	370	260606	240	293963	130
228060	480	260621	235	293974	180
228082	300	260643	175	293985	180
228104	120	260654	140	293996	145
228126	305	260665	140	294000	145
228141	240	260676	100	294022	150
228152	170	260680	100	294066	240
228163	170	260691	150	294070	180
228185	640	260702	150	294081	180
228200	200	260724	90	294125	230
228244	720	260735	90	294136	110
228266	725	260746	90	294140	110
228281	420	260761	120	294151	250
228303	640	260772	240	294162	250
228325	720	260783	240	294184	180
228340	725	260794	75	294206	180
229025	555	260805	75	294232	150
229040	360	260820	90	294243	150
229062	360	260842	120	294254	120
229084	420	260853	100	294265	120
229121	180	260864	100	294291	150
229202	240	260875	85	294302	150
229224	240	260886	85	294335	160
229246	400	260890	100	294346	160
229261	220	260901	100	294350	145
229283	300	260912	110	294361	145
229305	400	260923	110	294416	160
229320	300	260934	70	294420	160
229342	300	260945	70	294431	175
229364	320	260956	75	294442	175
229386	300	260960	75	294464	210
229401	240	260982	90	294475	150
229445	240	260993	120	294486	150
229482	220	261004	120	294560	150
229526	650	261026	300	294571	140
229541	600	261041	180	294582	140
229563	550	261052	90	294641	125

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
229585	700	261063	90	294663	95
229600	560	261085	300	294674	120
229622	700	261096	100	294685	120
229644	500	261100	100	294700	120
229666	240	261122	240	294711	150
229681	245	261144	180	294722	150
229703	400	261166	90	294770	120
230241	400	261203	120	294781	120
230263	105	261214	95	294792	60
230285	75	261225	95	294803	60
230300	300	261236	115	295061	90
230322	150	261240	115	295083	60
230344	180	261262	240	295105	90
230366	150	261284	180	295120	60
230381	180	261306	150	295142	150
230403	160	261310	140	295164	150
230425	220	261321	140	295326	90
230440	280	261343	180	295341	90
230462	220	261365	150	295363	90
230484	460	261380	175	295385	90
230543	300	261391	95	295400	120
230565	120	261402	95	295422	120
230580	275	261424	265	295444	90
230602	180	261446	115	295724	150
230613	130	261461	140	295820	90
230624	130	261483	180	295842	90
230646	90	261542	70	295864	90
230683	50	261564	120	295886	90
230705	220	261575	60	295901	90
230720	180	261586	60	295923	120
230764	300	261601	300	295945	120
231022	360	261623	55	295960	120
231044	500	261645	300	296015	60
231405	180	261682	295	296026	60
231486	560	261704	290	296030	45
232013	160	261726	180	296041	45
232024	160	261741	420	296063	60
232035	180	261763	365	296085	60
232046	180	261785	360	296100	30
232061	150	261800	300	296122	60
232083	150	261822	130	296144	30

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
232105	180	261833	150	296155	30
232120	260	261844	150	296166	30
232142	265	261881	280	296214	55
232164	240	261903	150	296225	55
232326	60	262021	240	296236	90
232341	265	262043	300	296240	90
232363	400	262065	300	296262	90
232400	285	262080	240	296273	90
232411	150	262102	140	296284	90
232422	150	262124	230	296295	60
232466	150	262146	170	296306	60
232492	225	262150	120	296321	90
232503	225	262161	120	296343	60
232525	355	262183	75	296354	70
232540	480	262205	180	296365	70
232562	480	262216	120	296376	95
232584	360	262220	120	296380	95
232606	355	262231	175	296391	90
232621	600	262242	175	296402	90
232643	600	262301	180	296413	60
232654	155	262323	180	296424	60
232665	155	262345	720	296446	65
232680	120	262360	95	296461	60
232702	160	262382	110	296623	90
232724	395	262430	30	296645	60
232746	360	262441	30	296660	90
232923	600	262463	30	296682	60
232945	100	262474	170	296704	60
232971	360	262485	170	296726	30
232982	360	262500	115	296822	120
235012	150	262511	110	296844	90
235023	150	262522	110	296866	120
235045	170	262544	115	296881	90
235056	100	262570	135	296903	90
235060	100	262581	135	296925	90
235082	215	262603	150	296940	90
235093	240	275015	130	296962	60
235104	240	275026	130	296984	60
235126	280	275030	175	297006	60
235141	180	275041	175	297124	60
235163	420	275063	230	297146	60

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
235174	155	275085	180	297161	60
235185	155	275096	140	297183	60
235200	360	275100	140	297205	60
235222	360	275111	115	297220	60
236025	360	275122	115	297323	60
236040	480	275133	110	297345	30
236062	480	275144	110	297360	30
236084	280	275166	135	297382	60
236106	360	275170	160	297522	75
237020	600	275181	160	297625	90
237042	395	275192	60	297640	90
237064	375	275203	60	297662	60
237086	425	275236	180	297684	90
237101	240	275240	180	298012	60
237123	300	275251	235	298023	60
237145	240	275262	235	298034	60
237160	180	275284	180	298045	60
237182	320	275295	250	298060	60
237204	90	275306	250	298082	60
237226	180	275321	275	298104	60
238022	300	275332	130	298126	30
238066	150	275343	130	298141	60
238081	120	275354	245	298222	60
238103	90	275365	245	298233	100
238114	115	275376	215	298244	100
238125	115	275380	215	298266	60
238140	100	275391	180	298281	90
238151	140	275402	180	298292	115
238162	140	275413	280	298303	115
238173	120	275424	280	298325	60
238184	120	275435	280	298340	60
238195	150	275446	280	298362	60
238206	150	275461	205	298373	85
238210	105	275472	205	298384	85
238221	105	275483	205	298406	80
238243	180	275494	125	298421	60
238254	180	275505	125	298432	90
238265	180	275516	150	298443	90
238276	120	275520	150	298465	90
238280	120	275531	190	298480	90
238291	145	275542	190	298502	90

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
238302	145	275553	180	298524	60
238324	180	275564	180	298546	60
238346	300	275575	240	298620	60
239046	90	275586	240	298642	90
239061	400	275590	195	298723	60
239083	130	275601	195	298745	60
239223	120	275612	145	298760	60
239245	180	275623	145	298782	60
239304	180	275634	180	298804	60
239326	180	275645	180	298826	60
239330	150	275656	130	298841	60
239341	150	275660	130	298863	60
240166	190	275671	135	298885	60
240450	150	275682	135	298900	60
240461	150	275693	175	298922	60
240472	240	275704	175	298944	60
240483	240	275715	195	298966	60
241043	280	275726	195	298981	60
241183	160	275741	145	299003	60
241205	150	275752	180	299121	90
241220	300	275763	180	299143	60
241242	190	275774	80	299165	60
241253	175	275785	80	299180	60
241264	175	275800	85	299202	60
241286	240	275811	85	299246	60
241404	180	275822	85	299320	60
241426	420	275833	90	299342	60
241441	420	275844	90	299364	60
241463	385	275855	135	299386	60
241485	300	275866	135	299526	100
241500	240	275881	180	299541	60
241522	180	275903	90	299563	60
241544	180	275925	115	299725	60
241566	430	275940	145	299740	60
241581	300	275951	115	299784	60
241625	240	275962	115	300252	120
241640	130	275973	205	300263	120
241662	150	275984	205	300274	110
241684	120	276006	170	300285	110
241695	170	276021	180	300296	100
241706	170	276043	235	300300	100

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
241721	150	276065	170	300311	120
241754	320	276076	225	300322	120
241765	320	276080	225	300403	165
241780	250	276091	95	300425	120
241824	150	276102	95	310354	120
241846	300	276113	95	310365	120
241872	140	276124	95	310376	90
241883	140	276135	90	310380	90
241905	180	276146	90	310391	90
241916	140	276161	60	310402	90
241920	140	276183	215	310413	90
241931	185	276194	130	310424	90
241942	185	276205	130	310446	100
242023	480	276216	185	310461	120
242045	340	276220	185	310520	30
242060	300	276231	170	310542	60
242082	300	276242	170	310564	120
242104	300	276253	200	310575	120
242126	240	276264	200	310586	120
242141	285	276275	175	310590	150
242303	470	276286	175	310601	150
242325	415	276301	185	310634	90
242340	300	276323	215	310645	90
242362	150	276334	305	310660	60
242373	150	276345	305	310682	180
242384	150	276356	260	310704	30
242406	240	276360	260	310715	120
242421	405	276371	315	310726	120
242443	480	276382	315	310763	180
242454	180	276404	365	310774	240
242465	180	276426	260	310785	240
242476	195	276441	270	310796	240
242480	195	276452	110	310800	240
242502	375	276463	110	310811	240
242524	360	276474	140	310822	240
242546	150	276485	140	310844	240
242561	210	276496	215	310855	120
242583	120	276500	215	310866	120
242605	180	276511	200	310903	240
242620	240	276522	200	310925	110
242642	230	276544	90	310940	360

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
242664	150	276555	115	310951	145
242686	240	276566	115	310962	145
242701	240	276570	200	310973	120
242723	360	276581	200	310984	120
242745	480	276592	335	310995	175
242760	360	276603	335	311006	175
242782	300	276625	315	311010	120
242841	480	276636	125	311021	120
242863	340	276640	125	311043	240
242885	300	276662	180	311054	190
242900	300	276673	250	311065	190
242922	300	276684	250	311102	300
243040	420	276706	165	311113	240
243062	300	276710	125	311124	240
243084	295	276721	125	311146	130
243106	360	276743	175	311161	360
243121	280	276765	180	311183	360
243143	180	276776	170	311205	120
243154	110	276780	170	311220	120
243165	110	276802	140	311242	120
243180	180	276824	165	311253	150
243202	180	276846	190	311264	150
243224	180	276861	165	311286	240
243246	220	276883	145	311290	240
243250	160	276894	160	311301	240
243261	160	276905	160	311312	120
243283	180	276916	165	311323	120
243305	150	276920	165	311334	90
243320	300	276931	105	311345	90
243342	200	276942	105	311356	150
243600	180	276953	280	311360	150
243622	180	276964	280	311382	220
243633	170	276986	240	311404	250
243644	170	277001	280	311426	350
243666	180	277023	185	311452	170
243681	160	277034	155	311463	170
243703	135	277045	155	311485	240
243725	180	277060	155	311500	300
243740	215	277082	295	311522	120
243762	265	277093	150	311544	90
243784	360	277104	150	311640	120

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
244020	400	277126	170	311662	120
244042	350	277141	260	311684	120
244064	270	277152	105	311706	90
244086	240	277163	105	311710	180
244101	300	277185	130	311721	180
244123	300	277200	170	311743	240
244145	120	277211	180	311791	280
244160	240	277222	180	311802	280
244182	150	277233	165	311813	60
244193	145	277244	165	311824	60
244204	145	277266	220	311835	60
244226	120	277270	115	311846	60
244241	180	277281	115	311883	180
244252	120	277292	140	311905	120
244263	120	277303	140	311964	60
244285	120	277314	150	311986	30
244300	90	277325	150	311990	100
244311	180	277340	265	312001	100
244322	180	277362	205	312023	185
244355	120	277373	170	312045	240
244366	120	277384	170	312060	60
244381	90	277395	175	312082	140
244403	220	277406	175	312104	120
244425	120	277421	220	312126	300
244436	90	277432	30	312141	120
244440	90	277443	30	312185	50
244451	85	277465	265	312200	60
244462	85	277476	120	312222	160
244473	60	277480	120	312266	240
244484	60	277502	320	312270	180
244495	85	277524	385	312281	180
244506	85	277561	180	312303	190
244521	60	277583	245	312314	120
244532	60	277605	215	312325	120
244543	60	277616	165	312340	190
244554	80	277620	165	312384	135
244565	80	277631	110	312406	350
244576	70	277642	110	312410	110
244580	70	277653	45	312421	110
244591	85	277664	45	312432	105
244602	85	277686	260	312443	105

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
244613	65	277701	305	312524	60
244624	65	277723	180	312546	60
244635	90	277745	180	312561	180
244646	90	277760	150	312572	240
244650	85	277782	160	312583	240
244661	85	277793	205	312594	600
244672	85	277804	205	312605	600
244683	85	277815	210	312664	480
244720	240	277826	210	312675	160
244742	150	277841	120	312686	160
244764	420	277852	150	312734	360
244860	400	277863	150	312745	360
244882	120	277885	180	312760	180
244904	420	277900	85	312815	185
244926	400	277922	225	312826	185
244941	500	277944	160	312830	175
244963	500	277966	260	312841	175
244985	180	277981	190	312852	180
245022	90	278003	110	312863	180
245033	60	278025	210	312874	240
245044	60	278040	295	312885	240
245055	135	278062	160	312900	240
245066	135	278084	340	312922	120
245081	120	278106	400	312944	80
245103	120	278121	245	312981	285
245136	85	278143	250	313062	755
245140	85	278165	240	313084	200
245523	60	278180	265	317041	90
245534	70	278202	185	317063	120
245545	70	278224	180	317085	120
245560	30	278246	180	317122	60
245571	30	278305	250	317181	80
245582	30	278320	140	317203	50
245604	90	278342	200	317214	125
245626	90	278364	240	317225	125
245630	60	278386	120	317240	110
245641	60	278390	150	317262	115
245733	100	278401	150	317306	150
245744	100	278423	115	317380	70
245792	70	278445	150	317402	60
245803	70	278460	145	318021	360

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
245814	100	278482	190	318065	600
245825	100	278504	245	318080	600
245840	90	278526	150	318161	540
245851	80	278541	140	318183	480
245862	80	278563	160	318205	480
245873	150	278585	190	318220	900
245884	150	278600	150	318242	420
245895	240	278622	150	318286	420
245906	240	278644	180	318301	480
245932	150	278666	165	318323	760
245943	150	278681	180	318345	1050
246024	60	278703	230	318382	810
246046	150	278740	135	318404	270
246050	120	278762	170	350512	90
246061	120	278784	125	350523	90
246072	60	278806	110	351046	60
246083	60	278821	100	353183	135
246094	90	278832	145	353205	30
246105	90	278843	145	353242	100
246116	80	278865	90	353253	120
246120	80	278880	170	353264	120
246131	200	278902	305	353301	30
246142	200	278924	240	354056	95
246153	70	278946	225	354060	95
246164	70	278961	235	354196	60
246186	90	279005	250	354200	60
246212	140	279020	300	354266	45
246223	140	279042	190	354336	75
246514	100	279064	300	354340	75
246525	100	279086	205	354351	80
246551	90	279101	200	354362	80
246562	90	279123	190	355025	60
246573	105	279145	275	355040	90
246584	105	279182	285	355062	240
246595	90	279204	330	355084	80
246606	90	279226	220	355423	70
246610	100	279230	155	355563	30
246621	100	279241	155	355806	90
246632	110	279263	155	355880	30
246643	110	279285	185	355946	30
246654	130	279296	280	424104	130

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
246665	130	279300	280	424126	100
246676	90	279322	175	424141	60
246680	90	279344	250	424163	60
246772	125	279366	155	424185	90
246783	125	279381	215	424200	150
246805	150	279403	240	424222	90
246820	90	279425	260	424244	120
246831	90	279436	265	431023	160
246842	90	279440	265	431045	180
246853	60	279451	155	431056	75
246864	60	279462	155	431060	75
246875	110	279473	130	431071	120
246886	110	279484	130	431082	120
246890	180	279495	130	431104	70
246901	180	279506	130	431126	140
246912	120	280022	60	431163	80
246923	120	280033	70	431185	420
246934	90	280044	70	431244	145
246945	90	280055	80	431266	120
247026	120	280066	80	431281	170
247041	120	280070	125	431303	150
247052	95	280081	125	431325	180
247063	95	280092	150	431340	260
247085	180	280103	150	431362	330
247096	80	280125	60	431373	220
247100	80	280136	90	431384	220
247122	180	280140	90	431395	190
247144	300	280151	115	431406	190
247166	300	280162	115	431421	50
247203	180	280523	100	431443	160
247564	150	280534	80	431465	120
247575	120	280545	80	431480	150
247586	120	280560	110	431502	80
247590	120	280571	90	431513	80
247601	120	280582	90	431524	80
247612	120	280604	80	431535	40
247623	120	280626	100	431546	40
247634	120	280641	90	431550	180
247645	120	280663	120	431561	180
247656	120	280674	90	431583	180
247660	120	280685	90	431605	150

