

ROYAUME DE BELGIQUE

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

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

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

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux
et autres établissements de soins, l'article 105, § 1^{er},
modifié par les l

9ois du 10 avril 2014 et 18 décembre 2016 ;

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

Vu les avis du Conseil fédéral des établissements
hospitaliers, donnés 10 novembre 2022 (D/565), le 8
décembre 2022 (D/566), le 9 février 2023 (D/568) et
(D/572), le 22 mai 2023 (D/578), le 28 septembre 2023
(D/583), le 30 octobre 2023 (D/586), le 11 janvier 2024
(D/595), le 8 février 2024 (D/600) et (D/601), le 15
février 2024 (D/599), le 25 avril 2024 (D/605) et le 3
juin 2024 (D/606).

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17
décembre 2024 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le
XXX

Vu l'avis xxx du Conseil d'Etat, donné le xxx, en
application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois
sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

KONINKRIJK BELGIE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

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

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

Gelet de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de
ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel
105, § 1, gewijzigd bij de wetten van 10 april 2014 en 18
december 2016;

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

Gelet op de adviezen van de Federale Raad voor
ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 10 november 2022
(D/565), 8 december 2022 (D/566), 9 februari 2023
(D/568) en (D/572), 22 mei 2023 (D/578), 28 september
2023 (D/583), 30 oktober 2023 (D/586), 11 januari 2024
(D/595), 8 februari 2024 (D/600) en (D/601), 15 februari
2024 (D/599), 25 april 2024 (D/605) en 3 juni 2024 (D/606).

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën,
gegeven op 17 december 2024;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor
Begroting, gegeven op XXX

Gelet op het advies xxx van de Raad van State, gegeven op
xxx, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van
de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12
januari 1973;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Chapitre 1. Dispositions modificatrices de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Article 1^{er}. Dans l'article 12, § 2, a), 3°, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, le 3^e tiret est remplacé par ce qui suit :

« - externe, pour des raisons médicales, de patients admis dans les unités de soins ou séjournant au service des urgences vers un autre hôpital ; ».

Art. 2. Dans l'article 13 du même arrêté, le point 7°, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 juin 2007, est abrogé.

Art. 3. L'article 33, § 3, du même arrêté modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 10 novembre 2006, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget disponible pour les unités de grands brûlés est diminué d'un montant de 2.500,56 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les unités de grands brûlés en fonction de leur part dans ce budget disponible. ».

Art. 4. L'article 42, § 1^{er}, 1^{ère} opération, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget national disponible visé à l'alinéa 1^{er} est diminué d'un montant de 689.290,20 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les hôpitaux concernés en fonction de leur part dans ce budget disponible. ».

Art. 5. Dans l'article 42, § 1^{er}, 11^e opération, 1°, b), alinéa 1^{er}, premier tiret, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012,

Hoofdstuk 1: Bepalingen 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

Artikel 1. In artikel 12, § 2, a), 3°, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wordt het 3^e streepje vervangen door wat volgt:

“- extern patiëntenvervoer, om medische redenen, van patiënten opgenomen op de verpleegeenheden of verblijvend op de spoedgevallendienst naar een ander ziekenhuis;”.

Art. 2. In artikel 13 van hetzelfde besluit, wordt de bepaling onder 7°, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 juni 2007, opgeheven.

Art. 3. Artikel 33, § 3, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 november 2006, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“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.”.

Art. 4. Artikel 42, § 1, 1^{ste} bewerking, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 november 2006, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“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.”.

Art. 5. In artikel 42, § 1, 11^e bewerking, 1°, b), eerste streepje, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, worden

les mots « à l'article 78, 1° » sont remplacés par les mots « à l'article 78bis ».

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

1° le paragraphe 1^{er}, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget disponible pour les services G isolés et les services Sp, hormis les services Sp-soins palliatifs, est diminué d'un montant de 83.335,11 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les services concernés en fonction de leur part dans ce budget disponible. » ;

2° le paragraphe 3, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget disponible pour les services Sp-soins palliatifs est diminué d'un montant de 4.872,90 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les services concernés en fonction de leur part dans ce budget disponible. ».

Art. 7. L'article 44, § 1^{er}, du même arrêté, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget visé à l'alinéa précédent est diminué d'un montant de 169.784,63 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les hôpitaux psychiatriques en fonction de leur part dans ce budget. ».

Art. 8. Dans le chapitre VI, section II, sous-section 4bis, du même arrêté, il est inséré un article 44ter rédigé comme suit :

« Art. 44ter. À partir du 1^{er} janvier 2024, les transports hospitaliers non urgents de patients, pour raison médicale, avec admission dans un autre hôpital ne peuvent plus être facturés au patient.

Ce transport interhospitalier est pris en charge dans le budget des moyens financiers selon les modalités qui suivent, à l'exclusion des transports prévus dans l'arrêté ministériel du 8 janvier 1992 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et les conditions d'octroi de

de woorden "in artikel 78, 1°" vervangen door de woorden "in artikel 78bis".

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

1° paragraaf 1, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt aangevuld met een lid, luidende:

"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.";

2° paragraaf 3, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt aangevuld met een lid, luidende:

"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.".

Art. 7. Artikel 44, § 1, van hetzelfde besluit, wordt aangevuld met een lid, luidende:

"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.".

Art. 8. In hoofdstuk VI, afdeling II, onderafdeling 4bis, van hetzelfde besluit worden artikel 44ter ingevoegd, luidende :

"Art. 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

cette intervention dans les frais de transport des prématurés et nouveau-nés dont la vie est menacée ou qui courent le risque de séquelles neurologiques permanentes.

Un budget de 12.552.000 euros (index 1^{er} janvier 2024) pour les hôpitaux généraux et de 942.000 euros (index 1^{er} janvier 2024) pour les hôpitaux psychiatriques est prévu pour couvrir les frais de ces transports.

Chaque budget est réparti entre les hôpitaux concernés au prorata de leur nombre de lits justifiés et/ou agréés pondérés, en ce compris les lits agréés Sp, Sp soins palliatifs et les unités de traitement de grands brûlés. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Par hôpital, les lits sont pondérés de la manière suivante :

- pour les 200 premiers lits : 2,5 points par lit ;
- pour les lits compris entre 201 et 300 : 2 points par lit ;
- pour les lits compris entre 301 et 450 : 1,5 points par lit ;
- pour les lits supérieurs à 450 : 1 point par lit. ».

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

1° dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, premier tiret, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 juin 2007, la phrase « A partir du 1^{er} juillet 2008, ce budget tient compte de l'indice de correction sociale, visé au § 3, 4°, 3^e alinéa ; » est abrogée ;

2° dans le paragraphe 1^{er}, le deuxième tiret, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 12 mai 2006, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget disponible pour les unités de grands brûlés est diminué d'un montant de 6.143,98 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les hôpitaux concernés en fonction de leur part dans ce budget disponible. » ;

toekenningsvoorwaarden voor de tegemoetkoming in de vervoerkosten van de prematuren en pasgeborenen wier leven wordt bedreigd of die een risico op blijvende neurologische sequelen 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 tussen de betrokken ziekenhuizen in verhouding tot hun aantal verantwoorde en/of gewogen erkende bedden, met inbegrip van de erkende SP-bedden, de SP-bedden voor palliatieve zorg en de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden. Het aantal verantwoorde bedden is het aantal dat gebruikt wordt om het budget van financiële middelen voor het betrokken jaar vast te leggen 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 van het betrokken jaar.

Per ziekenhuis worden de bedden als volgt gewogen:

- voor de eerste 200 bedden: 2,5 punten per bed ;
- voor de bedden tussen 201 en 300: 2 punten per bed;
- voor de bedden tussen 301 en 450: 1,5 punt per bed;
- voor de bedden boven 450: 1 punt per bed.”.