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
248065	75	280696	180	431620	155
248080	55	280700	180	431631	170
248102	65	280711	130	431642	170
248183	85	280722	130	431664	140
248205	55	280733	80	431686	90
248220	90	280744	80	431690	125
248290	80	280755	150	431701	125
248301	80	280766	150	431723	175
248345	30	280770	90	431760	80
248883	20	280781	90	431771	80
250176	150	281142	180	431782	80
250180	150	281164	120	431804	150
250191	120	282520	150	431826	220
250202	120	282542	150	431852	120
250213	120	282564	180	431863	120
250224	120	282586	150	431885	150
251274	90	282601	480	431896	150
251285	90	282623	400	431900	150
251300	90	282645	150	431911	200
251311	150	282660	240	431922	200
251322	150	282682	220	431944	150
251333	120	282704	180	431966	45
251344	120	282726	150	432003	155
251366	120	282741	390	432025	160
251370	120	283146	150	432040	300
251381	120	283161	180	432062	150
251576	140	283205	210	432084	120
251580	140	283264	150	432106	150
251602	205	283290	175	432121	115
251613	180	283301	175	432165	120
251624	180	283312	180	432180	150
251646	150	283323	180	432191	60
251650	170	283345	275	432202	60
251661	170	283360	300	432213	90
251683	120	283426	240	432224	90
251705	200	283463	420	432261	150
251720	200	283474	175	432294	70
251731	120	283485	175	432305	70
251742	120	283500	150	432316	90
251753	100	283511	215	432320	90
251764	100	283522	215	432390	90

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
251775	150	283533	180	432401	90
251786	150	283544	180	432412	90
251790	100	283614	180	432423	90
251801	100	283625	180	432434	60
251823	360	283662	180	432445	60
251845	420	283695	180	432460	90
251856	180	283706	180	432493	120
251860	180	283721	150	432504	120
251871	150	283743	240	432515	120
251882	150	283850	220	432526	120
251893	180	283861	220	432530	135
251904	180	283916	170	432541	135
251926	240	283920	170	432552	165
251941	605	284115	100	432563	165
251963	300	284126	100	432574	120
252464	150	284163	420	432585	120
252486	180	284244	150	432596	160
252490	90	284255	190	432600	160
252501	90	284266	190	432611	170
252512	180	284292	120	432622	170
252523	180	284303	120	432644	160
252545	350	284314	165	432655	200
252560	600	284325	165	432666	200
252582	730	284384	240	432670	180
252593	310	284406	180	432681	180
252604	310	284443	240	432692	90
252630	180	284491	170	432703	90
252641	180	284502	170	432736	260
252652	730	284642	180	432740	260
252663	730	284664	180	432751	80
252674	1095	284701	240	432762	80
252685	1095	284826	120	469125	30
252696	730	284863	180	471085	90
252700	730	284885	300	471741	90
252711	1095	284900	130	471800	90
252722	1095	284911	120	472065	60
252733	180	284922	120	472161	90
252744	180	284966	180	472360	90
252755	180	284981	150	472404	100
252766	180	285051	135	472463	30
252770	180	285062	135	472500	120

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
252781	180	285073	175	473060	45
252836	300	285084	175	473185	60
252840	300	285154	110	473222	90
253120	150	285165	110	473281	80
253142	120	285180	180	475996	70
253153	180	285202	120	476000	70
253164	180	285224	190	477061	30
253234	120	285235	190	532022	30
253245	120	285246	190	532125	60
253256	150	285250	120	532221	120
253260	150	285261	120	532604	150
253282	270	285272	150	589024	60
253326	340	285283	150	589061	175
253551	100	285294	185	589105	120
253562	100	285305	185	589131	60
253573	150	285331	180	589186	60
253584	150	285342	180	589201	180
253606	120	285390	170	589223	90
253621	180	285401	170	589444	240
253643	150	285644	120		

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 30 mei 2026 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.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

F. VANDENBROUCKE]^{87*}

* Inwerkingtreding: 01.07.2025.

BIJLAGE 10: [De tussenkomst van de ziekteverzekering, geïmplementeerd in artikel 75, § 1, d), is deze betreffende de leveranciers van implantaten bedoeld in artikelen 28* en 35 van de ZIV nomenclatuur, uitgezonderd de volgende nummers:]¹⁷

611774 – 611785

612054 – 612065

8351 - 612334 – 612345

612813 – 612824

612835 – 612846

8371 - 612695 – 612706

612850 - 612861 voor de verstrekkingen 229014 - 229025, 229051 - 229062, 229073 - 229084, 229213 - 229224, 229272 - 229283, 229316 - 229320, 229515 - 229526, 229530 - 229541, 229552 - 229563, 236014 - 236025, 236036 - 236040, 236051 - 236062, 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064, 237075 - 237086, 237156 - 237160, 242292 - 242303, 242314 - 242325, 242336 - 242340, 242631 - 242642, 281551 - 281562, 281573 - 281584, 281654 - 281665, 281794 - 281805, 281971 - 281982, 282052 - 282063, 293436 - 293440, 318054 - 318065 en 318076 – 318080

612872 – 612883

612894 – 612905

612732 – 612743

613012 – 613023

613034 – 613045

613955 – 613966

613970 – 613981

613874 – 613885

613896 – 613900

613992 – 614003

614036 – 614040

614095 – 614106

Gezien om te worden bijgevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT II

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

* Verbetering aangebracht door de coördinatie.

BIJLAGE 11: [Lijst van de prestaties (nomenclatuur RIZIV) bedoeld in artikel 75, § 1, e), van het koninklijk besluit van 25 april 2002]¹⁷

1. ZWARE CHIRURGIE

230425	242502	227360	246606	260540	281746	285666	289240	289785
230521	242524	228045	246665	261122	281783	286322	289284	289940
230543	242561	228126	246680	261424	281805	286381	289306	290242
230602	242605	229121	246783	261601	281864	287265	289321	290264
231405	242723	229165	246805	261682	281945	287685	289343	290286
232164	243040	229246	247122	261704	281960	288400	289365	290964
241043	243062	229386	247203	261741	282004	288606	289380	291222
241404	243106	235082	255323	261783	282026	288746	289402	291605
241463	243320	235104	255884	261800	282063	288761	289424	293926
241485	243784	235126	256782	262021	282623	288783	289446	294125
241500	244020	235200	257460	281046	283242	288886	289461	311625
241566	244042	236106	257902	281083	283360	289026	289586	312605
241581	244101	237101	257961	281105	283463	289041	289601	312620
242045	226962	237123	258403	281120	284163	289063	289660	312642
242082	226984	239083	258425	281584	284222	289085	289682	312664
242141	227146	431185	258440	281643	284642	289100	289704	312701
242325	227264	431340	258402	281685	284701	289122	289726	312723
242340	227323	431382	260184	281680	284760	289144	289741	
242443	227345	246223	260422	281702	285040	289203	289763	

2. ZEER ZWARE CHIRURGIE

230440	232540	242745	228023	229224	229423	236062	288326	293440
230484	241426	243025	228060	229283	229445	237020	288341	318021
230506	241441	227205	228185	229305	229526	237042	288363	318043
231022	242023	227220	229025	229320	229541	237064	288385	318065
231044	242303	227242	229040	229342	229563	237086	288422	318080
231420	242421	227286	229062	229364	236025	260444	288444	318102
231442	242620	227301	229084	229401	236040	281982	288525	318124
232525	232525							

3. REANIMATIE

211024	211120	211046	211142	212122	212225	212520	212542	213021
213043	214023	214045	214126	214222	214244			

4. RADIOLOGIE

453084	453202	453320	453725	454020	454145	459281	451522	458640
453106	453224	453342	453740	454042	454160	459303	451765	458662
453121	453246	453364	453762	454064	454182	459325	451824	458765
453143	453261	453386	453784	454086	454204	459340	455685	458905
433165	453283	453326	453806	454101	454226	450085	457203	
453180	453305	453541	453821	454123	459104	451080	458625	

5. DRINGENDE VERSTREKKINGEN ANDERS DAN KLINISCHE BIOLOGIE

599524 599546 599561 599583 599605 599620 599642 599664

6. DRINGENDE VERSTREKKINGEN KLINISCHE BIOLOGIE599686 599723 599760 599841 599885 599900 599922 599944
599966 599701 599745 599826 599863

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT II

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

BIJLAGE 12: [Voorwaarden voor de toekenning van de financiering van de nieuwe medische technieken bedoeld in artikel 77]⁶⁷

[1. ...]⁶⁷

[§ 1 Om de financiering van de nieuwe medische technieken bedoeld in artikel 77 te behouden, moet het ziekenhuis:]⁶⁷

- 1° actief meewerken aan onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma's;
- 2° erkend zijn voor de volledige opleidingen in de medische hoofdspecialismen;
- 3° alle medische honoraria centraal innen;
- 4° per 3 erkende bedden ten minste één ziekenhuisgeneesheer, uitgedrukt in full-time equivalenten in dienst hebben;
- 5° bewijzen dat meer dan 70 % van de medische activiteit door voltijdse artsen wordt uitgevoerd;
- 6° meer dan 70 % van de artsen, uitgedrukt in fulltime equivalenten, vergoeden via een salaris voor hun volledige ziekenhuisactiviteit;
- [7° Elk jaar houdt het ziekenhuis de lijst met de referenties van de wetenschappelijke artikels over de ontwikkeling, evaluatie en toepassing van nieuwe medische technieken die de voltijdse kaderleden van het ziekenhuis tijdens de drie voorgaande jaren hebben gepubliceerd ter beschikking van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en bezorgt het die aan de FOD op diens vraag. Een Wetenschappelijke Commissie, aangesteld door de Minister, zal de publicaties beoordelen en zal nagaan of de impactfactor van de wetenschappelijke publicatie meer dan 1 punt per 10 bedden bedraagt.

De impactfactor van de wetenschappelijke publicaties wordt jaarlijks berekend door het « Institute of Scientific Information » onder de vorm van de « Science Citation Index » en gepubliceerd in het « Journal of Citation Reports ».⁴⁰

§ 2 [De bewijsstukken inzake de in § 1, 1° tot 7° bedoelde voorwaarden moeten op diens vraag ter beschikking staan van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu:]⁴⁰

- 1° het aantal kandidaat-specialisten, uitgedrukt in fulltime equivalenten, die tijdens het betrokken dienstjaar in het ziekenhuis werkzaam waren;
- 2° voor voorwaarde 2: een kopie van de erkenning van de geneesheer-specialisten;
- 3° voor voorwaarde 3: het door de beheerder en de voorzitter van de medische raad ondertekende attest waarin staat dat het ziekenhuis alle honoraria centraal int;
- 4° voor voorwaarde 4: het aantal ziekenhuisgeneesheren, uitgedrukt in full-time equivalenten en het aantal erkende bedden op 1 januari van het

betreffende dienstjaar;

5° voor voorwaarde 5 en 6: de namenlijst van de artsen, hun arbeidsduur uitgedrukt in halve dagen en het percentage van de bezoldiging waarvoor RSZ-bijdragen werden betaald;

6° een kopie van het geldelijk statuut van de artsen die in het ziekenhuis werkzaam zijn.

[...] ^{30*}

[2. ...] ⁶⁷

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002.

ALBERT II

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

Gelieve hieronder de tekst te vinden van bijlage 12 van het K.B. van 12.06.2019, vernietigd door de Raad van State op 03.03.2022. Het is belangrijk op te merken dat de intern door de FOD gebruikte geconsolideerde versie deze tekstversie nog steeds bevat en tot op heden, ondanks de vernietiging door de Raad van State, niet is teruggekeerd naar de vorige versie.

[BIJLAGE 12: Voorwaarden voor de toekenning van de financieringen bedoeld in artikel 77]

Bovenop de voorwaarden die in voorkomend geval te vervullen zijn conform aan de bepalingen van het koninklijk besluit van 7 juni 2004 tot vaststelling van de voorwaarden om te worden aangewezen als universitair ziekenhuis, universitaire ziekenhuisdienst, universitaire ziekenhuisfunctie of universitair zorgprogramma, moeten de volgende voorwaarden eveneens vervuld worden door het ziekenhuis om te kunnen genieten van de financieringen bedoeld in artikel 77:

- 1° het ziekenhuis dient te beschikken over stagediensten en stagemeesters die erkend zijn voor de volledige opleidingen in de medische hoofdspecialismen;*
- 2° alle medische honoraria centraal innen;*
- 3° per 3 erkende bedden ten minste één ziekenhuisgeneesheer, uitgedrukt in full-time equivalenten in dienst hebben.*

* Inwerkingtreding: 01.01.2013.

De bewijsstukken inzake de bedoelde voorwaarden moeten op diens vraag ter beschikking staan van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu [en oog de volgende elementen]⁷⁶:

- 1° voor [voorwaarde 2]⁷⁶: het door de beheerder en de voorzitter van de medische raad ondertekende attest waarin staat dat het ziekenhuis alle honoraria centraal int;*
- 2° een kopie van het geldelijk statuut van de artsen die in het ziekenhuis werkzaam zijn.*

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK^{71}*

* Inwerkingtreding: 01.07.2019 – vernietigd door de Raad van State op 03.03.2022

BIJLAGE 13

[...] ⁴⁰

[BIJLAGE 14: Regels voor de berekening van de genormaliseerde waarde van de geneeskundige verstrekkingen]

Begrippen en afkortingen:

- Instituut: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- FOD: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;
- [MZG-gegevens: De minimale ziekenhuisgegevens gekoppeld door de Technische Cel voor de verwerking van gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen, opgericht binnen het Instituut en de FOD door de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen]^{85*};
- [APR-DRG-classificatie: classificatie waarbij de patiënten gegroepeerd worden in diagnosegroepen zoals omschreven in de «3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » versie zoals deze op het ogenblik van de berekening gekend is;]⁴⁰
- severity-niveau: onderverdeling van de APRdrge in 4 klassen volgens de ernst van de aandoening zoals omschreven in voornoemde handleiding;
- casemix van een ziekenhuis: het aantal verblijven per APRdrge en severity-niveau, per jaar voor een ziekenhuis.

[1.]¹⁰ Selectie van de verblijven:

De voor de berekening in aanmerking genomen verblijven zijn de acute correcte gekoppelde klassieke verblijven.

2. Vaststelling van de genormaliseerde waarden per bezet bed van de medische verstrekkingen per APRdrge

De genormaliseerde waarden worden berekend op basis van de nationale [MZG]^{85†}-gegevens van het laatste bekende dienstjaar.

Die berekening gebeurt als volgt.

In eerste instantie worden de uitgaven voor de in artikel 46, § 3, c), 3^e streepje bedoelde verstrekkingen geaggregeerd op het niveau van elk verblijf.

Teneinde de genormaliseerde waarden te berekenen over een voldoende aantal verblijven, worden de volgende principes toegepast:

- indien de 4 severity-niveaus van een bepaalde APRdrge samen niet minstens 80 verblijven tellen, worden ze samengevoegd en het berekende relatieve gewicht geldt voor de 4 niveaus;
- indien de som van het aantal verblijven van niveau 1 en 2 niet minstens 40 verblijven oplevert, worden die twee niveaus samengevoegd en geldt het berekende relatieve gewicht voor de twee niveaus. Dezelfde regel is van toepassing voor niveaus 3 en 4;

* Inwerkingtreding: 01.07.2024.

† Inwerkingtreding: 01.07.2024.

- indien een klasse niet minstens 10 verblijven telt, wordt ze bij haar buur gevoegd en geldt het berekende relatieve gewicht voor de twee klassen (ofwel 1 + 2, ofwel 3 + 4).

Vervolgens worden de outliers geëlimineerd uit de in aanmerking genomen verblijven in elke groep. De outliers zijn de verblijven waarvoor de uitgaven hoger zijn dan $Q3 + 2 * (Q3 - Q1)$, waarbij $Q1$ en $Q3$ de respectieve waarden zijn van het eerste en het derde kwartiel van de distributie van de uitgaven. Voor de APRdrg's die werden gegroepeerd, is de in aanmerking genomen limiet voor de outliers de hoogste van de limieten van elk individueel berekend severity-niveau.

[Ten slotte worden de genormaliseerde waarden per bezet bed zelf berekend met uitsluiting van de APR DRG's 955 (« Hoofddiagnose niet geldig als ontslagdiagnose ») en 956 (« niet-groepeerbare verblijvend »). Deze genormaliseerde waarden zijn de uitgaven per verblijf voor bovenvermelde verstrekkingen gedeeld door het totale aantal verpleegdagen op het niveau van APR DRG en severity-niveau/of groep, na eliminatie van de outliers, zoals hierboven beschreven.]⁴⁰

[Voor de berekening van het BFM op 1 juli 2024, voor de vaststelling van de nationaal genormaliseerde waarden per bezet bed van de medische verstrekkingen per APR-DRG, moet de berekening worden gebaseerd op de meest recente bruikbare gekoppelde gegevens (2019) met de grouper die bij het betreffende jaar hoort.

Vanaf het BFM van 1 juli 2025 moet voor de vaststelling van de nationaal genormaliseerde waarden per bezet bed van de medische verstrekkingen per APR-DRG worden gerekend met de N-3 gekoppelde gegevens, met de grouper in de versie zoals aangekondigd voor de MZG-registratie.]^{85*}

3. Berekening van de genormaliseerde uitgaven per ziekenhuis

De genormaliseerde uitgaven per ziekenhuis worden berekend op basis van de genormaliseerde waarden zoals berekend in punt 2, en van het aantal dagen van de verblijven van de meeste recente casemix van het ziekenhuis.

De berekening gebeurt als volgt.

Standaardisatieprocédé

De casemix van het ziekenhuis omvat alle verblijven van de acute diensten in de acute ziekenhuizen (behalve de verblijven van de APRdrg's 955 en 956).

Per APRdrg en severity-niveau (of desgevallend groep) wordt het product gemaakt van het aantal in aanmerking genomen verpleegdagen van het ziekenhuis en de genormaliseerde waarde per APRdrg en severity-niveau (of groep).

$$GU_h = \sum AV_{h,xy} * GW_{xy}$$

waar

GU_h = de genormaliseerde uitgaven van ziekenhuis h

$AV_{h,xy}$ = het aantal in aanmerking genomen totale verpleegdagen van de verblijven van ziekenhuis h die behoren tot APRdrg x en severity-niveau/of groep y

GW_{xy} = de genormaliseerde waarde per bezet bed van de medische verstrekkingen voor APRdrg x en severity-niveau /of groep y

* Inwerkingtreding: 01.07.2024.

[Voor de berekening van het BFM op 1 juli 2024, worden voor de berekening van de genormaliseerde uitgaven per ziekenhuis de casemixen van ziekenhuizen voor 2019 gebruikt met de grouper die bij het betreffende jaar hoort.

Vanaf het BFM van 1 juli 2025 wordt, voor de berekening van de genormaliseerde uitgaven per ziekenhuis, de case-mix van ziekenhuizen van hetzelfde referentiejaar, namelijk het jaar N-3, met dezelfde versie van de grouper als voor de berekening van punt 2 gebruikt.]^{85*}

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 4 juni 2003 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.

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE]⁵

* Inwerkingtreding: 01.07.2024.

[BIJLAGE 15: Modaliteiten voor de regeling inzake medisch geassisteerde voortplanting

Om de voor [artikel 74bis]²⁰ geplande financiering te genieten, mogen de erkende zorgprogramma's Reproductieve geneeskunde B', per patiënt, slechts een beperkt aantal embryo's inplanten, en dit naargelang van de leeftijd van de vrouw en de rangorde van de cyclus:

- **indien leeftijd van de vrouw $\leq$ 35 jaar:**
 - bij de eerste poging (of cyclus) slechts 1 vers embryo inplanten;
 - bij de tweede poging: 1 vers embryo inplanten of 2 verse embryo's indien onvoldoende kwaliteit van het embryo;
 - bij de derde en volgende pogingen: maximum 2 verse embryo's inplanten.
- **indien leeftijd van de vrouw $>$ 35 en $\leq$ 39 jaar:**
 - eerste en tweede poging maximum 2 verse embryo's inplanten;
 - derde en volgende pogingen: maximum drie verse embryo's inplanten.

[Enkel in het geval waar de leeftijd van de vrouw zich situeert tussen haar 39e verjaardag en de dag voor haar 43e verjaardag, wordt er geen maximum gesteld voor het aantal verse embryo's dat kan worden teruggeplaatst. Tijdens de toepassingsperiode van het artikel 2 van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie, wordt de leeftijd van de vrouw met 6 maanden verlengd, dat wil zeggen tot de vooravond van 43 jaar en 6 maanden van de patiënte.]^{76*}

In afwijking van 1° en 2° mogen bij gebruik van ontdooide embryo's maximum 2 embryo's worden ingeplant.

Bij combinatie van verse en ontdooide embryo's gelden de criteria zoals vastgelegd in 1° en 2°.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 4 juni 2003 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

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE]⁵

* Inwerkingtreding: 01.03.2020.

[BIJLAGE 16: Lijst van de ziekenhuizen en de financieringsbedragen voor de forfaits bedoeld in artikel 47ter

§ 1 Voor de periode van 1 januari tot 30 juni 2014.

NAAM ZIEKENHUIS	STAD	BUDGET
STEDELIJK ZIEKENHUIS	ROESELARE	94.037,49 €
CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	58.651,38 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	NAMUR	323.862,04 €
CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	198.041,01 €
RESEAU HOSPITALIER DE MEDECINE SOCIALE	BAUDOUR	131.039,72 €
ZIEKENHUIS NETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	1.017.443,20 €
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	GILLY	350.729,89 €
A. Z. SINT-BLASIUS	DENDERMONDE	300.394,75 €
SINT-NIKOLAUS HOSPITAL	EUPEN	94.508,86 €
A. Z. MARIA MIDDELARES - SINT JOZEF	GENT	166.829,86 €
CENTRE HOSPITALIER PELTZER - LA TOURELLE	VERVIERS	296.489,14 €
CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	63.196,70 €
A. Z. SINT-MAARTEN	MECHELEN	247.096,73 €
A. Z. ALMA	EEKLO	128.682,89 €
LES CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR PERI	LIEGE	44.207,39 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MONT GODINNE	YVOIR GODINNE	356.790,31 €
C.H. DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	353.962,11 €
CLINIQUE SAINT-PIERRE	OTTIGNIES	229.420,51 €
A. Z. SINT-JAN	BRUGGE	464.699,43 €
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	IEPER	120.972,69 €
A. Z. TURNHOUT	TURNHOUT	498.435,76 €
CENTRE HOSPITALIER HUTOIS	HUY	121.881,75 €
HOPITAL UNIVERSITAIRE SAINT-PIERRE	BRUXELLES	278.711,92 €
ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES ET DE SCHAERBEEK	BRUXELLES	396.957,42 €
INSTITUT JULES BORDET	BRUXELLES	181.038,17 €
HOPITAUX IRIS SUD	BRUXELLES	438.033,59 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TIVOLI	LA LOUVIERE	140.871,06 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	LIER	171.442,51 €
GASTHUIS ZUSTERS ANTWERPEN	ANTWERPEN	413.320,55 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	MOL	171.072,15 €
CENTRE HOSPITALIER DU VAL DE SAMBRE	SAMBREVILLE	155.113,05 €
SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM	188.243,33 €
SINT-MARIAZIEKENHUIS	HALLE	160.028,72 €
R. Z. HEILIG HART	LEUVEN	184.674,42 €
A. Z. HEILIG HART	TIENEN	104.912,58 €
CLINIQUE SAINT-JEAN	BRUXELLES	289.654,34 €
CLINIQUES DE L'EUROPE	BRUXELLES	147.335,51 €
REVALIDATIE & MS CENTRUM	OVERPELT	34.780,07 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	ROESELARE	236.861,36 €
SINT-JOZEFSKLINIEK	IZEGEM	66.563,60 €
ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	AALST	306.185,81 €
SINT-VINCENTIUSZIEKENHUIS	DEINZE	37.540,93 €

NAAM ZIEKENHUIS	STAD	BUDGET
A. Z. SINT LUCAS	ASSEBROEK	148.850,61 €
U.Z. BRUSSEL	BRUSSEL	1.010.541,13 €
CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT - LOBBES	HAINE SAINT PAUL	253.056,14 €
HOPITAL UNIVERS. DES ENFANTS REINE FABIOLA	BRUXELLES	57.978,00 €
LES CLINIQUES SAINT-JOSEPH	LIEGE	560.454,04 €
CENT. HOSP. SAINT VINCENT - SAINTE ELISABETH	ROCOURT	109.491,56 €
I.H. FAMENNE ARDENNE CONDROZ	MARCHE EN FAMENNE	295.613,75 €
CLINIQUE MATERNITE SAINTE-ELISABETH	NAMUR	137.167,47 €
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT	146.931,48 €
A. Z. OUDENAARDE	OUDENAARDE	108.582,50 €
STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	645.703,93 €
A.Z. JAN PORTAELS	VILVOORDE	210.128,18 €
A. Z. SINT-ELISABETH	ZOTTEGEM	220.060,53 €
CENTRE NEUROLOGIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE	FRAITURE EN CONDROZ	1.851,79 €
JESSA ZIEKENHUIS	HASSELT	498.738,78 €
CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG	ARLON	249.958,60 €
CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	MOUSCRON	129.423,61 €
CENTRE DE SANTE DES FAGNES	CHIMAY	144.844,00 €
CENTRE INTER UNIVERSITAIRE HOPITAL AMBROISE PARE	MONS	80.334,22 €
KLINIK SINT-JOSEF	ST VITH	44.645,08 €
CENTRE HOSPITALIER DE DINANT	DINANT	92.690,74 €
A. Z. LOKEREN	LOKEREN	70.267,19 €
C.H.R. MONS HAINAUT	MONS	144.608,32 €
A. Z. SINT-LUCAS	GENT	272.011,79 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	EDEGEM	461.029,51 €
A. Z. SINT-ELISABETH	HERENTALS	88.010,75 €
SINT-AUGUSTINUS	VEURNE	56.328,22 €
A. Z. HEILIGE FAMILIE	REET	77.943,72 €
U.Z. LEUVEN	LEUVEN	949.802,27 €
C.H.U. ANDRE VESALE	MONTIGNY LE TILLEUL	146.561,12 €
C.H.I.R.E.C. - SITE EDITH CAVELL	BRUXELLES	285.075,36 €
CENTRE HOSPITALIER DE TUBIZE-NIVELLES	NIVELLES	137.807,18 €
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG	GENK	559.174,62 €
SINT-REMBERTZIEKENHUIS	TORHOUT	62.860,01 €
A. Z. ZENO	KNOKKE	130.501,01 €
SINT-ANDRIESZIEKENHUIS	TIELT	152.284,85 €
A. Z. GROENINGE	KORTRIJK	459.716,42 €
KLINIEK ONZE LIEVE VROUW VAN LOURDES	WAREGEM	157.638,22 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	BRUXELLES	970.710,71 €
CLINIQUES UNIV DE BXL HOPITAL ERASME	BRUXELLES	574.393,01 €
CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE	GOSSELIES	90.333,91 €
C. H. BAUDOUR-HORNU	HORNU	109.828,25 €
CENTRE HOSP. REGIONAL DE LA CITADELLE	LIEGE	510.320,91 €
A.Z. DAMIAAN	OOSTENDE	194.741,45 €

NAAM ZIEKENHUIS	STAD	BUDGET
C.H.W.A.P.I.	TOURNAI	561.262,10 €
A. Z. SINT JOZEF	MALLE	126.056,71 €
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DE READAPTATION	BRUXELLES	808,06 €
A.Z. GLORIEUX	RONSE	107.639,77 €
A. Z. NIKOLAAS	ST NIKLAAS	278.880,26 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	GENT	607.152,93 €
KONINGIN ELISABETH INSTITUUT	KOKSIJDE OOSTDUINK	639,71 €
BUNDELING ZORGINITATIEVEN	OOSTENDE	4.073,95 €
A.Z. MONICA	DEURNE	317.464,93 €
A.Z. IMELDA ZIEKENHUIS	BONHEIDEN	186.054,85 €
NATIONAAL MULTIPLE-SCLEROSECENTRUM	MELSBROEK	12.120,84 €
CLINIQUE SAINT-LUC	BOUGE	133.834,24 €
CENTRE HOSP. UNIVERSITAIRE DU SART-TILMAN	LIEGE	770.211,86 €
A. Z. SINT-DIMPNA	GEEL	143.867,60 €
A.Z. KLINA	BRASSCHAAT	291.573,47 €
A. Z. DIEST	DIEST	55.385,49 €
A. Z. JAN PALFIJN	GENT	95.855,62 €
SINT-FRANCISCUSZIEKENHUIS	HEUSDEN- ZOLDER	284.166,29 €
SINT-TRUDO ZIEKENHUIS	ST-TRUIDEN	139.187,61 €
A. Z. VESALIUS	TONGEREN	153.698,95 €
ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	MAASEIK	46.126,52 €
C. H. U.	CHARLEROI	207.603,01 €
MARIAZIEKENHUIS	OVERPELT	125.720,02 €
C.H.I.R.E.C. - SITE STE ANNE - ST REMI	BRUXELLES	147.470,19 €
HOPITAL DE LA MADELEINE	ATH	169.321,36 €

§ 2 Voor de periode van 1 juli tot 31 december 2014.