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

1° in paragraaf 1, tweede lid, eerste streepje, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 19 juni 2007, de zin “Vanaf 1 juli 2008 houdt dit budget rekening met de sociale correctie-index, zoals bedoeld in § 3, 4°, derde lid;” wordt opgeheven;

2° In paragraaf 1 wordt het tweede streepje, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 12 mei 2006, aangevuld met een lid, luidende:

“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.”;

3° le paragraphe 1^{er} est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget global disponible visé à l'alinéa 1^{er} est diminué d'un montant de 1.290.081,49 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les hôpitaux concernés en fonction de leur part dans ce budget global. » ;

4° dans le paragraphe 3, les 3° et 4° sont abrogés.

5° dans le paragraphe 8, alinéa 1^{er}, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, les mots « selon des modalités à fixer par Nous qui incluront, notamment, un indice de correction sociale » sont abrogés.

Art. 10. Dans l'article 46 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 2, 1°, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 10 septembre 2020, les mots « , dont le calcul tient compte de l'indice de correction sociale, dont les modalités de calcul sont définies dans l'annexe 17, point 3 » sont abrogés ;

2° le paragraphe 3, 2°, a) pour le quartier opératoire, a.2) Deuxième calcul, du même arrêté, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Par dérogation aux alinéas précédents, le financement du nombre de salles d'opérations disponibles en permanence pour la neurochirurgie est maintenu à la valeur financée dans le budget des moyens financiers tel que notifié au 1^{er} juillet 2023. ».

Art. 11. Dans le même arrêté, l'article 46bis, abrogé par l'arrêté royal du 22 juin 2017, est rétabli dans la rédaction suivante :

« Art. 46bis. Au 1^{er} juillet 2024, le budget global pour la sous-partie B2 du budget des moyens financiers, visé à l'article 45, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du même arrêté, est diminué d'un montant de 32.456.412,78 euros qui est transféré dans le budget visé à l'article 56, § 4. ».

Art. 12. Dans le chapitre VI, section 2, du même arrêté, les mots « Sous-section 7ter Dispositions communes à la sous-partie B2 de tous les hôpitaux » sont abrogés.

3° paragraaf 1 wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Vanaf 1 januari 2024 wordt het totaal 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 totale budget.”;

4° in paragraaf 3 worden de bepalingen onder 3° en 4° opgeheven.

5° in paragraaf 8, eerste lid, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 17 december 2012, worden de woorden “volgens door Ons te bepalen modaliteiten die met name een sociale correctie-index zullen omvatten” opgeheven.

Art. 10. In artikel 46 hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1, tweede lid, 1°, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 10 september 2020, worden de woorden “, waarbij de berekening rekening houdt met de sociale correctie-index waarvan de berekeningsregels in bijlage 17, punt 3” opgeheven;

2° paragraaf 3, 2°, a) voor het operatiekwartier, a.2) Tweede berekening, van hetzelfde besluit, wordt aangevuld met een lid, luidende

“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.”.

Art. 11. In hetzelfde besluit wordt artikel 46bis, opgeheven bij koninklijk besluit van 22 december 2016, hersteld als volgt:

“Art. 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.”.

Art. 12. In Hoofdstuk VI, Afdeling II, van hetzelfde besluit, worden de woorden “Onderafdeling 7ter. – Gemeenschappelijke bepalingen voor onderdeel B2 van alle ziekenhuizen” opgeheven.

Art. 13. Dans l'article 47 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1^{er}, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget disponible pour les services G isolés et les services Sp, hormis les services Sp-soins palliatifs, visé à l'alinéa 1^{er}, est diminué d'un montant de 138.520,20 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les services concernés en fonction de leur part dans ce budget disponible. » ;

2° le paragraphe 3, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget disponible pour les services Sp-soins palliatifs est diminué d'un montant de 20.758,72 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les services concernés en fonction de leur part dans ce budget disponible. ».

Art. 14. L'article 48 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2012, est complété par un paragraphe 3 rédigé comme suit :

« § 3. A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget de la sous-partie B2 est diminué d'un montant de 231.619,17 euros (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les hôpitaux psychiatriques en fonction de leur part dans ce budget. ».

Art. 15. Dans l'article 49, point 2°, a), du même arrêté, le tableau est complété par les lignes suivantes :

N° 444636-444640	3
N° 444651-444662	3
N° 444673-444684	3
N° 444695-444706	3
N° 444710-444721	3

Art. 16. À l'article 56, §4, du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 21 juillet 2017, les mots « 1^{er} janvier 2018 » sont remplacés par les mots « 1^{er} janvier 2024 » et les mots « 8.014.690 euros »

Art. 13. In artikel 47 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 1, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“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.”;

2° paragraaf 3, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt aangevuld met een lid, luidende:

“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.”.

Art. 14. Artikel 48 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 december 2012, wordt aangevuld met een paragraaf 3, luidende:

“§ 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.”.

Art. 15. In artikel 49, punt 2°, a), van hetzelfde besluit worden de volgende regels aan de tabel toegevoegd:

N° 444636-444640	3
N° 444651-444662	3
N° 444673-444684	3
N° 444695-444706	3
N° 444710-444721	3

Art. 16. In artikel 56, §4, van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 21 juli 2017, worden de woorden “1 januari 2018” vervangen door de woorden “1 januari 2024” en worden de woorden “8.014.690 euro”

sont remplacés par les mots « 41.590.015,27 euros (index 1^{er} janvier 2024) ».

Art. 17. L'article 61 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 mai 2024, est remplacé comme suit :

« § 1^{er}. Au 1^{er} juillet 2024, en vue de la réalisation du dossier patient informatisé intégré, un budget de 62.282.829,25 euros (valeur 1^{er} juillet 2024) pour les hôpitaux généraux et un budget de 10.562.585,06 euros (valeur 1^{er} juillet 2024) pour les hôpitaux psychiatriques sont répartis entre les hôpitaux de chaque groupe concerné selon les modalités décrites ci-dessous.

1° 10 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme socle fixe par hôpital pour renforcer la structure de gouvernance et la gestion des programmes existants.

2° 10 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme socle variable par lit pour encourager les hôpitaux à faire un usage actif et correct du service 'Répertoire des références (hub-metahub)' de la plateforme ehealth .

Par lit, on entend les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée.

3° 50 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme budget accélérateur par lit pour l'utilisation des fonctionnalités de base reprises dans l'annexe 19.

4° 20 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme budget accélérateur par lit pour l'utilisation des fonctionnalités de menu reprises dans l'annexe 19.

5° 10 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti pour la participation au processus d'évaluation par les pairs.

vervangen door de woorden "41.590.015,27 euro (index op 1 januari 2024)".

Art. 17. Artikel 61 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 mei 2024, wordt vervangen als volgt:

"§ 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. A partir du 1^{er} juillet 2025, un budget de 62.282.829,25 euros (valeur 1^{er} juillet 2024) pour les hôpitaux généraux et un budget de 10.562.585,06 euros (valeur 1^{er} juillet 2024) pour les hôpitaux psychiatriques sont répartis entre les hôpitaux de chaque groupe concerné selon les modalités décrites ci-dessous.

1° 10 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme socle fixe par hôpital pour renforcer la structure de gouvernance et la gestion des programmes existants. Ce forfait est calculé chaque année et est identique pour tous les hôpitaux de chaque groupe.

Les hôpitaux doivent, pour le maintien de leur forfait socle fixe par hôpital, déclarer et documenter 6 semaines après la période de référence définie ci-dessous les taux d'utilisation des fonctionnalités de base et de menu du programme accélérateur BMUC à l'aide de l'outil de collecte de données (BMUC Data Collection Tool).

Enfin, les hôpitaux doivent également déclarer et documenter 6 semaines après la période de référence définie ci-dessous :

- l'auto-évaluation selon le template fourni par le SPF Santé publique ;
- le plan directeur démontrant l'engagement à augmenter le niveau de maturité ;
- la mise à jour de l'état d'avancement des actions prévues dans le plan.

2° 10 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme socle variable par lit pour encourager les hôpitaux à faire un usage actif et correct des hub's. Ce forfait est calculé chaque année et est identique pour tous les hôpitaux de chaque groupe.

Par lit, on entend les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée.

§ 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.