NAAM ZIEKENHUIS	STAD	BUDGET
STEDELIJK ZIEKENHUIS	ROESELARE	94.037,49 €
CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	58.651,38 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	NAMUR	323.862,04 €
CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	198.041,01 €
ZIEKENHUIS NETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	1.017.443,27 €
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	GILLY	350.729,89 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-BLASIUS	DENDERMONDE	300.394,75 €
SINT-NIKOLAUS HOSPITAL	EUPEN	94.508,86 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES - SINT JOZEF	GENT	166.829,86 €
CENTRE HOSPITALIER PELTZER - LA TOURELLE	VERVIERS	296.489,14 €
CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	63.196,70 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-MAARTEN	MECHELEN	247.096,73 €
A. Z. ALMA	EEKLO	128.682,89 €
LES CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR PERI	LIEGE	44.207,39 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MONT GODINNE	YVOIR GODINNE	356.790,31 €
C.H. DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	353.962,11 €
CLINIQUE SAINT-PIERRE	OTTIGNIES	229.420,51 €

NAAM ZIEKENHUIS	STAD	BUDGET
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-JAN	BRUGGE	464.699,43 €
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	IEPER	120.972,69 €
A. Z. TURNHOUT	TURNHOUT	498.435,76 €
CENTRE HOSPITALIER HUTOIS	HUY	121.881,75 €
HOPITAL UNIVERSITAIRE SAINT-PIERRE	BRUXELLES	278.711,92 €
ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES ET DE SCHAERBEEK	BRUXELLES	396.957,42 €
INSTITUT JULES BORDET	BRUXELLES	181.038,17 €
HOPITAUX IRIS SUD	BRUXELLES	438.033,59 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TIVOLI	LA LOUVIERE	140.871,06 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	LIER	171.442,51 €
GASTHUIS ZUSTERS ANTWERPEN	ANTWERPEN	413.320,55 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	MOL	171.072,15 €
CENTRE HOSPITALIER DU VAL DE SAMBRE	SAMBREVILLE	155.113,05 €
SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM	188.243,33 €
SINT-MARIAZIEKENHUIS	HALLE	160.028,72 €
R. Z. HEILIG HART	LEUVEN	184.674,42 €
A. Z. HEILIG HART	TIENEN	104.912,58 €
CLINIQUE SAINT-JEAN	BRUXELLES	289.654,34 €
CLINIQUES DE L'EUROPE	BRUXELLES	147.335,51 €
REVALIDATIE & MS CENTRUM	OVERPELT	34.780,07 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	ROESELARE	236.861,36 €
SINT JOZEFSKLINIEK	IZEGEM	66.563,60 €
ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	AALST	306.185,81 €
SINT-VINCENTIUSZIEKENHUIS	DEINZE	37.540,93 €
A. Z. SINT-LUCAS	ASSEBROEK	148.850,61 €
U.Z. BRUSSEL	BRUSSEL	1.010.541,13 €
CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT - LOBBES	HAINE SAINT PAUL	253.056,14 €
HOP. UNIV. DES ENFANTS REINE FABIOLA	BRUXELLES	57.978,00 €
LES CLINIQUES SAINT-JOSEPH	LIEGE	560.454,04 €
CENT. HOSP. SAINT VINCENT - SAINTE ELISABETH	ROCOURT	109.491,56 €
I.H. FAMENNE ARDENNE CONDOZ	MARCHE EN FAMENNE	295.613,75 €
CLINIQUE MATERNITE SAINTE-ELISABETH	NAMUR	137.167,47 €
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT	146.931,48 €
A. Z. OUDENAARDE	OUDENAARDE	108.582,50 €
STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	645.703,93 €
A.Z. PORTAELS	VILVOORDE	210.128,18 €
A. Z. SINT-ELISABETH	ZOTTEGEM	220.060,53 €
CENTRE NEUROLOGIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE	FRAITURE EN CONDOZ	1.851,79 €
JESSA ZIEKENHUIS	HASSELT	498.738,78 €
CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG	ARLON	249.958,60 €
CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	MOUSCRON	129.423,61 €
CENTRE DE SANTE DES FAGNES	CHIMAY	144.844,00 €
CENTRE INTER UNIVERSITAIRE HOPITAL AMBROISE PARE	MONS	80.334,22 €
KLINIK ST JOSEF	ST VITH	44.645,08 €

NAAM ZIEKENHUIS	STAD	BUDGET
CENTRE HOSPITALIER DE DINANT	DINANT	92.690,74 €
A. Z. LOKEREN	LOKEREN	70.267,19 €
C.H.R. MONS HAINAUT	MONS	144.608,32 €
A. Z. SINT-LUCAS	GENT	272.011,79 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	EDEGEM	461.029,51 €
A. Z. SINT-ELISABETH	HERENTALS	88.010,75 €
SINT-AUGUSTINUS	VEURNE	56.328,22 €
A. Z. HEILIGE FAMILIE	RUMST REET	77.943,72 €
U.Z. LEUVEN	LEUVEN	949.802,27 €
C.H.U. ANDRE VESALE	MONTIGNY LE TILLEUL	146.561,12 €
C.H.I.R.E.C. - SITE EDITH CAVELL	BRUXELLES	285.075,36 €
CENTRE HOSPITALIER DE TUBIZE-NIVELLES	NIVELLES	137.807,18 €
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG	GENK	559.174,62 €
SINT-REMBERTZIEKENHUIS	TORHOUT	62.860,01 €
A. Z. ZENO	KNOKKE	130.501,01 €
SINT ANDRIESZIEKENHUIS	TIELT	152.284,85 €
A. Z. GROENINGE	KORTRIJK	459.716,42 €
KLINIEK ONZE LIEVE VROUW VAN LOURDES	WAREGEM	157.638,22 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT LUC	BRUXELLES	970.710,71 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRE DE BXL HOPITAL ERASME	BRUXELLES	575.201,07 €
CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE	GOSSELIES	90.333,91 €
C. H. BAUDOUR-HORNU	HORNU	240.867,97 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	LIEGE	510.320,91 €
A.Z. DAMIAAN	OOSTENDE	194.741,45 €
C.H.W.A.P.I.	TOURNAI	561.262,10 €
A. Z. SINT_JOZEF	MALLE	126.056,71 €
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DE READAPTATION	BRUXELLES	808,06 €
A.Z. GLORIEUX	RONSE	107.639,77 €
A. Z. NIKOLAAS	ST NIKLAAS	278.880,26 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	GENT	607.152,93 €
KONINGIN ELISABETH INSTITUUT	KOKSIJDE OOSTDUINKERK	639,71 €
BUNDELING ZORGINITIATIEVEN	OOSTENDE	4.073,95 €
A.Z. MONICA	DEURNE	317.464,93 €
A.Z. IMELDAZIEKENHUIS	BONHEIDEN	186.054,85 €
NATIONAAL MULTIPLE-SCLEROSECENTRUM	MELSBROEK	12.120,84 €
CLINIQUE SAINT-LUC	BOUGE	133.834,24 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU SART-TILMAN	LIEGE	770.211,86 €
A. Z. SINT-DIMPNA	GEEL	143.867,60 €
A.Z. KLINA	BRASSCHAAT	291.573,47 €
A. Z. DIEST	DIEST	55.385,49 €
A. Z. JAN PALFIJN	GENT	95.855,62 €
SINT-FRANCISCUSZIEKENHUIS	HEUSDEN-ZOLDER	284.166,29 €
SINT-TRUDO ZIEKENHUIS	ST-TRUIDEN	139.187,61 €
A. Z. VESALIUS	TONGEREN	153.698,95 €
ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	MAASEIK	46.126,52 €

NAAM ZIEKENHUIS	STAD	BUDGET
C. H. U.	CHARLEROI	207.603,01 €
MARIAZIEKENHUIS	OVERPELT	125.720,02 €
C.H.I.R.E.C. - SITE STE ANNE - ST REMI	BRUXELLES	147.470,19 €
HOPITAL DE LA MADELEINE	ATH	169.321,36 €

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 8 januari 2015 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.

Gegeven te Brussel, 8 januari 2015.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. M. DE BLOCK]⁴⁰

[BIJLAGE 17: [Definities van de verklarende variabelen en parameters m.b.t. het sociale profiel van het ziekenhuis en berekening van een sociale correctie-index]³³

1. Gegevensbronnen:

- de opnamen in de algemene ziekenhuizen verstrekt door de verzekeringsinstellingen;
- de socio-economische gegevens van patiënten (leeftijd, handicap, alleenstaand, verhoogde tussenkomst, forfaits chronische ziekten) verstrekt door de verzekeringsinstellingen;

[- ...]^{33*}

1. Variabelen mbt het sociale profiel

1.1. Variabelen die afkomstig zijn van de verzekeringsinstellingen

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

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

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

alleenstaand: aantal opnamen voor alleenstaande patiënten, dwz waarvan het MAF-gezin slechts een persoon telt (zichzelf);

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

1.2. [...]^{33*}

1.3. Interacties tussen die variabelen

leeftijd*rvv: aantal opnamen voor de patiënten

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

ihand* alleenstaande: aantal opnamen voor de patiënten

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

ihand*forfait: aantal opnamen voor de patiënten die

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

leeftijd*ihand: aantal opnamen voor de patiënten

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

leeftijd*alleenstaand: aantal opnamen voor de patiënten

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

leeftijd*forfait: aantal opnamen voor de patiënten

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

[...]³³*

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

[Variabelen]	Coefficient
leeftijd	0,1496
rvv	0,1883
ihand	0,4566
alleenstand	0,2793
forfait	0,6195
leeftijd*bim	0,1278
ihand*alleenstand	0,4747
ihand*forfait	- 0,2912
leeftijd*ihand	0,9959
leeftijd*alleenstand	1,0208
leeftijd*forfait	0,5661]³³†

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

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

Een aantal verantwoorde dagen wordt berekend overeenkomstig de volgende formule:

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

waarbij:

S = te verdelen bedrag

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

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

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

* Inwerkingtreding: 01.07.2007.

† Inwerkingtreding: 01.07.2007.

Het aantal verantwoorde dagen in functie van de sociale correctie-index wordt verdeeld naar rato van de verantwoorde dagen, berekend volgens de methode gedefinieerd in bijlage 3, punt 3, voor de diensten gedefinieerd in bijlage 3, punten 3.2.1. tot 3.2.4.]]^{33*}

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

ALBERT

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

R. DEMOTTE]]²⁰

* Inwerkingtreding: 01.07.2007.

BIJLAGE 18: Het bepalen van NRG's op basis van de VG-MZG

DEEL 1: HET BEPALEN VAN DE NRG'S

1. Gebruikte gegevens

Het NRGnew model wordt geconstrueerd op basis van de VG-MZG gegevens gebaseerd op de meest recente versie van de officiële codeerhandleiding VG-MZG.

[2. Geselecteerde zorgperiodes]⁷⁶

De NRG's worden bepaald op niveau van de zorgperiode. De gegevens die worden gebruikt bij de constructie van het model omvatten enkel de klassieke ziekenhuisverblijven. Deze selectie gebeurt op basis van A2_HOSPTYPE_FAC = H, F, M, L, N; en CODE_UNIT-prefix = OPR (enkel RE), BRU, DAY, INT, SPE, DIV. Ten slotte worden zorgperiodes op afdelingen met meer dan de helft 4 bedden verwijderd. Enkel de zorgperiodes waarin verpleegkundige items geregistreerd werden worden in aanmerking genomen. De (NRG) profielen worden voor elk nieuw registratiejaar opnieuw bepaald.

[3. Geselecteerde items]⁷⁶

Voor het groeperen van zorgperiodes in de verschillende NRG's zijn de in aanmerking genomen variabelen beperkt tot de in de VG-MZG opgenomen verpleegkundige zorgitems. Een jaarlijkse statistische analyse van het al dan niet discriminerende karakter van de items wordt a priori aan de vorming van het model uitgevoerd. De minst discriminerende items worden niet gebruikt in de vorming van het model. Het al dan niet discriminerende karakter van de items wordt beoordeeld op basis van een analyse van de bijdragen van de items aan de eerste assen van de Principale Componenten Analyse. Items die weinig bijdragen aan de eerste dimensies worden beschouwd als van weinig nut bij het onderscheiden van zorgperiodes van elkaar. Zorgperiodes waarvoor alleen deze items werden geregistreerd, worden ook uit het model verwijderd.

De frequentie-items worden geplafonneerd om extreme waarden uit te sluiten.

3. Tijdsgroepen

De zorgperiodes worden opgesplitst in 6 tijdsgroepen op basis van hun duurtijd ([0-3uur[, [3-7uur[, [7-11uur[, [11-15uur[, [15-24uur[& [24uur]). De verschillende tijdsgroepen worden gelijkwaardig behandeld bij de constructie van het model.

4. De weging van de scores van de items overeenkomstig Profi(e)l DI-VG

Per zorgperiode wordt een variabele TOT_POINTS toegekend. Deze punten worden bepaald op basis van de Profi(e)l-DI-VG studie.

Voor elke score:

- worden punten toegekend voor tijd, zoals bepaald in de meest recente Profi(e)l-DI-VG studie;
- wordt een competentiefactor toegekend, zoals bepaald in de meest recente Profi(e)l-DI-VG studie.

Voor elke scoremogelijkheid wordt de gewogen score bepaald op basis van de volgende formule:

- voor de frequentie-items: Scoremogelijkheid X Punten tijd X Competentiefactor;
- voor de categorische items: Punten tijd X Competentiefactor.

Gegeven een zorgperiode, wordt het totaal aantal tijdscompetentiepunten bepaald op basis van de geregistreerde items. Voor bepaalde items (indien deze statistisch voldoende discriminerend blijken te zijn en dus worden opgenomen in het model, zie punt 3 supra) wordt voor de zorgperiodes korter dan 24h een correctie voor tijd ingesteld. Dit betreft de items B200, B400, C100, D100, D300, D400, G200, G300, G400, I200, K100, K200, K300, L100, M100, N200, N600, N700, P100, Q100, V100, V400, V600, V700, W100, en W500. De tijdscompetentiepunten voor deze gescoorde items worden vermenigvuldigd met de bovengrens van de tijdsgroep waarin de episode zich bevindt, gedeeld door 24.

Tenslotte worden alle scores opgeteld om de variabele TOT_POINTS te verkrijgen.

Herschalen mediaan

De TOT_POINTS waardes worden met behulp van een lineaire transformatie herschaald zodat de mediane TOT_POINTS score exact 100 is (en de minimale TOT_POINTS score 0 blijft). Deze herschaling wordt uitgevoerd onafhankelijk van de tijdsgroep.

5. Berekening Ridit

De ridit wordt per tijdsgroep en per item berekend, en niet per scoremogelijkheid. Voor het berekenen van de ridits worden de scoremogelijkheden van het item in kwestie vervangen door de tijdscompetentie-punten van dit item. De episodes in kwestie worden vervolgens gerangschikt van klein naar groot. De ridit-score van een scoremogelijkheid is de helft van het relatief aantal episodes met deze scoremogelijkheid + het relatief aantal episodes van de lagere scoremogelijkheden. De ridit is het gemiddelde van alle riditscores binnen de geselecteerde referentiegroep.

6. Dichotomiseren

De categorische items worden opgesplitst in dichotome items. Indien een categorisch item n scoremogelijkheden bevat (inclusief 0, niet gescoord), wordt dit item opgesplitst in n-1 verschillende binaire items. Het binaire item overeenkomstig met scoremogelijkheid k is 1 als scoremogelijkheid k gescoord is, en 0 in elk ander geval.

7. Principale componenten analyse (PCA)

De items worden vervolgens genormaliseerd, en een PCA wordt uitgevoerd per tijdsgroep. De eerste 4 principale componenten worden weerhouden en zal in de loop van de tijd gefixeerd blijven.

8. Clustering

Op basis van de weerhouden componenten worden de zorgperiodes (per tijdsgroep) verdeeld in de verschillende NRG's aan de hand van een k-means clusteringsalgoritme.

9. Techniciteit score

Op basis van de items binnen domein 2 (zorg gerelateerd aan complexe fysiologische functies) wordt per NRG een technische score gedefinieerd. De NRG's met de hoogste technische scores worden « High Technical » genoemd.

10. Bepalen van intensieve zorgperiodes

Het toekennen van het label intensief aan een zorgperiode gebeurt per tijdsgroep aan de hand van de volgende methodologie:

- $P(HT)$: De proportie van alle episodes in de tijdsgroep die in een High Technical NRG zitten
- $P(\overline{HT})$: De proportie van alle episodes in de tijdsgroep die niet in een High Technical NRG zitten
- $P(T = t | HT)$: waarbij T een item is uit Domein 2 en t een scoremogelijkheid. Dit is de proportie van alle episodes in HT in de geselecteerde tijdsgroep, die op item T een score van t halen
- $P(T = t | \overline{HT})$: waarbij T een item is uit Domein 2 en t een scoremogelijkheid. Dit is de proportie van alle episodes niet in HT in de geselecteerde tijdsgroep, die op item T een score van t halen.

$$I = \frac{P(HT) \prod_{T,t} P(T = t | HT)}{P(HT) \prod_{T,t} P(T = t | HT) + P(\overline{HT}) \prod_{T,t} P(T = t | \overline{HT})}$$

De Bayes factor wordt dan berekend als:

$$\rho = \frac{I}{P(HT)}$$

Indien de Bayes factor ρ groter is dan 1, dan is de episode in kwestie intensief, anders is de episode niet intensief.