Le maintien de ce forfait est lié au respect des conditions suivantes :

- a) Les données de soin des établissements de soins (lettre de sortie, rapport de consultation, protocole opératoire, résultat des examens techniques, de laboratoire, d'imagerie médicale, etc.) seront publiées et accessibles au patient dans un délai de 0 jour (par défaut) à 7 jours maximum, par l'intermédiaire du 'Répertoire des références hubs-metahub' ;
- b) l'accessibilité pour le patient aux documents énumérés au point a) ;
- c) la consultation, par l'intermédiaire des hubs et des 'coffres-forts sanitaires', selon les règles définies par la plateforme eHealth, des informations de santé partagées par d'autres institutions, des dossiers médicaux électroniques résumés (Summarised Electronic Health Records - SumEHR) et du schéma de médication par les prestataires de soins de santé de l'institution ;
- d) la mise à disposition des données de santé électroniques des patients à d'autres prestataires de soins de santé par l'intermédiaire du système hubs-metahub. Les informations doivent être échangées sous une forme permettant leur réutilisation (Caresets, FHIR, Snomed CT) ;
- e) l'accessibilité des documents selon la matrice d'accès définie par la plateforme eHealth ;
- f) la possibilité d'obtenir des rapports/statistiques automatiques à partir du hub sur le nombre de publications et de consultations ; ces rapports doivent être mis à la disposition de l'hôpital lui-même et du SPF Santé publique.

Pour pouvoir évaluer les points a) et f), les hôpitaux doivent annoter toutes les données partagées par l'intermédiaire du système hubs-metahub avec les métadonnées appropriées. Les différents types de métadonnées sont définis par règlement de la plateforme eHealth.

Si l'hôpital ne remplit pas cette condition, il ne bénéficie pas du financement pour le budget socle variable par lit lors de l'exercice suivant. Le financement est accordé l'exercice suivant celui au cours duquel la condition est remplie.

De voortzetting van dit forfait is afhankelijk van de naleving van de volgende voorwaarden:

- a) De gegevens 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 'verwijzingsrepertorium 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 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme budget accélérateur par lit pour l'utilisation des fonctionnalités de base reprises dans l'annexe 19.

Le maintien du budget octroyé est conditionné aux exigences suivantes :

- les hôpitaux généraux doivent utiliser effectivement, au cours de la période de référence de l'année concernée, au moins 16 fonctionnalités de base pour 80 % de la population définie ;
- les hôpitaux psychiatriques doivent utiliser effectivement, au cours de la période de référence de l'année concernée, au moins 15 fonctionnalités de base pour 80 % de la population définie.

On entend par 'période de référence de l'année concernée', le mois de décembre pour l'année 2025 et le mois de septembre pour les années suivantes.

L'hôpital n'ayant pas fait preuve d'une utilisation effective suffisante du nombre de fonctionnalités de base de son groupe pendant la période de référence de l'année concernée n'est pas financé l'année suivante pour ce budget accélérateur par lit. Il peut être financé l'année qui suit la période de référence où il fait la preuve d'une utilisation effective suffisante du nombre de fonctionnalités de base de son groupe d'hôpitaux pendant la période de référence définie.

4° 60 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme budget accélérateur par lit pour l'utilisation des fonctionnalités de menu reprises dans l'annexe 19.

L'octroi du budget accélérateur pour l'utilisation des fonctionnalités de menu est conditionné aux exigences suivantes :

- les hôpitaux généraux doivent utiliser effectivement, au cours de la période de référence de l'année concernée, au moins 8 fonctionnalités de menu pour 80 % de la population définie ;
- les hôpitaux psychiatriques doivent utiliser effectivement, au cours de la période de référence de l'année concernée, au moins 5

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.

fonctionnalités de menu pour 80 % de la population définie.

On entend par 'période de référence de l'année concernée', le mois de décembre pour l'année 2025 et le mois de septembre pour les années suivantes.

L'hôpital n'ayant pas fait preuve d'une utilisation effective suffisante du nombre de fonctionnalités de menu de son groupe pendant la période de référence définie n'est pas financé l'année suivante pour ce budget accélérateur par lit. Il est financé l'année qui suit la période de référence où il fait la preuve d'une utilisation effective suffisante du nombre de fonctionnalités de menu de son groupe pendant la période de référence définie.

5° 10 % du budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti pour la participation au processus d'évaluation par les pairs. Ce forfait est calculé chaque année et est identique pour tous les hôpitaux de chaque groupe.

L'hôpital doit participer effectivement aux activités 'Peer Review' qui sont organisées chaque année par le SPF Santé publique. L'hôpital qui ne participe pas à ces séances d'information et de formation n'est pas financé pour ce forfait 'peer review' pour l'exercice suivant. Il est à nouveau financé l'exercice qui suit celui pendant lequel il a effectivement participé aux activités prévues.

Le contrôle des conditions définies dans les points 2° à 5° est effectué par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement sur base des données encodées par chaque hôpital, 6 semaines après la fin de la période de référence concernée, dans l'outil de collecte de données (BMUC Data Collection Tool) mis à disposition par le SPF Santé publique. ».

Art. 18. Dans le même arrêté, l'article 61bis inséré par l'arrêté royal du 3 mai 2024 est remplacé par ce qui suit :

« Art. 61bis. § 1^{er}. Au 1^{er} janvier 2024, en vue de mettre en œuvre des mesures en matière de cybersécurité, un budget de 10.465.200 euros (valeur 1^{er} janvier 2024) pour les hôpitaux généraux et un budget de 1.774.800 euros (valeur 1^{er} janvier 2024) pour les hôpitaux psychiatriques sont répartis entre

'Réfrentieperiode 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."

Art. 18. In hetzelfde besluit wordt artikel 61bis, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 3 mei 2024, vervangen als volgt:

"Art. 61bis. § 1. Op 1 januari 2024, wordt met het oog op de uitvoering van cyberbeveiligingsmaatregelen een budget van 10.465.200 euro (waarde 1 januari 2024) voor de algemene ziekenhuizen en een budget van 1.774.800 euro (waarde 1 januari 2024) voor de psychiatrische

les hôpitaux de chaque groupe concerné selon leur nombre de lits.

Par 'lit', on entend les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice considéré et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Les hôpitaux s'engagent à respecter les conditions suivantes :

- remettre un rapport sur les activités prises au sein de l'hôpital en matière de cybersécurité pour l'année 2023 ;
- transmettre une description synthétique de sa gouvernance cybersécurité ;
- communiquer une description des projets cyber lancés ou en cours en 2024 ;
- participer à la nouvelle campagne d'évaluation de la maturité.

Les trois premiers documents doivent être complétés à partir du formulaire accessible sur la 'Toolbox' de la plateforme eHealth et être soumis par chaque hôpital pour le 31 mai 2024 au plus tard.

La campagne d'évaluation de maturité est organisée durant le 3^e trimestre 2024.

§ 2. Au 1^{er} janvier 2024, un budget de 765.000 euros est réparti entre les hôpitaux qui s'engagent à contribuer au Programme Cyber en partageant leurs ressources documentaires existantes et utiles avec l'ensemble du secteur.

Ce budget est réparti entre les hôpitaux concernés de la manière suivante :

- 50 % du budget au prorata du nombre d'hôpitaux participants ;
- 50 % du budget au prorata du nombre de documents partagés par l'hôpital.

Le détail des documents éligibles est publié sur la plateforme eHealth et chaque hôpital qui souhaite partager des documents doit soumettre ces

ziekenhuizen verdeeld over de ziekenhuizen van elke betrokken groep volgens hun 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.

De ziekenhuizen verbinden zich ertoe de volgende voorwaarden te voldoen:

- een activiteitenverslag indienen over de binnen het ziekenhuis ondernomen acties op het gebied van cyberbeveiliging voor het jaar 2023;
- een beknopte beschrijving indienen van haar cyberbeveiligingsbeheer;
- een beschrijving geven van cyberprojecten die in 2024 zijn opgestart of in uitvoering zijn;
- deelnemen aan een nieuwematuriteitsbeoordelingscampagne.