DEEL 2: Het gebruik van de NRG's in het onderdeel B2 van het BFM

Financiering van zorgperiodes

GEWICHT VAN DE ZORGPERIODES IN DE FINANCIERING

Op basis van de indeling "intensieve" en "niet-intensieve" zorgperiodes wordt een "relatief gewicht" berekend voor elke NRG op basis van de tijds-competentie punten. Hierbij maken we onderscheid tussen de intensieve zorgperiodes in de NRG en de niet-intensieve zorgperiodes van een NRG. Het gewicht van elke "intensieve" of "niet-intensieve" subgroep van een NRG wordt bepaald aan de hand van de mediaan van de tijdscompetentiepunten van alle zorgperiodes in de subgroep van zorgperiodes van de NRG met hetzelfde intensieve karakter. Dit gewicht wordt dan toegekend aan elke zorgperiode in deze subgroep (=POINTS_REF).

FINANCIERINGSGROEPEN

De zorgperiodes worden vervolgens verdeeld in 3 groepen, op basis van bedindex.

De zorgafleveringen worden dan verdeeld in 3 groepen, volgens de bedindex.

- De groep C+D bestaat uit zorgperiodes van bedindexen C, D, L, C+D, CI, DI of HI. Deze groep omvat zowel "intensieve" als "niet-intensieve" zorgperiodes.

- De groep E bestaat uit zorgperiodes van bedindex E of EI. Ook deze groep omvat zowel "intensieve" als "niet-intensieve" zorgperiodes.
- De groep I bestaat uit zorgperiodes van een bedindex CI, DI, EI, HI, C, D, C+D, L of E die geclassificeerd zijn als "intensief".

De episodes die niet aan een vorige criteria voldoen worden niet gebruikt in de financiering.

BEREKENING VAN DE PUNTEN PER ZIEKENHUIS EN MARKTAANDEEL

- a. De NRG-gewichten van de periodes worden opgeteld per financieringsgroep (C+D, E, I), per zorgperiode.
- b. De mediaan van het gewicht per zorgperiode in groep C+D wordt, per tijdsgroep vastgelegd als drempel voor het berekenen van de residuele punten.
- c. Deze mediaanwaarde wordt afgetrokken van het gewicht van elke zorgperiode van elke ziekenhuis ($\text{POINTS_RES} = \text{POINTS_REF} - \text{mediaan C+D}$), dit voor elke tijdsgroep apart.
- d. De "residuele" punten worden vervolgens per financieringsgroep en per ziekenhuis opgeteld.
- e. Het marktaandeel van een ziekenhuis is het deel van de residuele punten die deze krijgt ten opzichte van het totaal van de restpunten van alle dagen C, D en E op nationaal niveau. Men berekent een marktaandeel per ziekenhuis en per financieringsgroep. Het aantal C, D en E dagen van een ziekenhuis wordt bepaald aan de hand de som van de duur (in minuten) van alle zorgperiodes in de C, D- en E-financieringsgroepen, gedeeld door 1440. Per ziekenhuis en per financieringsgroep wordt een marktaandeel berekend.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 8 september 2019 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.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. M. DE BLOCK⁷³

[BIJLAGE 19: Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier – Belgian “Meaningful Use” Criteria (BMUC)]

1 – BMUC Kernfunctionaliteiten

Nr.	BMUC Kernfunctionaliteiten
1	Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving
2	Probleemlijst
3	Allergie- en intolerantielijst
4	ePrescription
5	eMAR (Medication Administration Registration)
6	Electronische Ontslagbrief
7	Geïnformeerde toestemming van de patiënt
8	Wilsverklaringen van de patiënt
9	Automatische Communicatie met hub's
10	Interactie eHealth
11	Registreren van vitale parameters
12	Planningsmodule verpleegkundige zorg
13	Beheer van de afspraken
14	Elektronisch aanvraag medische beeldvorming
15	Elektronische Labo aanvragen
16	Medische resultaten server
17	Registratie en delen van multidisciplinaire informatie
18	Beheer van een Interdisciplinaire behandelingsplan
19	Registratie van afzonderingen
20	Registratie waarnemingen over de patiënt

2 – BMUC Menu functionaliteiten

Nr	BMUC Menu functionaliteiten	Type *
1	Planning en ondersteuning van alle processen in het operatiekwartier	AZ
2	Module Intensieve Zorgen	AZ
3	Module spoedgevallenzorg	AZ
4	Elektronisch voorschrijven, inclusief status-opvolging van chemotherapie	AZ
5	BeQuint – Traceerbaarheid bloedproducten	AZ
6	Maatregelen, andere dan afzonderingen, die de fysieke vrijheid beperken	PZ
7	Routinematige evaluatie van de toestand van patiënten met behulp van gestandaardiseerde instrumenten	PZ
8	Elektronische (automatische) aanroep van beslissings-ondersteunde systemen	AZ
9	Lokalisatie van de patiënt op een elektronische wijze	AZ
10	Mobiele gezondheidstoepassingen en-diensten (integratie van telemonitoring-gegevens)	AZ
11	Closed Loop Medication Administration	AZ

12	BelRAI	AZ
13	Elektronisch aanvraag medische adviezen	AZ
14	Geneesmiddelen-interacties	AZ
15	Mogelijkheid voor de patiënt om rechtstreeks gegevens, die een impact hebben op de behandeling tijdens de hospitalisatie, op elektronische wijze toe te voegen aan het elektronisch patiëntendossier	PZ
16	Dokters van wacht buiten het ziekenhuis hebben toegang tot het EPD en kunnen medicatie voorschrijven	PZ
17	Therapieplanning voor de patiënt	PZ
18	Gescheiden registratie en (beveiligde) opslag van genetische gegevens	AZ

* AG: algemene ziekenhuizen / PZ: psychiatrische ziekenhuizen

3 - Teller en Noemer Kernfunctionaliteiten

Nr.	Kernfunctionaliteiten	Teller	Noemer
1	Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving	Het aantal unieke patiënten in de noemer dat de vermelde demografische informatie beschikbaar heeft plus het aantal unieke patiënten waarvoor een tijdelijk patiënt-ID is aangemaakt en geen identiteitsbepaling beschikbaar was in de EPD-rapportageperiode van de noemer	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie, daghospitalisaties of spoedopnames tijdens de referentieperiode
2	Lijst van problemen	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met ten minste één nieuwe diagnose, of een bevestigde diagnose, of een tijdelijke diagnose, of een gerealiseerde behandeling of een gerealiseerde diagnostische procedure die werd gevalideerd door een zorgverstreker	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode
3	Lijst van allergieën en intoleranties	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een lijst die ten minste één allergie of intolerantie bevat of met expliciete vermelding dat er geen allergie werd gedetecteerd noch gedeclareerd	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode
4	Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode waarvoor minstens 1 gestructureerd elektronisch voorschrift voor opnamemedicatie in EPD ingegeven is	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minstens één voorschrift
5	Elektronisch register van de toegediende geneesmiddelen	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit

		referentieperiode waarvoor minstens één gestructureerd elektronisch voorschrift voor opnamemedicatie in EPD en gestructureerde elektronische registratie van de toediening geregistreerd is in het EPD	hospitalisatie tijdens de referentieperiode waarvoor minstens één gestructureerd elektronisch voorschrift voor opnamemedicatie in EPD
6	Elektronische ontslagbrief	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een elektronisch ontslagbrief, zoals beschreven in het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waarvan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, die binnen de 30 dagen geregistreerd werd in het EPD en gevalideerd door een arts.	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode.
7	Registratie van geïnformeerde toestemming van de patiënt	Aantal elektronisch geregistreerde verkregen toestemmingen voor behandelingen die een geïnformeerde toestemming vereisen, of een expliciete melding van de afwezigheid ervan	Totaal aantal behandelingen waarvoor een geïnformeerde toestemming vereist is, volgens het beleid van het ziekenhuis tijdens de referentieperiode
8	Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties tijdens de referentieperiode met een geregistreerde therapiebeperking in het EPD (positief of negatief) die raadpleegbaar is voor de zorgverleners	Aantal patiënten die volgens het beleid van het ziekenhuis of van de overheid een registratie van de therapiebeperking heeft tijdens de referentieperiode
9	Geautomatiseerde communicatie met HUB's	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode voor wie minstens één document uit onderstaande lijst tijdens hun opnameperiode of maximaal 30 dagen na ontslag beschikbaar is in de e-Health-diensten tijdens de referentieperiode. Lijst van documenten (type): - Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift (Medication scheme (element), Pharmaceutical prescription);	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode en die hun geïnformeerde toestemming hebben gegeven voor het delen van hun gezondheidsgegevens

		- Ontslagbrieven (Discharge letter); - Verwijsbrieven (Referral letter) - Operatieverslagen (Report); - Anesthesieverslag (Report); - Consultverslagen (Contact report); - Verslagen van de medisch-technische onderzoeken (Procedure result); - Verslagen van de medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde (Procedure result); - Resultaten van het laboratorium (Laboratory result); - Medische administratieve attesten;	
10	Interactie met e-Health	Aantal diensten "in gebruik" en met een gebruiksgraad die aanvaard is door de gezondheidsoverheden, onder andere: - Hoofdstuk IV (MyCareNet) - ConsultRN - eHealthbox - Mediprima - Multi-emediatt specialisten - Trusted Timestamping - Healthdata (HD4DP), elk register één jaar na implementatie van dit register via een systeem2systeem koppeling - Getekende COT-verklaring - IMC-protocol dat moet worden uitgevoerd wanneer patiënten toegang krijgen tot hun gegevens - Gestructureerde ontslagbrief - Implementatie van de officiële metadata voor het delen van documenten - Ontvangst van laboratoriumresultaten in FHIR-structuur en LOINC-gecodeerd	Totaal aantal diensten toepasbaar op een bepaald ziekenhuis
11	Elektronische registratie van vitale parameters	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een elektronische en gestructureerde registratie van ten minste één vitale parameter in het EPD	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode

12	Module voor verpleegkundige zorgplanning	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode waarvoor de module voor verpleegkundige zorgplanning, zoals beschreven in het koninklijk besluit van 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel 17quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, werd gebruikt	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode
13	Elektronisch beheer van de afspraken	Aantal unieke poliklinische patiënten waarvoor een afspraak elektronisch werd ingepland via het elektronisch afspraakbeheersysteem	Aantal gefactureerde consultaties
14	Elektronisch invoeren van aanvragen, inclusief status- en resultaat-opvolging van onderzoeken voor medische beeldvorming	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een elektronisch ingevoerde aanvraag voor medische beeldvorming, gevalideerd door een arts en volgens de structuurnormen van het RIZIV, en elektronisch verstuurd naar de beeldvorming	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een uitgevoerd medisch beeldvormingsonderzoek
15	Elektronisch invoeren van aanvragen, inclusief status- en resultaat-opvolging van onderzoeken voor medische laboratoria	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een elektronisch ingevoerde aanvraag voor medische labo onderzoeken, gevalideerd door een arts en volgens de structuurnormen van het RIZIV, en elektronisch verstuurd naar de beeldvorming	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een uitgevoerd medisch laboratorium onderzoek
16	Medische resultaten server	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minimum 2 verschillende types van documenten uit onderstaande lijst die tijdens hun opnameperiode of maximaal 30 dagen na ontslag zijn geproduceerd en consulteerbaar zijn via de resultatenviewer. Lijst van type documenten: - Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift (Medication scheme (element), Pharmaceutical prescription);	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode

		- Ontslagbrieven (Discharge letter); - Verwijsbrieven (Referral letter) - Operatieverslagen (Report); - Anesthesieverslag (Report); - Consultverslagen (Contact report); - Verslagen van de medisch-technische onderzoeken (Procedure result); - Verslagen van de medische beeldvorming zoals radiologie en nucleaire geneeskunde (Procedure result); - Resultaten van het laboratorium (Laboratory result); - Medisch administratieve attesten	
17	Multidisciplinaire elektronische registratie en uitwisseling van informatie	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minstens twee multidisciplinaire (drie voor de psychiatrische ziekenhuizen) gegevens ingevoerd in het EPD	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode
18	Elektronisch beheren in het EPD van een interdisciplinaire behandelingsplan en van de taken van elke discipline binnen het EPD	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minstens één gerapporteerd interdisciplinair behandelingsplan in het EPD	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode
19	Elektronische registratie en opvolging van patiënten die afgezonderd worden	Aantal isolaties tijdens de referentieperiode geregistreerd in het EPD	Totaal aantal isolaties tijdens de referentieperiode
20	Elektronische registratie van observaties over de patiënt	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie met minstens één registratie van een observatie in het EPD tijdens de referentieperiode	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode
21	Elektronische integratie van de resultaten of onderzoeken die intern worden aangevraagd, maar extern uitgevoerd	Aantal resultaten die extern werden aangevraagd tijdens de referentieperiode en in het EPD gekoppeld werden aan het correcte patiëntendossier	Totaal aantal patiënten met een intern aangevraagd maar extern uitgevoerd onderzoek tijdens de referentieperiode

4 - Teller en Noemer Menu functionaliteiten

Een effectief en voldoende gebruik van een menu functionaliteit moet gemeten worden aan de hand van verschillende indicatoren. Alle sub-indicatoren die worden aangeduid met een a, b, c of d moeten gerespecteerd worden, om het effectieve en voldoende gebruik van de menu-functionaliteit aan te tonen.