De eerste drie documenten moeten worden ingevuld met behulp van het formulier dat beschikbaar is op de "Toolbox" van het eHealth-platform en worden door elk ziekenhuis uiterlijk op 31 mei 2024 ingediend.

De maturiteitsbeoordelingscampagne wordt in het 3^e kwartaal van 2024 georganiseerd.

§ 2. Op 1 januari 2024, wordt een budget van 765.000 euro verdeeld onder de ziekenhuizen die zich ertoe verbinden bij te dragen aan het sectorale Cyber Programma door hun bestaande en bruikbare documentatiebronnen te delen met de hele sector.

Dit budget wordt als volgt over de betrokken ziekenhuizen verdeeld:

- 50% van het budget in verhouding tot het aantal deelnemende ziekenhuizen ;
- 50% van het budget in verhouding tot het aantal documenten dat door het ziekenhuis wordt gedeeld.

Details van de in aanmerking komende documenten zullen worden gepubliceerd op het eHealth-platform, en elk ziekenhuis dat documenten wil delen moet deze vóór 31 mei 2024 via dit platform indienen."

documents via cette plateforme pour le 31 mai 2024. ».

Art. 19. Dans le chapitre VI, section II, sous-section 9 du même arrêté, il est inséré un article 61^{ter} rédigé comme suit :

« Art. 61^{ter}. § 1^{er}. En vue d'implémenter les normes NIS 2, un budget de 33.772.500 euros (valeur 1^{er} janvier 2024) pour les hôpitaux généraux et un budget de 5.727.500 euros (valeur 1^{er} janvier 2024) pour les hôpitaux psychiatriques sont répartis, uniquement pour l'année 2024, entre les hôpitaux de chaque groupe concerné selon leur nombre de lits.

Par lit, on entend les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de la fixation du budget des moyens financiers de l'exercice 2024 et le nombre de lits agréés est celui connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier 2024. ».

Art. 20. À l'article 63 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 1^{er}, les mots « au 1^{er} janvier 2023, à 61.880.980 euros » sont remplacés par les mots « au 1^{er} janvier 2024, à 82.198.600 euros » ;

2° dans le paragraphe 2, les mots « au 1^{er} janvier 2023, à 282.331.336 euros » sont remplacés par les mots « au 1^{er} janvier 2024, à 318.550.962 euros » ;

3° dans le paragraphe 3, les mots « au 1^{er} janvier 2023, à 5.770.442 euros » sont remplacés par les mots « au 1^{er} janvier 2024, à 8.005.851 euros » ;

4° le paragraphe 3 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Elles peuvent également porter sur la coordination fédérale d'une innovation, la formation à cette innovation, des actions de sensibilisation envers les acteurs hospitaliers ainsi que des incitants à la

Art. 19. In hoofdstuk VI, afdeling II, onderafdeling 9, van hetzelfde besluit wordt het artikel 61^{ter} ingevoegd, luidende:

"Art. 61^{ter}. § 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 gerechtvaardigde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2. Het aantal gerechtvaardigde 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."

Art. 20. Artikel 63 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 mei 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in paragraaf 1 worden de woorden "op 1 januari 2023 is vastgesteld op 61.880.980 euro" vervangen door de woorden "op 1 januari 2024 is vastgesteld op 82.198.600 euro";

2° in paragraaf 2 worden de woorden "op 1 januari 2023 is vastgesteld op 282.331.336 euro" vervangen door de woorden "op 1 januari 2024 is vastgesteld op 318.550.962 euro";

3° in paragraaf 3 worden de woorden "op 1 januari 2023 is vastgesteld op 5.770.442 euro" vervangen door de woorden "op 1 januari 2024 is vastgesteld op 8.005.851 euro";

4° paragraaf 3 wordt aangevuld met een lid, luidende :

"Ze kunnen ook betrekking hebben op de federale coördinatie van een innovatievernieuwing, de vorming met betrekking tot deze innovatie, sensibiliseringsacties

collaboration avec des partenaires externes à l'hôpital. ».

Art. 21. À l'article 78 du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées :

1° le point 1.1. est remplacé comme suit « 1.1. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er} et bénéficiant d'une allocation majorée ; » ;

2° le point 1.2. est remplacé comme suit « 1.2. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er}. Les tranches de bas revenus concernées sont les deux tranches les plus basses pour lesquelles un maximum à facturer s'applique pour 2022 :

- la tranche comprise entre 0 et 11.120 euros pour laquelle s'applique un montant maximum à facturer de 250 euros,
- la tranche comprise entre 11.120,01 euros et 19.894,05 euros pour laquelle s'applique un montant maximum à facturer de 506,79 euros. ».

Art. 22. Dans le même arrêté, il est ajouté un article 78bis après l'article 78 rédigé comme suit :

« Art. 78bis. § 1^{er}. Un montant de 58.876.772,36 euros (index 1^{er} juillet 2024) est réparti entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés.

Le montant disponible est réparti selon les modalités suivantes.

1. Le budget disponible est réparti à part égale entre deux groupes d'hôpitaux :

a) Groupe 1 : Tous les hôpitaux,

pour ziekenhuispersoneel en stimulansen tot samenwerking met externe partners van het ziekenhuis.".

Art. 21. In artikel 78 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 mei 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° punt 1.1. wordt vervangen door wat volgt: "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;"

2° punt 1.2. wordt vervangen door wat volgt: "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."

Art. 22. In hetzelfde besluit wordt na artikel 78 een artikel 78bis toegevoegd, dat als volgt luidt :

"Art. 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.

Het beschikbare bedrag wordt als volgt verdeeld:

1. Het beschikbare budget wordt gelijk verdeeld over twee groepen van ziekenhuizen:

a) Groep 1: Alle ziekenhuizen,

b) Groupe 2 : Les hôpitaux au profil social plus lourd ;

2. Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

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

2.2. Ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives à des patients relevant des organismes assureurs repris à l'article 99, § 1^{er}. Les tranches de bas revenus concernées sont les deux tranches les plus basses pour lesquelles un maximum à facturer s'applique pour 2022 :

- la tranche comprise entre 0 et 11.120 euros pour laquelle s'applique un montant maximum à facturer de 250 euros,
- la tranche comprise entre 11.120,01 euros et 19.894,05 euros pour laquelle s'applique un montant maximum à facturer de 506,79 euros ;

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

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

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 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

correspond au budget disponible susvisé divisé par le total des lits agréés de l'ensemble des hôpitaux bénéficiaires et multiplié par le nombre de lits agréés de l'hôpital concerné.

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

- ratio sous 2.1. : par 0,25 ;
- ratio sous 2.2. : par 0,66 ;
- ratio sous 2.3. : par 1,00.

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

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

5. Le budget disponible de chaque groupe d'hôpitaux est réparti comme suit :

- 60 % pour les cas relevant du ratio sous 2.1.,
- 25 % pour les cas relevant du ratio sous 2.2.,
- 15 % pour les cas relevant du ratio sous 2.3.,

en sachant que pour le groupe 1, le budget disponible est réparti entre tous les hôpitaux et que pour le groupe 2, le budget disponible est réparti entre les hôpitaux ayant un profil social plus lourd c'est-à-dire les hôpitaux dont le score est supérieur à la médiane.

§ 2. Une période transitoire de trois ans est prévue pour le financement prévu de la sous-partie B8 du budget.

Pour l'année 2025, le calcul du budget prévu de la sous-partie B8 du budget est calculé à 34% selon le mode de calcul prévu à l'art. 78bis et à 66% selon le mode de calcul prévu à l'art. 78.

Pour l'année 2026, le calcul du budget de la sous-partie B8 du budget est calculé à 66% selon le mode de calcul prévu à l'art. 78bis et à 34% selon le mode de calcul prévu à l'art. 78.

À partir de 2027, le calcul du budget de la sous-partie B8 du budget est calculé selon le mode calcul prévu selon le mode de calcul prévu à l'art. 78bis. ».

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.: bij 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 voorzien in een overgangperiode van drie jaar voor de geplande financiering van onderdeel B8 van het budget.

Voor het jaar 2025 wordt 34% van het voorziene budget voor onderdeel B8 van het budget berekend volgens de in artikel 78bis beschreven berekeningsmethode en 66% volgens de in artikel 78 beschreven berekeningsmethode.

Voor het jaar 2026 wordt 66% van het budget voor onderdeel B8 van het budget berekend volgens de in artikel 78bis beschreven berekeningsmethode en 34% volgens de in artikel 78 beschreven berekeningsmethode.

Vanaf 2027 wordt het budget voor onderdeel B8 van het budget berekend volgens de berekeningsmethode voorzien in artikel 78bis.".

Art. 23. À l'article 79^{duodecies} du même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 mai 2024, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 2, l'alinéa 1^{er} est remplacé par ce qui suit :

« Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024, le solde prévu au §1^{er}, 2°, est de 312.011.142,98 euros (valeur au 1^{er} janvier 2024). » ;

2° dans le point 2°, A est remplacé par ce qui suit :

« A = (nombre de lits agréés au 1^{er} janvier de l'année n-1 hormis les lits intensifs existants x points par lit tels que calculés au 1^{er} juillet n-1 dans la sous-partie B2 des hôpitaux généraux de type budgétaire aigu) + (lits intensifs existants au 1^{er} janvier de l'année n-1 x 5 avec un minimum de 6 lits) + (nombre de salles d'opération existantes au 1^{er} janvier de l'année n-1 x 7,5) + (points d'urgence calculés au 1^{er} juillet n-1 dans la sous-partie B2 de ces hôpitaux avec un minimum de 15 points en cas d'agrément d'une Fonction 'première prise en charge des urgences' ou d'une Fonction 'soins urgents spécialisés') + (lits existants au 1^{er} janvier de l'année n-1 d'hôpital de jour chirurgical x 1) ; » ;

3° dans le point 3°, A est remplacé par ce qui suit :

« A = nombre de lits agréés au 1^{er} janvier de l'année n-1 divisé par le nombre de lits par service x 2,5, étant entendu que ce nombre de lits par service est le suivant :

30 lits pour les indices A, Aj, An, T, Tj, Tn, Tg,

24 lits pour l'indice G,

20 lits pour les indices K, Kj, Kn, Psp, Sp,

8 lits pour l'indice IB,

6 lits pour les indices PAL et Grands Brûlés ; ».

Art. 24. Dans l'article 79^{terdecies} du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 3 mai 2024, les alinéas 1 à 3 sont remplacés par ce qui suit :

« A partir du 1^{er} juillet 2024, en vue de soutenir la formation des candidats médecins spécialistes, la sous-partie B4 du budget des moyens financiers

Art. 23. De volgende wijzigingen worden aangebracht aan artikel 79^{duodecies} van hetzelfde besluit, laatst gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 mei 2024:

1° in paragraaf 2 wordt het eerste lid vervangen als volgt:

"Van 1 januari tot 31 december 2024 bedraagt het saldo bedoeld in §1, 2°, 312.011.142,98 euro (waarde op 1 januari 2024)." ;

2° in punt 2° worden de bepalingen onder A vervangen als volgt:

" 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 betreffende jaar 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);";

3° in punt 3° worden de bepalingen onder A vervangen als volgt:

"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;"

Art. 24. In artikel 79^{terdecies} van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 3 mei 2024, worden het eerste tot en met het derde lid vervangen als volgt:

"Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen bevat vanaf 1 juli 2024 ter ondersteuning van de opleiding van kandidaat-artsen-specialisten een financiering van

comprend un financement de 41.162.545,72 euros (index 1^{er} janvier 2024) réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre d'équivalents temps plein de candidats médecins spécialistes qui effectuent un stage auprès d'un maître de stage reconnu dans un hôpital ou un stage spécifique auprès d'un maître de stage coordinateur.

Chaque année, une actualisation du financement est effectuée sur base du nombre d'ETP de médecins spécialistes en formation auxquels s'applique la convention collective et qui travaillaient dans l'hôpital au cours de la période allant du 1^{er} octobre de l'année N-2 jusqu'au 30 septembre de l'année N-1. Ce nombre est fourni par l'Office national de Sécurité sociale. ».

Art. 25. Dans le même arrêté il est inséré un article 79sexiesdecies rédigé comme suit :

« Art. 79sexiesdecies. À partir du 1^{er} janvier 2024, un budget de 2.764.652,84 euros (index 1^{er} janvier 2024) est octroyé aux hôpitaux publics en vue du renforcement des ressources humaines par l'introduction d'un nouveau collaborateur ou de temps de travail supplémentaire visant à accompagner la mise en œuvre et la réalisation de mesures qualitatives convenues pour l'amélioration des conditions de travail dans le secteur des soins.

Ce budget est réparti entre les hôpitaux publics en fonction d'une simulation qui tient compte des attributions suivantes :

- 1° moins de 90 ETP : 0 ETP ;
- 2° minimum 90 ETP et maximum 300 ETP : 0,5 ETP ;
- 3° plus de 300 ETP et maximum 900 ETP : 0,75 ETP ;
- 4° plus de 900 ETP : 1 ETP.

Ce budget est calculé sur base de la valorisation d'un ETP à hauteur d'un montant de 77.933,01 euros (c'est-à-dire de catégorie IFIC 16 avec 10 ans d'ancienneté et exprimé à l'index au 1^{er} janvier 2022) et sur base du nombre d'ETP payés dans les centres de frais 020 à 899 hors médecins, tels qu'issus de la collecte FINHOSTA 2019, ou 2018 quand 2019 n'était pas disponible.

L'actualisation du budget par hôpital s'effectue tous les deux ans à partir du 1^{er} juillet 2026 sur base des ETP payés de l'année N-2. ».

41.162.545,72 euro (index 1 januari 2024) verdeeld over de ziekenhuizen naar rato 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.

Elk jaar wordt de financiering geactualiseerd op basis van het aantal FTE's van artsen-specialisten in opleiding op wie de collectieve arbeidsovereenkomst 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. Dit aantal wordt verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid.”.

Art. 25. In hetzelfde besluit wordt een artikel 79sexiesdecies ingevoegd, dat als volgt luidt :

"Art. 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.”.

Art. 26. Dans le même arrêté, est inséré un article 79*septiesdecies* rédigé comme suit :

« Dans les hôpitaux du secteur public, un budget de 5.248.937,22 euros pour l'année 2022 et de 5.568.271,56 euros pour l'année 2023 est réparti entre les hôpitaux selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 79*sexiesdecies*. Ce budget, octroyé une seule année, doit être utilisé pour mettre en œuvre localement des mesures concernant la gestion de l'agression et/ou des projets axés sur le coaching d'équipe et les trajets de leadership.

Le maintien du financement octroyé est soumis à l'envoi, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement pour le 30 juin 2025, d'une copie du procès-verbal qui confirme que la concertation sociale locale sur les mesures précitées a bien eu lieu. ».

Art. 27. A l'article 85, §1^{er}, a), du même arrêté est inséré un alinéa 3 rédigé comme suit :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, sont d'office indexés les financements octroyés conformément aux dispositions d'un contrat conclu avec le Ministre ayant la santé publique dans ses attributions, ou son fonctionnaire délégué, qui portent sur des frais de personnel ou de fonctionnement. L'indexation s'applique à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit le début du contrat concerné. ».

Art. 28. Dans le chapitre IX, la section IV comprenant les articles 91*quater* à 91*sexiesdecies* et dans le chapitre XI l'article 97*bis* sont abrogés.

Art. 29. Dans l'article 82 du même arrêté les mots « seront fixés » sont remplacés par les mots « en ce qu'ils concernent des révisions sont ».

Art. 30. Dans l'article 98, du même arrêté, le paragraphe 5 est remplacé comme suit :

« § 5. Par journée de séjour dans une famille d'accueil, il est octroyé, en provision, au pouvoir organisateur de l'hôpital qui est agréé pour la fonction de soins psychiatriques en milieu familial, un montant

Art. 26. In hetzelfde besluit wordt een artikel 79*septiesdecies* ingevoegd, luidende:

"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 79*sexiesdecies*. Dit voor één jaar toegekende budget moet 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 30 juni 2025 van een kopie van de notulen waarin wordt bevestigd dat het lokaal sociaal overleg over voormelde maatregelen heeft plaatsgevonden."