Nr.	Menu functionaliteiten	Ref.	Teller	Noemer
1	Planning en ondersteuning van alle processen in het operatiekwartier	a.	Aantal electieve chirurgische ingrepen elektronische geplande via het EPD tijdens de referentieperiode	Aantal electieve chirurgische ingrepen tijdens de referentieperiode
		b.	Aantal chirurgische ingrepen waarvoor een WHO Surgical Safety checklist werd ingevuld tijdens de interventie tijdens de referentieperiode	Aantal chirurgische ingrepen tijdens de referentieperiode
2	Module Intensieve Zorgen	a.	Aantal patiënten dat op de intensive care-unit (s) verbleef waarvan de opvolging werd uitgevoerd via de module van intensieve zorgen en waarvoor de verzamelde gegevens door deze module beschikbaar zijn voor de geautoriseerde zorgverstrekkers tijdens de referentieperiode	Aantal patiënten dat op de intensive care-unit(s) heeft verbleven tijdens de referentieperiode
3	Module spoedgevallenzorg	a.	Aantal van deze patiënten waarvan een aantal elementen van het spoeddossier zoals verwacht werden ingevuld (bv. Manchesterscore, registratie van de klacht of aanleiding tot spoedbezoek, vitale functies, etc.	Aantal patiënten op spoed tijdens de referentieperiode
4	Elektronisch voorschrijven, inclusief status-opvolging van chemotherapie	a.	Aantal unieke patiënten met een chemotherapie waarvan de voorschriften voor chemotherapie elektronisch werden voorgeschreven of gevalideerd door een arts	Aantal unieke patiënten met een chemotherapie behandeling tijdens de referentieperiode
5	BeQuint – Traceerbaarheid bloedproducten	a.	Aantal elektronisch voorgeschreven bloedcomponenten, tijdens de referentieperiode	Aantal toegediende bloedcomponenten, tijdens de referentieperiode
		b.	Aantal elektronisch voorgeschreven bloedcomponenten met specificatie van het subtype tijdens de referentieperiode	Aantal elektronisch voorgeschreven bloedcomponenten, tijdens de referentieperiode
		c.	Aantal elektronisch voorgeschreven bloedcomponenten met specificatie van de indicatie, tijdens de referentieperiode	Aantal elektronisch voorgeschreven bloedcomponenten, tijdens de referentieperiode
		d.	Aantal transfusies en teruggestuurde	Aantal toegediende bloedcomponenten,

			bloedcomponenten met een elektronisch traceren van de componenten/verpakking, tijdens de referentieperiode	tijdens de referentieperiode
6	Maatregelen, andere dan afzondering, die de fysieke vrijheid beperken	a.	Aantal patiënten met een in het EPD elektronisch geregistreerde actie die genomen werd, andere dan afzondering, om de fysieke vrijheid van de patiënt te beperken tijdens de referentieperiode	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met beperking van de fysieke vrijheid andere dan afzondering
7	Periodieke evaluaties aan de hand van gestandaardiseerde hulpmiddelen voor het evalueren van de klinische effecten van behandelingen, of het nu gaat om medicijnen of cognitieve gedragstherapieën	a.	Aantal ontslagen patiënten tijdens de referentieperiode met een periodieke evaluatie in het kader van diagnostiek en/of evolutie van pathologie en/of behandeling van de toestand van patiënten met behulp van gestandaardiseerde instrumenten	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode
8	Therapieplanning voor de patiënt	a.	Aantal patiënten met een planning van de therapieën die via de geïntegreerde therapieplanningsmodule zowel voor de patiënt als de zorgverstreker toegankelijk is tijdens de referentieperiode	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode
9	Gescheiden registratie en (beveiligde) opslag van genetische gegevens	a.	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie waarvoor genetische informatie als gestructureerde gegevens aanwezig is tijdens de referentieperiode	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisaties waarvoor een genetische analyse werd uitgevoerd tijdens de referentieperiode
10	Functionele lokalisatie van de patiënt op een elektronische en automatische wijze ondersteund	a.	Patiënten van wie de realtime patiëntlocatie binnen een ziekenhuis beschikbaar was tijdens de referentieperiode	Aantal unieke patiënten die tijdens de referentieperiode uit het ziekenhuis zijn ontslagen en toestemming hebben gegeven voor lokalisatie
11	Mobiele gezondheidstoepassingen en -diensten (integratie van telemonitoring-gegevens)	a.	Aantal patiënten met thuismonitoring waarvan de klinische waarden zoals vitale parameters, als discrete patiëntgegevens worden geregistreerd in het EPD tijdens de referentieperiode	Aantal patiënten met thuismonitoring tijdens de referentieperiode
12	Closed Loop Medication Administration	a.	Aantal unieke patiënten ontslagen uit ziekenhuisopnames met ten	Totaal aantal unieke patiënten die tijdens de referentieperiode uit het

			minste één voorschrift tijdens de referentieperiode waarvoor een closed-loop-medicatie controle (juiste patiënt, juiste tijd, juiste medicijn, juiste dosis en juiste route) werd toegepast middels een elektronische registratie	ziekenhuis zijn ontslagen met ten minste één voorschrift
13	BelRAI	a.	Aantal BelRAI evaluaties (per type vragenlijst, datum)	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie van een dienst met index G, SP-of psychiatrische dienst
14	Elektronisch invoeren van aanvragen, inclusief status- en resultaat-opvolging van adviezen	a.	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een elektronische aanvraag voor medisch advies.	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een facturatie voor een medisch advies.
15	Geneesmiddelen-interacties	a.	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een elektronisch voorschrift waarvoor een automatische interactieanalyse werd uitgevoerd	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met minstens één elektronisch voorschrift
16	Mogelijkheid voor de patiënt om rechtstreeks gegevens, die een impact hebben op de behandeling tijdens de hospitalisatie, op elektronische wijze toe te voegen aan het elektronisch patiëntendossier	a.	Aantal patiënten die zelf geregistreerde gegevens delen met het zorgteam tijdens de referentieperiode	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode
17	Dokters verbonden aan het ziekenhuis en van wacht buiten het ziekenhuis hebben toegang tot het EPD en kunnen medicatie voorschrijven	a.	Aantal patiënten ontslagen uit hospitalisatie met een voorschrift dat elektronisch werd voorgeschreven of gevalideerd door een arts van wacht tijdens de referentieperiode	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie met een voorschrift en behandeld door een arts van wacht tijdens de referentieperiode
18	Elektronische (automatische) aanroep van ondersteunde systemen voor klinische beslissingen	a.	Aantal prompts inzake beslissingsondersteuning bij medicatievoorschriften tijdens de referentieperiode	Aantal medicatievoorschriften tijdens de referentieperiode

5 - Percentages kernfunctionaliteiten

Nr.	Kernfunctionaliteiten	Voldoende gebruikspercentage
1	Unieke patiëntidentificatie en -beschrijving	80 %
2	Probleemlijst	80 %
3	Allergie- en intolerantielijst	80 %
4	ePrescription	80 %
5	eMAR (Medication Administration Registration)	80 %
6	Elektronische Ontslagbrief	80 %
7	Geïnformeerde toestemming van de patiënt	80 %
8	Wilsverklaringen van de patiënt	80 %
9	Automatische Communicatie met hub's	80 %
10	Interactie eHealth	80 %
11	Registreren van vitale parameters	80 %
12	Planningsmodule verpleegkundige zorg	80 %
13	Beheer van de afspraken	80 %
14	Elektronisch aanvraag medische beeldvorming	80 %
15	Elektronische Labo aanvragen	80 %
16	Medische resultatenserver	80 %
17	Registratie en delen van multidisciplinaire informatie	80 %
18	Beheer van een Interdisciplinaire behandelingsplan	80 %
19	Registratie van afzonderingen	80 %
20	Registratie waarnemingen over de patiënt	80 %
21	Resultaten van Extern uitgevoerde onderzoeken, door de instelling aangevraagd, integreren	80 %

6 – Percentages menu functionaliteiten

Nr.	Menu functionaliteiten	Ref.	Voldoende gebruiks- percentage
1	Planning en ondersteuning van alle processen in het operatiekwartier	a.	80 %
		b.	80 %
2	Module Intensieve Zorgen	a.	80 %
3	Module spoedgevallenzorg	a.	80 %
4	Elektronisch voorschrijven, inclusief status-opvolging van chemotherapie	a.	80 %
5	BeQuint – Traceerbaarheid bloedproducten	a.	80 %
		b.	80 %
		c.	80 %
		d.	80 %
6	Maatregelen, andere dan afzondering, die de fysieke vrijheid beperken	a.	80 %

7	Periodieke evaluaties aan de hand van gestandaardiseerde hulpmiddelen voor het evalueren van de klinische effecten van behandelingen, of het nu gaat om medicijnen of cognitieve gedragstherapieën	a.	80 %
8	Therapieplanning voor de patiënt	a.	80 %
9	Gescheiden registratie en (beveiligde) opslag van genetische gegevens	a.	80 %
10	Functionele lokalisatie van de patiënt op een elektronische en automatische wijze ondersteund	a.	80 %
11	Mobiele gezondheidstoepassingen en-diensten (integratie van telemonitoring-gegevens)	a.	80 %
12	Closed Loop Medication Administration	a.	80 %
13	BelRAI	a.	80 %
14	Elektronisch aanvraag adviezen	a.	80 %
15	Geneesmiddelen-interacties	a.	5 %
16	Mogelijkheid voor de patiënt om rechtstreeks gegevens, die een impact hebben op de behandeling tijdens de hospitalisatie, op elektronische wijze toe te voegen aan het elektronisch patiëntendossier	a.	5 %
17	Dokters verbonden aan het ziekenhuis en van wacht buiten het ziekenhuis hebben toegang tot het EPD en kunnen medicatie voorschrijven	a.	5 %
18	Elektronische (automatische) aanroep van ondersteunde systemen voor klinische beslissingen	a.	5 %]]

Gezien om te worden gevoegd als bijlage bij ons besluit van 10 april 2025 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.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,

F. VANDENBROUCKE]^{85*}

* Inwerkingtreding: 01.07.2024

[BIJLAGE 19bis:

...] ⁷⁶

[BIJLAGE 19ter:

...] ⁷⁶

[BIJLAGE 19quater:

...] ⁷⁶

[BIJLAGE 19quinquies:

...]⁷⁶

*Wetgeving voor de Vlaamse gemeenschap**

[BIJLAGE 20: *Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) voor de geïsoleerde geriatriediensten, vermeld in artikel 5, § 1, l, 3°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en de geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie, vermeld in artikel 5, § 1, l, 4°, van de voormelde bijzondere wet als vermeld in artikel 61/1*

1. Om in aanmerking te komen voor het budget, vermeld in artikel 61/1, § 4, en § 5, moet het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD) een aantal 'Meaningful Use'-functionaliteiten bevatten, zoals hieronder gespecificeerd.
2. Er zijn zeven corefunctionaliteiten gedetermineerd. Die functionaliteiten vormen de basis van een geïntegreerd EPD en zijn de noodzakelijke fundamenteen waarop andere functionaliteiten gebouwd kunnen worden.
3. Uiterlijk eind 2019 moeten de geselecteerde corefunctionaliteiten geïmplementeerd zijn.
4. De geselecteerde corefunctionaliteiten voor de geïsoleerde geriatriediensten, vermeld in artikel 5, § 1, l, 3°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en de geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie, vermeld in artikel 5, § 1, l, 4°, van de voormelde bijzondere wet zijn:

Functionaliteit	stap 1	stap 2	stap 3	stap 4
Unieke patiëntenidentificatie en -beschrijving	80 %	90 %	98 %	98 %
Lijst van problemen die een samenvatting bevat van de medische geschiedenis van de patiënt en een beschrijving geeft van de huidige situatie van de patiënt	20 %	50 %	80 %	98 %
Lijst van allergieën en intoleranties	30 %	60 %	90 %	98 %
Geneesmiddeleninteracties	ja	ja	ja	ja
Elektronische ontslagbrief	80 %	90 %	95 %	98 %
Registratie van de therapeutische wilsverklaring van de patiënt	10 %	50 %	80 %	98 %
Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health	80 %	90 %	95 %	98 %

* Art. 7 van het besluit van de Vlaamse Regering van 15 september 2017 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 – Inwerkingtreding: 01.07.2016.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 15 september 2017 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.

Brussel, 15 september 2017.

De Minister-president van de Vlaamse Regering,

G. BOURGEOIS

De Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

J. VANDEURZEN]⁵⁷

BIJLAGE 21: artikel 79quater, § 3: lijst van vte's per ziekenhuis in het kader van de invoering van if-ic

ERKENNING	VTE	ERKENNING	VTE	ERKENNING	VTE	ERKENNING	VTE	ERKENNING	VTE
9	2.818,39	134	335,51	397	530,42	902	599,05	955	420,47
10	2.705,41	140	982,70	403	3.598,90	904	308,41	956	207,50
12	874,14	143	2.876,82	406	2.570,00	905	55,70	959	535,39
15	377,29	146	1.646,39	409	512,20	911	171,18	960	286,86
17	1.250,04	152	2.060,71	410	1.467,80	912	265,51	961	319,00
23	444,34	158	620,98	525	1.004,53	915	128,70	962	225,34
26	1.232,91	166	944,79	528	172,19	916	3,56	963	386,05
32	959,40	170	311,29	534	1.675,50	918	226,41	964	14,21
38	533,49	204	541,06	536	601,56	922	82,74	970	635,38
39	1.234,72	217	745,82	547	311,95	925	203,46	975	409,26
43	1.125,46	243	1.748,32	550	660,69	926	129,28	978	322,61
57	929,48	247	818,02	595	1.547,73	927	55,60	979	64,02
63	1.390,38	257	304,85	682	1.011,40	935	126,21	980	19,74
96	1.108,76	264	507,13	689	1.160,61	937	637,14	982	497,79
97	832,36	265	345,71	706	774,80	938	60,22	986	369,47
99	2.262,44	266	858,06	707	194,23	941	38,67	987	70,20
102	487,50	290	1.812,17	710	1.129,50	942	158,44	988	205,26
104	892,35	300	2.290,60	712	364,95	943	716,65	989	47,00
106	669,47	308	497,15	714	531,61	944	171,68	991	656,98
108	541,99	310	477,46	715	649,86	946	357,48	992	380,19
109	592,48	322	6.424,17	717	440,09	947	298,35	997	39,13
110	1.062,14	332	1.286,04	719	699,10	948	164,61	998	108,25
111	1.267,05	346	440,78	723	1.232,02	949	37,66		
117	2.923,68	392	656,22	724	494,94	950	174,02		
124	456,35	395	501,49	900	340,32	952	391,50		
126	1.992,78	396	2.090,63	901	242,05	954	314,26		

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 28 augustus 2020 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.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Mevr. M. DE BLOCK]^{75*}

* Inwerkingtreding: 01.01.2020.

BIJLAGE 22: Herzieningsmodaliteiten van de provisies toegekend aan de private ziekenhuizen en openbare ziekenhuizen krachtens artikel 79quater

1. Toepassingsgebied

a) Fase 1

Voor de periode van 1 januari 2018 tot 30 juni 2021 wordt elk ziekenhuis vallend onder het paritair comité 330 gefinancierd op forfaitaire wijze voor de meerkost voortvloeiend uit de progressieve invoering van het nieuwe loonmodel zoals bedoeld in de collectieve arbeidsovereenkomst van 11 december 2017 betreffende de invoering van een nieuwe loonmodel voor de federale gezondheidsdiensten.

Als na een fusie tussen een privéziekenhuis en een openbaar ziekenhuis de gefuseerde entiteit een openbare status behoudt, wordt de vóór de fusie aan het privéziekenhuis toegekende provisie toegekend en volgens de herzieningsmodaliteiten voor de privéziekenhuizen herzien.

Komen in aanmerking voor de berekening van het jaarlijks forfait zoals bedoeld in 3.: alle loontrekkende werknemers die werken in een kostenplaats zoals bepaald in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, uitgezonderd de kostenplaatsen tussen 910 en 959.

[Bij het berekenen van het aantal VTE's wordt ook rekening gehouden met:

- 1° gedetacheerde personeelsleden van een O.C.M.W., een intercommunale of een andere openbare overheid;
- 2° personeelsleden van erkende ziekenhuisassociaties, bedoeld in het koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, vanaf de datum van de erkenning van de associatie;
- 3° bezoldigde studenten, met uitzondering van geneesheren-specialisten in opleiding en studenten geneeskunde;
- 4° de uitzendkrachten zoals bedoeld in artikel 7 van de wet van 24 juli 1987 betreffende de tijdelijke arbeid, de uitzendarbeid en het ter beschikking stellen van werknemers ten behoeve van gebruikers, voor zover hun inzet noodzakelijk is om te kunnen voldoen aan de erkenningsnormen voor het personeel;
- 5° project-verpleegkundigen en project-zorgkundigen, zoals bedoeld in de Hoofdstuk III van de wet vermeld in punt 4°, voor zover de inzet van dat personeel noodzakelijk is om de doelstellingen van kwaliteit en innovatie van de zorg te waarborgen.

Het in de punten 4 en 5 hierboven bedoelde personeel mag alleen in aanmerking worden genomen als het ziekenhuis zijn wervingsinspanningen kan aantonen. Deze personeelsleden worden alleen in aanmerking genomen in het geval van een toegestane detachering waarvoor het ziekenhuis op het moment van de herziening bewijs levert.