Art. 27. In artikel 85, §1, a), van hetzelfde besluit wordt een lid 3 ingevoegd, dat luidt als volgt:

"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."

Art. 28. In hoofdstuk IX, wordt sectie IV, die de artikelen 91*quater* tot en met 91*sexiesdecies* omvat opgeheven en in hoofdstuk XI, wordt artikel 97*bis*, opgeheven.

Art. 29. In artikel 82 van hetzelfde besluit worden de woorden "voor zover zij betrekking hebben op herzieningen" ingevoegd tussen de woorden "inhaalbedragen" en "worden".

Art. 30. in artikel 98, van hetzelfde besluit wordt paragraaf 5 vervangen als volgt:

"§ 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

forfaitaire de 26,21 euros (index 1^{er} novembre 2023) pour couvrir les coûts autres que ceux liés aux soins du patient. De ce montant, un montant de base forfaitaire de 23,83 euros (index 1^{er} novembre 2023) est octroyé à la famille d'accueil, majoré des montants attribués sur base des critères de qualité du logement et des nécessités de soins du patient. Ces critères sont fixés par le pouvoir organisateur dans le règlement intérieur qui doit être approuvé par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses compétences. Le montant global qui est payé à toutes les familles d'accueil pour tous les patients ne peut jamais être supérieur à 45 euros (index 1^{er} novembre 2023) en moyenne par jour. ».

Art. 31. À l'article 99, § 2, b), la dernière phrase du deuxième tiret est remplacée comme suit :

« - 50 % de la partie variable sont liquidés par journée d'hospitalisation. Il est retenu le nombre de journées d'hospitalisation réalisées pendant l'exercice sur base duquel les activités justifiées ont été calculées, étant entendu que, pour les années 2023 et 2024, le nombre d'admissions retenu et le nombre de journées d'hospitalisation sont augmentés du nombre de maxi-forfaits facturés de l'année de référence du calcul de l'activité justifiée. ».

Art. 32. L'annexe 9 du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 10 septembre 2020, est complétée par ce qui suit :

« Nomenclature	Minutes
228281	420
228303	640
228325	720
228340	725
242841	480
242863	340
242885	300
242900	300
242922	300
354351	80
354362	80
475996	70
476000	70 ».

novembre 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.”.

Art. 31. In artikel 99, § 2, onder b), wordt de laatste zin van het tweede streepje vervangen door wat volgt :

“- 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 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.”.

Art. 32. Bijlage 9 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd door het koninklijk besluit van 10 september 2020, wordt aangevuld als volgt:

"Nomenclatuur	Minuten
228281	420
228303	640
228325	720
228340	725
242841	480
242863	340
242885	300
242900	300
242922	300
354351	80
354362	80
475996	70
476000	70".

Art. 33. L'annexe 9 du même arrêté, modifiée en dernier lieu par l'arrêté royal du 10 septembre 2020, est complétée par ce qui suit :

« Nomenclature	Minutes
224066	200
224081	180
224103	210
224125	275
224140	250
224162	300
224184	350
224206	200
224221	240
224243	320
224265	365
224280	220
224302	275
224324	220
224346	180
224361	230
224383	245
224405	170
224420	215
224442	240
224464	250
224486	280
224501	330
224523	500
224545	165
224560	300
224582	320
224604	300
224626	350
224641	400
224663	135
224685	130
224700	205
224722	145
224744	360
224766	390

Art. 33. Bijlage 9 van hetzelfde besluit, laatstelijk gewijzigd door het koninklijk besluit van 10 september 2020, wordt aangevuld als volgt:

"Nomenclatuur	Minuten
224066	200
224081	180
224103	210
224125	275
224140	250
224162	300
224184	350
224206	200
224221	240
224243	320
224265	365
224280	220
224302	275
224324	220
224346	180
224361	230
224383	245
224405	170
224420	215
224442	240
224464	250
224486	280
224501	330
224523	500
224545	165
224560	300
224582	320
224604	300
224626	350
224641	400
224663	135
224685	130
224700	205
224722	145
224744	360
224766	390

224781	400
224803	280
224825	450
224840	500
224862	270
224884	240
224906	320
224921	330
224943	380
224965	165
224980	300
225002	400
225024	420
225046	430
225061	450
225083	145
225105	170
225120	215
225142	240
225164	280
225186	300
225201	280
225223	410
225245	510
225260	300
225282	360
225304	410
225326	300
225341	400
225363	430
225385	155
225400	170
225422	260
225466	240
225481	270
225503	300
225525	310
225540	300
225562	335
225584	555
225606	300
225621	340

224781	400
224803	280
224825	450
224840	500
224862	270
224884	240
224906	320
224921	330
224943	380
224965	165
224980	300
225002	400
225024	420
225046	430
225061	450
225083	145
225105	170
225120	215
225142	240
225164	280
225186	300
225201	280
225223	410
225245	510
225260	300
225282	360
225304	410
225326	300
225341	400
225363	430
225385	155
225400	170
225422	260
225466	240
225481	270
225503	300
225525	310
225540	300
225562	335
225584	555
225606	300
225621	340

225643	115
225665	300
225680	350
225702	400
225724	500
225746	600
225761	420
225783	460
225805	520
225820	175
225842	180
225864	175
225886	120
225901	450
225923	420
225945	400
225960	460
225982	480
226004	575
226085	175
226100	300
226122	265
226144	360
226225	100
226240	200
226262	360
226284	325
226306	320
226321	340
226343	420
226365	235
226380	285
226402	325
226424	240
226446	350
226461	500
226483	140
226505	175
226520	180
226542	130
226564	80
226586	140

225643	115
225665	300
225680	350
225702	400
225724	500
225746	600
225761	420
225783	460
225805	520
225820	175
225842	180
225864	175
225886	120
225901	450
225923	420
225945	400
225960	460
225982	480
226004	575
226085	175
226100	300
226122	265
226144	360
226225	100
226240	200
226262	360
226284	325
226306	320
226321	340
226343	420
226365	235
226380	285
226402	325
226424	240
226446	350
226461	500
226483	140
226505	175
226520	180
226542	130
226564	80
226586	140

245895	240
245906	240
245932	150
245943	150
252630	180
252641	180 ».

Art. 34. À l'annexe 14 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans l'alinéa 1, le 3° tiret est remplacé par ce qui suit :

« - Données RHM : le résumé hospitalier minimum couplé par la Cellule Technique pour le traitement des données relatives aux hôpitaux, créée au sein de l'Institut et le SPF par la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales » ;

2° au point 2, alinéa 1, les mots « RCM-RFM » sont remplacés par les mots « RHM » ;

3° le point 2 est complété par deux alinéas rédigés comme suit :

« Pour le calcul du BMF du 1^{er} juillet 2024, pour la détermination des valeurs normalisées nationales par lit occupé des prestations médicales par APR-DRG, le calcul doit se faire sur base des dernières données couplées utilisables (2019) avec le grouper associé à l'année concernée.

À partir du BMF du 1^{er} juillet 2025 pour la détermination des valeurs normalisées nationales par lit occupé des prestations médicales par APR-DRG, le calcul doit se faire avec les données couplées N-3, avec le grouper dans la version telle qu'annoncée pour l'enregistrement RHM ».

4° le point 3 est complété par deux alinéas rédigés comme suit :

« Pour le calcul du BMF du 1^{er} juillet 2024, pour le calcul des dépenses normalisées par hôpital, sont utilisés les case-mix des hôpitaux de 2019 avec le grouper associé à l'année concernée.

À partir du BMF du 1^{er} juillet 2025, pour le calcul des dépenses normalisées par hôpital, le case-mix des hôpitaux de la même année de référence, soit l'année N-3, avec la même version du grouper que pour le calcul du point 2 sera utilisé. ».

245895	240
245906	240
245932	150
245943	150
252630	180
252641	180".

Art. 34. De volgende wijzigingen worden aangebracht in bijlage 14 van hetzelfde besluit :

1° In het eerste lid wordt het derde streepje vervangen als volgt:

"- 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 SPF door de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen";

2° in punt 2, eerste lid, worden de woorden "MKG-MFG" vervangen door de woorden "MZG";

3° punt 2 wordt aangevuld met twee leden, luidende:

"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 groep 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."

4° punt 3 wordt aangevuld met twee leden, luidende:

"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 zal, voor de berekening van de genormaliseerde uitgaven per ziekenhuis, de case-mix van ziekenhuizen uit hetzelfde referentiejaar, d.w.z. jaar N-3, met dezelfde versie van de grouper als voor de berekening van punt 2 worden gebruikt."

Art. 35. Dans le même arrêté, l'annexe 19 est remplacée par l'annexe 1 jointe au présent arrêté.

Art. 36. Dans l'annexe 22, 1. Champ d'application, du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans a) Phase 1, trois alinéas sont insérés entre les alinéas 3 et 4, rédigés comme suit :

« Pour le calcul du nombre d'ETP, il est également tenu compte :

1° des membres du personnel détachés d'un C.P.A.S., d'une intercommunale ou d'une autre autorité publique ;

2° des membres du personnel des associations hospitalières agréées, visées par l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, à partir de la date d'agrément de l'association ;

3° des étudiants rémunérés, à l'exclusion des étudiants médecins spécialistes en formation et des étudiants en médecine ;

4° des membres du personnel intérimaire tels que visés à l'article 7 de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs, pour autant que leur engagement soit nécessaire pour permettre de répondre aux normes d'agrément relatives au personnel ;

5° des infirmiers et aides-soignants de projet, tels que visés dans le chapitre III de la loi mentionnée au point 4°, dans la mesure où le recours à ce personnel est nécessaire pour assurer des objectifs de qualité et d'innovation de soins.

La prise en compte du personnel visé aux points 4° et 5° ci-dessus est conditionnée à la démonstration par l'hôpital de ses efforts de recrutement. Ce personnel n'est pris en compte qu'en cas de détachement autorisé dont l'hôpital fournit la preuve au moment de la révision.

L'octroi du financement est conditionné à l'application des barèmes hospitaliers IFIC au personnel visé aux points 1° à 5°. » ;

Art. 35. In hetzelfde besluit wordt de bijlage 19 vervangen door de bijlage 1 gevoegd bij dit besluit.

Art. 36. In bijlage 22, 1. Toepassingsgebied, van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in a) Fase 1, worden drie leden toegevoegd tussen de derde en de vierde lid, luidende:

"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;

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°."

2° dans b), Phase 2, trois alinéas comme suit sont insérés entre les alinéas 2 et 3 :

« Pour le calcul du nombre d'ETP, il est également tenu compte :

1° des membres du personnel détachés d'un C.P.A.S., d'une intercommunale ou d'une autre autorité publique ;

2° des membres du personnel des associations hospitalières agréées, visées par l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, à partir de la date d'agrément de l'association ;

3° des étudiants rémunérés, à l'exclusion des étudiants médecins spécialistes en formation et des étudiants en médecine ;

4° des membres du personnel intérimaire tels que visés à l'article 7 de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs, pour autant que leur engagement soit nécessaire pour permettre de répondre aux normes d'agrément relatives au personnel ;

5° des infirmiers et aides-soignants de projet, tels que visés dans le chapitre III de la loi mentionnée au point 4°, dans la mesure où le recours à ce personnel est nécessaire pour assurer des objectifs de qualité et d'innovation de soins.

La prise en compte du personnel visé aux points 4° et 5° ci-dessus est conditionnée à la démonstration par l'hôpital de ses efforts de recrutement. Ce personnel n'est pris en compte qu'en cas de détachement autorisé dont l'hôpital fournit la preuve au moment de la révision.

L'octroi du financement est conditionné à l'application des barèmes hospitaliers IFIC au personnel visé aux points 1° à 5°. ».

Chapitre 2. Disposition modificatrice de l'arrêté royal du 3 mai 2024 modifiant l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

b) Fase 2,

"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;

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°."

Hoofdstuk 2. Wijzigingsbepaling van het koninklijk 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

Art. 37. À l'article 26, de l'arrêté royal du 3 mai 2024 modifiant l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, les modifications suivantes sont apportées :

1° Au paragraphe 3, les mots « L'article 1^{er}, al. 4 » sont remplacés par les mots « L'article 2 en ce qu'il insère un 16° à l'article 19bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux » ;

2° Au paragraphe 4, les mots « L'article 1^{er}, al. 2 » sont remplacés par les mots « L'article 1^{er} en ce qu'il insère un 39° à l'article 15, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux » ;

3° Au paragraphe 5, les mots « L'article 1^{er}, al. 3 » sont remplacés par les mots « L'article 1^{er} en ce qu'il insère un 40° à l'article 15, alinéa 1^{er} de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux » ;

4° Au paragraphe 7, les mots « L'article 1^{er}, al. 1, et les articles 2 » sont remplacés par les mots « L'article 2 en ce qu'il insère un 15° à l'article 19bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ».

Chapitre 3. Entrée en vigueur

Art. 38. L'article 36, 1°, produit ses effets le 1^{er} janvier 2018.

Art. 39. L'article 36, 2°, produit ses effets le 1^{er} juillet 2021.

Art. 40. L'article 37, 1° produit ses effets le 1^{er} août 2021.

Art. 41. Les articles 15, 32 et 37, 2° produisent leurs effets le 1^{er} janvier 2022.

Art. 37. In artikel 26 van het koninklijk 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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In paragraaf 3 worden de woorden "Artikel 1, lid 4" vervangen door de woorden "Artikel 2 in zoverre het een 16° invoegt in artikel 19bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen";

2° In paragraaf 4 worden de woorden "Artikel 1, lid 2" vervangen door de woorden "Artikel 1 in zoverre het een 39° invoegt in artikel 15, eerste lid, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen";

3° In paragraaf 5 worden de woorden "Artikel 1, lid 3" vervangen door de woorden "Artikel 1 in zoverre het een 40° invoegt in artikel 15, eerste lid, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen";

4° In paragraaf 7 worden de woorden "Artikel 1, lid 1, en de artikelen 2" vervangen door de woorden "Artikel 2 in zoverre het een 15° invoegt in artikel 19bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen".

Hoofdstuk 3: Inwerkingtreding

Art. 38. Artikel 36, 1°, heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2018.

Art. 39. Artikel 36, 2°, heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2021.

Art. 40. Artikel 37, 1° heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 2021.

Art. 41. Artikelen 15, 32 et 37, 2° hebben uitwerking met ingang van 1 januari 2022.

Art. 42. L'article 37, 3° produit ses effets le 1^{er} juillet 2022.

Art. 43. Les articles 31, 33 et 37, 4° produisent leurs effets le 1^{er} janvier 2023.

Art. 44. Les articles 1, 3, 4, 6, 1° et 2°, 7, 8, 9, 2° et 3°, 13, 1° et 2°, 14, 16, 18, 19, 20, 23, 25, 26 et 27 produisent leurs effets le 1^{er} janvier 2024.

Art. 45. Les articles 10, 2°, 11, 12, 17, 21, 1° et 2°, 24, 29, 30, 34 et 35 produisent leurs effets le 1^{er} juillet 2024.

Art. 46. L'article 28 entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

Art. 47. Les articles 2, 5, 9, 1°, 4° et 5°, 10, 1° et 22 entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2025.

Art. 48. Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

, le

Art. 42. Artikel 37, 3° heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2022.

Art. 43. Artikelen 31, 33 en 37, 4° hebben uitwerking met ingang van 1 januari 2023.

Art. 44. Artikelen 1, 3, 4, 6, 1° et 2°, 7, 8, 9, 2° et 3°, 13, 1° et 2°, 14, 16, 18, 19, 20, 23, 25, 26 en 27 hebben uitwerking met ingang van 1 januari 2024.