De toekenning van de financiering is afhankelijk van de toepassing van de IFIC-loonschalen voor de ziekenhuizen op het personeel bedoeld in de punten 1° tot 5°.]^{85*}

Komen niet in aanmerking voor de berekening van het jaarlijks forfait zoals bedoeld in 3.: de artsen, het leidinggevend personeel zoals bedoeld in artikel 4, 4° van de wet van 4 december 2007 betreffende de sociale verkiezingen en de verpleegkundigen die op datum van 31 augustus 2018 voldeden aan de op deze datum geldende voorwaarden die hun recht gaven op de premie voor bijzondere beroepstitel en/of bijzondere beroepsbekwaamheid zoals voorzien in het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep, in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties.

b) Fase 2

Vanaf 1 juli 2021 wordt elk ziekenhuis, privaat of publiek, op forfaitaire wijze gefinancierd voor de meerkost voortvloeiend uit de invoering van het nieuwe loonmodel zoals bedoeld in de collectieve arbeidsovereenkomst van 31 maart 2021 betreffende de volledige invoering van een nieuw loonmodel voor de federale gezondheidsdiensten: IFIC, wat de privésector betreft, en in de protocolakkoorden van 24 juni 2021, 5 oktober 2021, 24 februari 2022 en 2 juni 2022 goedgekeurd in het Comité A, wat de openbare sector betreft.

Komen in aanmerking voor de berekening van het jaarlijks forfait bedoeld in 3.: alle contractuele en statutaire loontrekkende werknemers, met inbegrip van het statutair personeel dat ter beschikking wordt gesteld van het ziekenhuis door een openbare instelling die geen ziekenhuis is, die werken in een kostenplaats zoals bepaald in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, uitgezonderd de kostenplaatsen tussen 910 en 959.

[Bij het berekenen van het aantal VTE's wordt ook rekening gehouden met:

- 1° gedetacheerde personeelsleden van een O.C.M.W., een intercommunale of een andere openbare overheid;
- 2° personeelsleden van erkende ziekenhuisassociaties, bedoeld in het koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de bijzondere normen waaraan deze moet voldoen, vanaf de datum van de erkenning van de associatie;
- 3° bezoldigde studenten, met uitzondering van geneesheren-specialisten in opleiding en studenten geneeskunde;
- 4° de uitzendkrachten zoals bedoeld in artikel 7 van de wet van 24 juli 1987 betreffende de tijdelijke arbeid, de uitzendarbeid en het ter beschikking stellen van werknemers ten behoeve van gebruikers, voor zover hun inzet noodzakelijk is om te kunnen voldoen aan de erkenningsnormen voor de personeel;

* Inwerkingtreding: 01.01.2018.

5° project-verpleegkundigen en project-zorgkundigen, zoals bedoeld in de Hoofdstuk III van de wet vermeld in punt 4°, voor zover de inzet van dat personeel noodzakelijk is om de doelstellingen van kwaliteit en innovatie van de zorg te waarborgen.

Het in de punten 4 en 5 hierboven bedoelde personeel mag alleen in aanmerking worden genomen als het ziekenhuis zijn wervingsinspanningen kan aantonen. Deze personeelsleden worden alleen in aanmerking genomen in het geval van een toegestane detachering waarvoor het ziekenhuis op het moment van de herziening bewijs levert.

De toekenning van de financiering is afhankelijk van de toepassing van de IFIC-loonschalen voor de ziekenhuizen op het personeel bedoeld in de punten 1° tot 5°.]^{85*}

Komen niet in aanmerking voor de berekening van het jaarlijks forfait zoals bedoeld in 3.:

- artsen en leidinggevend personeel zoals bedoeld in artikel 1, § 2 van de collectieve arbeidsovereenkomst van 31 maart 2021 betreffende de volledige invoering van een nieuw loonmodel voor de federale gezondheidsdiensten: IFIC, wat de privésector betreft, en in punt 1 van het protocolakkoord 'Deel 1' goedgekeurd in het Comité A van 24 juni 2021, wat de openbare sector betreft;
- VTE verpleegkundigen die de premie ontvangen voor een bijzondere beroepstitel en/of voor een bijzondere beroepsbekwaamheid, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 28 december 2011 betreffende uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep in bepaalde federale gezondheidssectoren, wat betreft de premies voor de titels en bijzondere beroepsbekwaamheden en ongemakkelijke prestaties.

2. Berekeningen van het jaarlijks forfait

Een jaarlijks forfait per voltijds equivalent voor elke IFIC-functie wordt bepaald in de tabel hernomen in 5. De details van de berekening van deze forfaits zijn te vinden op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het aantal voltijdse equivalenten per IFIC-functie wordt jaarlijks door elk ziekenhuis geleverd aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op zijn verzoek.

3. Vaststelling van het bedrag van de jaarlijkse herziening per ziekenhuis

Voor elk herzieningsjaar wordt, op het niveau van elk ziekenhuis, het aantal voltijdse equivalenten van elke IFIC-functie vermenigvuldigd met het overeenstemmend jaarlijks forfait. De bedragen voor elke IFIC-functie worden daarna opgeteld en vertegenwoordigen het jaarlijks budget per ziekenhuis.

De uitvoering van het nieuwe IFIC-loonmodel gebeurt in fasen.

a) Fase 1

In fase 1, die ingaat op 1 januari 2018 en eindigt op 30 juni 2021 voor de ziekenhuizen vallend onder het paritair comité 330, werd een financiering van 18,25% vastgelegd. Dit percentage wordt toegepast op het jaarlijks budget van elk van de voornoemde ziekenhuizen.

* Inwerkingtreding: 01.07.2021.

b) Fase 2

Vanaf fase 2, die begint op 1 juli 2021, wordt 100% financiering ingevoerd voor alle ziekenhuizen.

Het verschil, positief of negatief, tussen de toegekende jaarlijkse provisie en het jaarlijks budget van elk ziekenhuis wordt in rekening gebracht in onderdeel C2 van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis.

4. Het in rekening nemen van de evolutie van de IFIC-functies

Indien nieuwe IFIC-functies worden gecreëerd, moeten deze aanleiding geven tot de berekening van een jaarlijks forfait volgens dezelfde berekeningsmodaliteiten als dewelke die tot de jaarlijkse forfaits in de tabel onder 5 hebben geleid.

Elk nieuwe functie, met een corresponderend forfait, wordt in deze tabel geïntegreerd.

Indien bestaande functies worden bijgewerkt, moet het jaarlijks forfait van deze functies ook bijgewerkt worden indien van toepassing.

In de bovengenoemde gevallen wordt het forfait toegepast vanaf het jaar waarin het geval zich in het ziekenhuis voordoet.

5. Jaarlijkse forfaits per voltijdse equivalent per IFIC-functie

De onderstaande forfaits vertegenwoordigen de meerkost aan 100 % van de uitvoering van het nieuwe IFIC-loonmodel.

Voor sommige IFIC-functiecodes wordt rekening gehouden met het hoogste diploma van de werknemer:

- Hoger dan of gelijk aan bachelordiploma: 4-cijferige IFIC-functiecode;
- Minder dan bachelordiploma: 4-cijferige IFIC-functiecode plus de letter B.

Code IFIC	Bewoording van de functie	Jaarlijks forfait
1010	Departementsverantwoordelijke Administratie en Financiën	19.703,73
1020	Dienstverantwoordelijke Administratie	8.195,24
1030	Adjunct-Dienstverantwoordelijke Administratie	6.798,67
1040	Juridisch Stafmedewerker	11.762,58
1041	Kwaliteitscoördinator	3.821,42
1042	Verantwoordelijke Kwaliteit Bloedtransfusiecentrum	0,00
1043	Stafmedewerker Communicatie	478,88
1050	Teamverantwoordelijke Administratie	2.366,13
1070	Directiesecretaris	9.116,20
1071	Bediende Medische Registratie	249,83
1072	Medewerker Kwaliteit Bloedtransfusiecentrum	249,83
1073	Secretaris op een Dienst of Departement	3.552,15
1074	Medewerker Onthaal Wijkgezondheidscentrum	1.791,66
1075	Medewerker Onthaal / Receptie / Telefonie	1.039,30
1076	Medisch Secretaris	1.791,66
1077	Medewerker Opname	1.214,74
1078	Medewerker Permanentiedienst	1.214,74
1079	Administratief Bediende	556,93

1080	Administratief Medewerker Archief	6,25
1081	Administratieve Hulp Secretariaat	1.588,26
1083	Bloeddonor Werver	2.366,13
1084	Verantwoordelijke Beheer van de Bloeddonoren	0,00
1085	Administratief Bediende in de Raadpleging	1.202,00
1220	Hoofdboekhouder	3.821,42
1221	Dienstverantwoordelijke Facturatie	8.195,24
1222	Dienstverantwoordelijke Klachtendienst	8.195,24
1230	Adjunct-Hoofdboekhouder	6.798,67
1231	Adjunct-Dienstverantwoordelijke Facturatie	6.798,67
1232	Adjunct-Dienstverantwoordelijke Klachtendienst	6.798,67
1240	Stafmedewerker Budgetbeheer	3.821,42
1270	Boekhouder	249,83
1271	Kassier	785,14
1272	Medewerker Klachtendienst	3.552,15
1273	Bediende Facturatie	3.552,15
1274	Administratief Bediende Zakgeldadministratie	556,93
1290	Hulpboekhouder	169,11
1293	Hulp Facturatie	11,00
1420	Dienstverantwoordelijke Informatica	3.861,93
1450	Ploegverantwoordelijke PC Support	0,00
1465	Systeembeheerder	12.707,59
1470	Analist	0,00
1471	Netwerkbeheerder	2.391,21
1472	Operator	0,00
1473	Medewerker PC Support	0,00
1474	Onderhoudsmedewerker PC	793,46
1476	Programmeur	252,48
1610	Verantwoordelijke Personeelsdienst	19.703,73
1620	Dienstverantwoordelijke HR Ontwikkeling	478,88
1621	Dienstverantwoordelijke Personeelsadministratie	478,88
1640	Stafmedewerker Vorming	478,88
1660	Gespecialiseerd Medewerker HR Ontwikkeling	2.366,13
1661	Gespecialiseerd Medewerker Personeelsadministratie	2.366,13
1670	Medewerker HR Ontwikkeling	249,83
1671	Medewerker Personeelsadministratie	3.552,15
2010	Departementsverantwoordelijke Hoteldiensten	21.116,49
2020	Dienstverantwoordelijke Huishoudelijk Onderhoud	1.558,22
2030	Adjunct-Dienstverantwoordelijke Huishoudelijk Onderhoud	6.406,38
2051	Voorwerker	1.013,60
2070	Chauffeur Patiëntenvervoer	1.249,60
2071	Kapper	3.245,56
2072	Schoonmaker	1.660,05
2073	Naaier	3.331,57
2074	Medewerker Wasserij	2.334,12
2075	Chauffeur	239,61
2210	Verantwoordelijke Technisch Departement	19.796,34
2220	Dienstverantwoordelijke Technische Dienst	8.233,76
2221	Preventieadviseur - Dienstverantwoordelijke	11.817,87

2230	Preventieadviseur - Adjunct-Dienstverantwoordelijke	1.497,84
2240	Stafmedewerker Gebouwenbeheer	3.839,38
2250	Ploegverantwoordelijke Technische Dienst	2.377,25
2260	Gespecialiseerd Vakman	5.923,86
2261	Biotechnicus	2.428,84
2270	Vakman	1.614,18
2271	Polyvalent Medewerker Technisch Onderhoud	1.614,18
2272	Bewaker	252,63
2273	Tuinman	6,41
2290	Hulpvakman	567,92
2291	Onderhoudsmedewerker	2.334,12
2420	Dienstverantwoordelijke Aankoop	3.821,42
2422	Dienstverantwoordelijke Magazijn	3.019,36
2430	Adjunct-Dienstverantwoordelijke Aankoop	8.195,24
2432	Adjunct-Dienstverantwoordelijke Magazijn	6.474,80
2470	Aankoper	6.798,67
2471	Administratief Medewerker Aankoop	556,93
2472	Magazijnier	2.521,44
2473	Medewerker Economaat	1.944,77
2492	Hulpmagazijnier	0,00
2620	Dienstverantwoordelijke Voeding	8.782,84
2621	Chef-kok	14.799,24
2671	Kok	4.095,47
2672	Medewerker Restaurant/Cafetaria	2.436,89
2690	Hulpkok	3.478,27
2691	Keukenhulp	1.702,14
3010	Hoofdapotheke	4.918,33
3030	Adjunct-Hoofdapotheke	558,36
3070	Ziekenhuisapotheke	327,17
3071	Magazijnier Apotheek	559,55
3072	Farmaceutisch-technisch Assistent	1.214,74
3073	Medewerker Distributie Apotheek	0,00
3090	Hulp in de Apotheek	6,28
3220	Hoofdtechnoloog Medisch Laboratorium	1.585,33
3230	Adjunct-Hoofdtechnoloog Medisch Laboratorium	4.737,92
3241	Kwaliteitscoördinator Laboratorium	483,96
3270	Technoloog Medisch Laboratorium	2.473,08
3270 B	Technoloog Medisch Laboratorium	10.161,44
3271	Medewerker Ontvangst Stalen en Verdeling	222,90
3272	Prikker	256,45
3290	Huylaborant	0,00
3420	Dienstverantwoordelijke Medisch Technische Dienst	1.610,28
3421	Diensthoofd Fysici (Hoofd stralingsfysicus vanaf 1 juli 2021)	4.889,62
3423	Diensthoofd Centrale Sterilisatie Afdeling	1.585,33
3470	Fysicus (Stralingsfysicus vanaf 1 juli 2021)	6.555,23
3471	Technoloog Medische Beeldvorming (Technoloog medische beeldvorming/Verpleegkundige medische beeldvorming vanaf 1 juli 2021)	2.473,08
3471 B	Technoloog Medische Beeldvorming (Technoloog medische beeldvorming/Verpleegkundige medische beeldvorming vanaf 1 juli 2021)	10.161,44

3472	Technicus Medisch Technische Dienst	1.859,52
3473	Medewerker Centrale Sterilisatie	1.859,52
4020	Dienstverantwoordelijke Paramedische Diensten	1.585,33
4021	Dienstverantwoordelijke Kinesithérapie	1.585,33
4022	Dienstverantwoordelijke Ergotherapie	1.585,33
4024	Dienstverantwoordelijke Logopedie	1.568,71
4025	Dienstverantwoordelijke Diëtiëk	1.610,28
4026	Dienstverantwoordelijke Animatie	2.391,21
4027	Coördinator Bewegingstherapeuten	1.585,33
4040	Therapeutisch Coördinator	3.821,42
4071	Kinesitherapeut	6.870,74
4073	Ergotherapeut	2.391,21
4074	Logopedist	2.377,25
4075	Diëtist	2.428,84
4076	Animator	3,16
4077	Activiteitenbegeleider	7.342,85
4078	Animator in de Residentiële Ouderenzorg	5.770,93
4079	Pedicure	6.758,88
4080	Bewegingstherapeut	2.391,21
4081	Audioloog	2.377,25
4086	Kinesitherapeut Wijkgezondheidscentrum	6.798,67
5020	Dienstverantwoordelijke Psychologische Dienst (Dienstverantwoordelijke klinische psychologische dienst vanaf 1 juli 2021)	3.821,42
5022	Dienstverantwoordelijke Spirituele Begeleiding	491,57
5023	Dienstverantwoordelijke Sociale Dienst	8.233,76
5030	Adjunct-Dienstverantwoordelijke Sociale Dienst	4.710,26
5070	Psycholoog (Klinisch psycholoog vanaf 1 juli 2021)	478,88
5071	Psychologisch Assistent	2.391,21
5072	Spiritueel Begeleider	6.978,83
5073	Medewerker Sociale Dienst	2.377,25
5074	Medewerker Sociale Dienst - Revalidatie	2.377,25
5075	Medewerker Sociale Dienst - Wijkgezondheidscentrum	2.366,13
5076	Medewerker Sociale Dienst in een Psychiatrische Eenheid / Centrum	2.428,84
5077	Medewerker Sociale Dienst in de Residentiële Ouderenzorg	2.366,13
5078	Bemiddelaar (Bemiddelaar patiëntenrechten vanaf 1 juli 2021)	6.798,67
5079	Intercultureel Bemiddelaar	2.428,84
5080	Ontslagmanager	2.377,25
5081	Gezondheidspromotor Wijkgezondheidscentrum	6.798,67
5082	Verantwoordelijke Vrijwilligers	249,83
6010	Verpleegkundige - Diensthoofd	11.898,50
6040	Stafmedewerker Zorgbeleid	483,96
6050	Verpleegkundige Eerste Verantwoordelijke	6.978,83
6050 B	Verpleegkundige Eerste Verantwoordelijke	14.689,54
6071	Logistiek Medewerker in een verpleeg- of verblijfseenheid	1.013,60
6072	Medewerker Intern Patiëntenvervoer	995,46
6073	Begeleider Verpleegkundige Intreders, Herintreders en Stagiaires	2.366,13
6073 B	Begeleider Verpleegkundige Intreders, Herintreders en Stagiaires	3.499,63
6111	Hoofdverpleegkundige - Coördinator	13.506,20
6120	Hoofdverpleegkundige Ziekenhuis	5.354,60

6121	Hoofdvroedkundige	5.452,15
6122	Hoofdverpleegkundige Ziekenhuis (kleine afdeling)	1.610,28
6124	Verantwoordelijke Intern Patiëntentransport	2.428,84
6130	Adjunct Hoofdverpleegkundige Ziekenhuis	12.249,45
6131	Adjunct-Hoofdvroedkundige	12.560,02
6161	Referentieverpleegkundige	15.576,91
6161 B	Referentieverpleegkundige	24.037,27
6162	Verpleegkundige Ziekenhuishygiënist	3.861,93
6163	Studieverpleegkundige	6.870,74
6163 B	Studieverpleegkundige	14.462,00
6164	Spoedverpleegkundige	7.940,85
6164 B	Spoedverpleegkundige	16.714,45
6165	Verpleegkundige Intensieve Zorgen	7.940,85
6165 B	Verpleegkundige Intensieve Zorgen	16.714,45
6166	Referentieverpleegkundige binnen dienst/afdeling	7.657,34
6166 B	Referentieverpleegkundige binnen dienst/afdeling	16.117,71
6167	MUG Verpleegkundige	7.940,85
6167 B	MUG Verpleegkundige	16.714,45
6168	Verpleegkundige Operatiekwartier	7.105,97
6168 B	Verpleegkundige Operatiekwartier	14.957,14
6169	Verpleegkundige Intensieve Neonatale Zorgen	7.940,85
6169 B	Verpleegkundige Intensieve Neonatale Zorgen	16.714,45
6170	Verpleegkundige Ziekenhuis	2.664,98
6170 B	Verpleegkundige Ziekenhuis	3.941,63
6171	Vroedkundige	7.787,20
6172	Zorgkundige Ziekenhuis	1.968,03
6173	Ambulancier	4.304,12
6174	Transplantcoördinator	7.105,97
6174 B	Transplantcoördinator	14.957,14
6175	Verpleegkundige Educator Diabetologie	2.428,84
6175 B	Verpleegkundige Educator Diabetologie	3.592,37
6176	Vroedkundige Postpartum	2.710,17
6177	Verpleegkundige in de Raadpleging	2.428,84
6177 B	Verpleegkundige in de Raadpleging	3.592,37
6178	Kinderverzorgende	1.941,40
6179	Bediende Mortuarium	1.013,60
6180	Gipsverpleegkundige	2.391,21
6180 B	Gipsverpleegkundige	3.536,73
6181	Verpleegkundige Oncologisch Dagziekenhuis	2.391,21
6181 B	Verpleegkundige Oncologisch Dagziekenhuis	3.536,73
6182	Verpleegkundige in een Oncologische Afdeling	2.710,17
6182 B	Verpleegkundige in een Oncologische Afdeling	4.008,48
6183	Verpleegkundige Hemodialyse	2.473,08
6183 B	Verpleegkundige Hemodialyse	3.657,81
6184	Verpleegkundige Palliatieve Zorg	2.710,17
6184 B	Verpleegkundige Palliatieve Zorg	4.008,48
6185	Verpleegkundige Geriatrie	2.710,17
6185 B	Verpleegkundige Geriatrie	4.008,48
6186	Verpleegkundige Pediatrie	2.710,17

6186 B	Verpleegkundige Pediatrie	4.008,48
6187	Verpleegkundige mid-care (vanaf 1 juli 2021)	8.262,07 ²
6187 B	Verpleegkundige mid-care (vanaf 1 juli 2021)	17.390,04 ²
6188	Verpleegkundige ontwaakzaal (vanaf 1 juli 2021)	2.573,28 ²
6188 B	Verpleegkundige ontwaakzaal (vanaf 1 juli 2021)	3.805,99 ²
6220	Hoofdverpleegkundige in een Psychiatrische Eenheid/Centrum	5.354,60
6221	Coördinator Beschut Wonen	20.235,66
6230	Adjunct-Hoofdverpleegkundige in een Psychiatrische Eenheid/Centrum	12.560,02
6270	Verpleegkundige in een Psychiatrische Eenheid/Centrum	2.664,98
6270 B	Verpleegkundige in een Psychiatrische Eenheid/Centrum	3.941,63
6271	Begeleider Beschut Wonen	2.366,13
6272	Zorgkundige in een Psychiatrische Eenheid/Centrum	2.040,31
6273	Opvoeder / Begeleider in een Psychiatrische Eenheid/Centrum	2.570,57
6273 B	Opvoeder / Begeleider in een Psychiatrische Eenheid/Centrum	3.802,00
6274	Verpleegkundige/opvoeder/medewerker mobiel team in de psychiatrische zorg (vanaf 1 juli 2021)	2.772,95 ²
6274 B	Verpleegkundige/opvoeder/medewerker mobiel team in de psychiatrische zorg (vanaf 1 juli 2021)	4.101,31 ²
6320	Hoofdverpleegkundige Residentiële Ouderenzorg	5.216,37
6330	Adjunct-Hoofdverpleegkundige Residentiële Ouderenzorg	11.719,72
6370	Verpleegkundige Residentiële Ouderenzorg	2.366,13
6370 B	Verpleegkundige Residentiële Ouderenzorg	3.499,63
6371	Begeleider Genormaliseerd Wonen	6.758,88
6372	Zorgkundige Residentiële Ouderenzorg	1.811,51
6420	Hoofdverpleegkundige Thuisverpleging	11.566,84
6430	Adjunct-Hoofdverpleegkundige Thuisverpleging	12.195,91
6460	Referentieverpleegkundige Thuisverpleging	6.798,67
6460 B	Referentieverpleegkundige Thuisverpleging	14.310,31
6461	Psychiatrisch Verpleegkundige in de Thuiscontext	2.664,97
6461 B	Psychiatrisch Verpleegkundige in de Thuiscontext	3.941,63
6462	Verpleegkundige Educator Diabetologie Thuisverpleging	2.428,83
6462 B	Verpleegkundige Educator Diabetologie Thuisverpleging	3.592,37
6470	Verpleegkundige Thuisverpleging	2.366,13
6470 B	Verpleegkundige Thuisverpleging	3.499,63
6472	Zorgkundige Thuisverpleging	1.811,51
6610	Algemeen Coördinator Wijkgezondheidscentrum	323,74
6620	Zorgcoördinator Wijkgezondheidscentrum	3.821,42
6670	Verpleegkundige Wijkgezondheidscentrum	2.366,13
6670 B	Verpleegkundige Wijkgezondheidscentrum	3.499,63
6672	Zorgkundige Wijkgezondheidscentrum	6.758,88
6720	Hoofdverpleegkundige Bloedtransfusiecentrum	5.216,37
6730	Adjunct-Hoofdverpleegkundige Bloedtransfusiecentrum	11.719,72
6750	Ploegverantwoordelijke Verpleegkundige Bloedtransfusiecentrum	2.366,13
6750 B	Ploegverantwoordelijke Verpleegkundige Bloedtransfusiecentrum	3.499,63
6770	Verpleegkundige Bloedtransfusiecentrum	2.366,13
6770 B	Verpleegkundige Bloedtransfusiecentrum	3.499,63

6771	Bloedafname Assistent	1.811,51
------	-----------------------	----------

¹ De bedragen zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 103.04 (basis 2013 = 100) op 1 juni 2017.

² Bedragen gekoppeld aan het spilindexcijfer 107.20 (basis 2013 = 100) op 1 maart 2020.

In geval van ontbrekende functies zoals vermeld in de bovengenoemde collectieve arbeidsovereenkomst van 31 maart 2021 betreffende de procedures en van toepassing zijnde baremieke overgangsmaatregelen in het kader van het periodieke onderhoud van de sectorale functieclassificatie, voor wat de privésector betreft, en in het protocolakkoord 'Deel 1' van 24 juni 2021, voor wat de openbare sector betreft, wordt het jaarlijks forfait aan 100 % per ontbrekende IFIC-functie voor voltijdse arbeid vastgesteld per IFIC-functie categorie in de onderstaande tabel.

Ontbrekende functie	IFIC categorie	Jaarlijks forfait per VTE aan 100 %
9999	cat 4	1.500
9999	cat 5	1.500
9999	cat 6	1.500
9999	cat 7	1.500
9999	cat 8	1.500
9999	cat 9	1.500
9999	cat 10	1.500
9999	cat 11	1.500
9999	cat 12	4.000
9999	cat 13	4.000
9999	cat 14	4.000
9999	cat 14 B	4.000
9999	cat 15	4.000
9999	cat 16	8.000
9999	cat 17	8.000
9999	cat 18	8.000
9999	cat 19	8.000
9999	cat 20	8.000

De bedragen zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (basis 2013 = 100) van 1 juni 2017.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 3 mei 2024 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.

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Frank VANDENBROUCKE]^{81*}

* Inwerkingtreding: 01.07.2021.

BIJLAGE 23: Artikel 74undecies: aantal VTE's per ziekenhuis

Privé ziekenhuizen		Privé ziekenhuizen		Privé ziekenhuizen		Privé ziekenhuizen		Privé ziekenhuizen	
ERK	VTE	ERK	VTE	ERK	ETP	AGR	ETP	AGR	ETP
009	3.863,06	126	1.966,96	395	487,59	900	328,05	950	170,17
010	2.708,80	134	323,29	396	2.104,03	901	232,50	952	376,90
012	901,77	140	976,07	397	531,80	902	573,61	954	282,30
015	390,50	143	3.004,83	403	4.207,20	904	311,50	955	413,85
017	1.249,28	146	1.628,03	406	3.256,31	905	50,56	956	199,16
023	432,37	152	2.131,39	409	550,24	911	162,77	959	505,83
026	1.297,03	158	551,17	410	1.437,35	912	261,00	960	284,40
032	930,96	166	949,62	525	988,24	915	121,44	961	312,96
038	566,03	170	304,23	528	166,63	916	7,10	962	207,84
039	1.354,19	204	564,72	534	1.755,89	918	229,19	963	384,92
043	1.152,25	217	751,77	536	567,50	922	80,50	964	19,91
057	934,62	243	2.304,29	547	313,93	925	198,83	970	628,51
063	1.471,24	247	821,92	550	679,45	926	128,16	975	419,81
096	1.173,64	257	307,24	595	1.646,59	927	56,94	978	321,90
097	817,05	264	433,04	682	1.006,75	935	127,42	979	64,46
099	2.208,87	265	317,16	689	1.113,90	937	616,96	980	17,40
102	469,85	266	849,33	706	753,82	938	65,14	982	475,70
104	888,93	290	1.786,71	710	1.092,64	941	39,16	986	363,96
106	658,97	300	2.541,83	712	358,82	942	153,00	987	69,03
108	526,36	308	502,14	714	524,98	943	619,89	988	206,67
109	617,72	310	491,23	715	627,04	944	168,54	989	46,27
110	1.038,88	322	6.885,85	717	446,47	946	376,66	991	638,81
111	1.253,52	332	1.259,04	719	674,88	947	286,97	992	367,39
117	3.423,92	346	435,50	723	1.324,11	948	165,19	997	39,99
124	446,06	392	670,04	724	513,75	949	35,72	998	160,40

Openbare ziekenhuizen			Openbare ziekenhuizen		
ERK	VTE STAT	VTE ANDEREN	ERK	VTE STAT	VTE ANDEREN
004	112,99	189,45	254	284,75	899,77
006	285,59	877,60	325	151,13	1.098,46
007		540,95	371	53,56	2.261,56
020	568,64	510,47	412	201,09	2.489,56
037	224,84	546,79	670	3622,90	1.306,19
042	410,88	849,39	707	1372,92	3.361,02
049	927,86	2.066,65	709	13,62	637,53
068	337,58	409,78	713	162,27	709,62
076	391,65	1.790,20	716	55,69	541,52
077	452,16	1.805,27	718	293,21	1.725,87

079	110,09	744,27	[722		11,90] ^{78*}
087	207,54	1.333,01	908	130,94	234,12
103	4,80	611,98	909	59,90	320,92
150	117,60	602,84	923	13,65	124,92
164	123,78	577,48	939	163,59	333,15
168	128,11	547,41	951	20,20	390,77
176	200,26	1.018,24	972	206,92	394,06
246	268,93	576,15	974	68,19	734,23
249	58,36	298,68	985	58,28	182,30

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 14 december 2020 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.

Brussel, 14 december 2020.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

FR. VANDENBROUCKE]⁷⁷

* Inwerkingtreding: 25.12.2020.

BIJLAGE 24: Artikel 74terdecies: de hub ziekenhuizen

Erkenning	Ziekenhuis	Gemeente
010	Grand Hôpital de Charleroi	GILLY
012	AZ Sint-Blasius	DENDERMONDE
015	Hôpital Saint Nicolas	EUPEN
020	C.H..R. Verviers	VERVIERS
026	AZ Sint-Maarten	MECHELEN
039	CHU UCL Namur	YVOIR
043	Clinique Saint Pierre	OTTIGNIES
049	AZ Sint-Jan Brugge – Oostende	BRUGGE
068	Centre Hospitalier Régional de Huy	HUY
079	Institut Jules Bordet	BRUXELLES
099	GZA Ziekenhuizen	WILRIJK
103	C.H. Régionale Sambre et Meuse	SAMBREVILLE
110	Clinique Saint Jean	BRUXELLES
111	Cliniques de l'Europe	UCCLE
117	AZ Delta	ROESELARE
143	UZ Brussel	JETTE
146	Centre Hospitaliers Jolimont	HAINE-SAINT-PAUL
152	CHC Montlegia	LIÈGE
164	Vivalia IFAC	BASTOGNE
168	Vivalia - CH de l'Ardenne	BASTOGNE
243	Jessa Ziekenhuis	HASSELT
246	Vivalia - Clinique du Sud Luxembourg	BASTOGNE
247	C.H. de Mouscron	MOUSCRON
254	C.H.U. Ambroise Paré	MONS
257	Klinik St. Josef	ST VITH
300	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	EDEGEM
322	Universitaire Ziekenhuizen van de K.U. Leuven	LEUVEN
325	C.H.U. A. Vésale	CHARLEROI
332	C.H.I.R.E.C Delta	AUDERGHEM
346	C.H. Jolimont -Nivelles	HAINE SAINT PAUL
396	AZ Groeninge	KORTRIJK
403	Cliniques Univ. Saint Luc	WOLUWE-SAINT-LAMBERT
406	Hôpital Erasme	ANDERLECHT
412	C.H.R. de la Citadelle	LIÈGE
534	Centre Hospitalier de Wallonie picarde	TOURNAI
670	UZ Gent	GENT
706	Clinique Saint Luc	BOUGE
707	Centre Hospitalier Universitaire de Liège	LIÈGE
713	AZ Jan Palfijn	GENT
715	Sint-Trudo Ziekenhuis	SINT-TRUIDEN]

Gezien om gevoegd te worden bij het koninklijk besluit van 24 april 2024 tot wijziging van koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Volksgezondheid,

Fr. VANDENBROUCKE]⁸⁰