Art. 45. Artikelen 10, 2°, 11, 12, 17, 21, 1° et 2°, 24, 29, 30, 34 en 35 hebben uitwerking met ingang van 1 juli 2024.

Art. 46. Artikel 28 treedt in werking op 1 januari 2025.

Art. 47. Artikelen 2, 5, 9, 1°, 4° et 5°, 10, 1° et 22 treden in werking op 1 juli 2025.

Art. 48. De minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,



Frank VANDENBROUCKE

Annexe 1 à l'arrêté royal du XX XXX XXXX modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

« Annexe 19 – Dossier patient informatisé intégré – Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC)

1 – BMUC Fonctionnalités de base

N°	BMUC Fonctionnalités de base
1	Identification unique et description du patient
2	Liste des problèmes
3	Liste des allergies et intolérances
4	ePrescription de médicaments
5	eMAR (Medication Administration Registration)
6	Lettre de sortie électronique
7	Enregistrement du consentement éclairé du patient
8	Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient
9	Communication automatisée avec les hub's
10	Interactions avec eHealth
11	Enregistrements des paramètres vitaux
12	Module de planning des soins infirmiers
13	Gestion des rendez-vous
14	Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale
15	Saisie électronique des demandes de laboratoire
16	Serveur de résultats médicaux
17	Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires
18	Gestion du plan de traitement interdisciplinaire
19	Enregistrements des isolements
20	Enregistrement des observations au sujet du patient
21	Intégration des résultats des études qui sont demandés en interne, mais effectuées à l'extérieur

2 – BMUC Fonctionnalités menu

N°	BMUC Fonctionnalités menu	Type *
1	Planification et gestion des processus du quartier opératoire	HG
2	Module soins intensifs	HG
3	Module soins d'urgence	HG
4	Prescription électronique et suivi de chimiothérapie	HG

5	BeQuint – Traçabilité des produits sanguins	HG
6	Mesures restreignant la liberté physique, autre que l'isolement	HP
7	Évaluation régulière de l'état des patients en utilisant des instruments standardisés	HP
8	Appel électronique (automatique) des systèmes d'aide à la décision clinique	HG
9	Système de localisation électronique du patient	HG
10	Des applications et services mobiles de santé (intégration de données de télésurveillance)	HG
11	Closed Loop Medication Administration	HG
12	BelRAI	HG
13	Saisie électronique des demandes d'un avis médical	HG
14	Interactions entre médicaments	HG
15	Possibilité pour le patient d'ajouter directement des données au DPI qui ont un impact sur le traitement au cours de l'hospitalisation	HP
16	Médecins de garde en dehors de l'hôpital peuvent accéder au dossier du patient et prescrire des médicaments	HP
17	Planification de la thérapie du patient	HP
18	Enregistrement et stockage séparés des données génétiques	HG

* HG: hôpitaux généraux / HP: hôpitaux psychiatriques

3 - Fonctionnalités de base - Numérateur et Dénominateur

N°	Fonctionnalités de base	Numérateur	Dénominateur
1	Identification unique et description du patient	Le nombre de patients uniques dans le dénominateur qui disposent des informations démographiques indiquées, plus le nombre de patients uniques pour lesquels un identifiant de patient temporaire a été créé et pour lesquels aucune identification n'était disponible au cours de la période de référence	Nombre total de patients uniques sortis d'une hospitalisation, d'une hospitalisation de jour ou d'une admission aux urgences au cours de la période de référence
2	Liste des problèmes	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un nouveau diagnostic ou un diagnostic confirmé ou un diagnostic temporaire ou un traitement réalisé ou une procédure de diagnostic réalisée, validé(e) par un prestataire de soins	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence
3	Liste des allergies et intolérances	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une liste qui contient au moins une allergie ou intolérance, ou	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence

		avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée	
4	ePrescription de médicaments	Nombre de patients uniques sortis d'une hospitalisation au cours de la période de référence pour lequel au moins une prescription électronique de médicament pendant l'admission a été enregistrée via le DPI	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins une prescription de médicament d'admission
5	Registre électronique des médicaments administrés	Nombre de patients uniques sortis d'une hospitalisation au cours de la période de référence pour lequel au moins une prescription électronique de médicament pendant l'admission a été enregistrée via le DPI et un enregistrement électronique des administrations de médication via le DPI	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins une prescription d'un médicament à l'admission
6	Lettre de sortie électronique	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une lettre de sortie, telle que décrite dans l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre, qui a été enregistrée dans le DPI et validée par un médecin dans les 30 jours après la sortie	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence
7	Enregistrement du consentement éclairé du patient	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec un consentement éclairé enregistré électroniquement dans le DPI pour un traitement nécessitant un consentement éclairé ou indiquant l'absence de consentement	Nombre total de traitements nécessitant un consentement éclairé, selon la politique de l'hôpital pendant la période de référence
8	Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une déclaration anticipée de volonté relative au traitement (positive ou négative) enregistrée électroniquement dans le DPI, référencée et accessible aux prestataires de soins qui prennent en charge le patient	Nombre de patients qui ont enregistré une limitation thérapeutique conformément à la politique de l'hôpital ou du gouvernement au cours de la période de référence
9	Communication automatisée avec les hub's	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec minimum deux types différents de documents de la liste ci-dessous, produits au cours de la période de référence et qui sont consultables via le serveur de résultats. Liste de documents (types) :	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence et qui ont donné leur consentement éclairé au partage de leurs données de santé

		<ul style="list-style-type: none"> - Rapports liés aux activités postérieures à une prescription électronique (Medication scheme (element), Pharmaceutical prescription); - Lettres de sortie (Discharge letter); - Lettres de transfert (Referral letter); - Rapports des opérations (Report); - Rapport d'anesthésie (Report); - Rapports de consultations (Contact report); - Rapports des examens médico-techniques (Procedure result); - Rapports d'imagerie médicale telle que radiologie et médecine nucléaire (Procedure result); - Résultats de laboratoire (Laboratory result); - Attestations médico-administratives 	
10	Interactions avec eHealth	<p>Nombre de services « utilisés » et avec un taux d'utilisation accepté par les autorités dans la domaine eSanté, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chapitre IV (MyCareNet) - ConsultRN - eHealthbox - Mediprima - Mult-emediatt spécialistes - Trusted timestamping - Healthdata (HD4DP), chaque registre an après la mise en œuvre de ce registre par une connection de system2system - Déclaration COT signé - Protocole CIM à exécuter sur accès patient à ses données - Lettre de sortie structurée - Implémenter les metadata officielles pour le partage des données - Réception résultats labo en structure FHIR et codés LOINC 	Nombre total de services applicables à un hôpital spécifique
11	Enregistrements des paramètres vitaux	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec un enregistrement électronique et structuré d'au moins un paramètre vital dans le DPI	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence
12	Module de planning des soins infirmiers	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence pour lesquels le module de planification des soins infirmiers, tel que décrit dans l'arrêté royal du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles répond le dossier infirmier, visé à l'article 17quater de la loi hospitalière, est coordonné le 7 août 1987, doit être conforme, a été utilisé	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence

13	Gestion des rendez-vous	Nombre de patients polyclinique au cours de la période de référence pour lesquels les rendez-vous ont été gérés par le système électronique de gestion des rendez-vous	Nombre de consultations facturées
14	Saisie électronique des demandes, y compris le suivi de l'état et des résultats des examens d'imagerie médicale	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence, pour lesquels les demandes d'imagerie médicale sont électroniquement enregistrées ou validées par un médecin, structurées selon les règles de l'INAMI et envoyées électroniquement vers le service d'imagerie médicale	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence pour lesquels un examen d'imagerie médicale a été effectué.
15	Saisie électronique des demandes, y compris le suivi du statut et des résultats des examens pour les laboratoires médicaux	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence, pour lesquels les demandes de laboratoire sont électroniquement enregistrées ou validées par un médecin, structurées selon les règles de l'INAMI et envoyées électroniquement au laboratoire	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence pour lesquels il y a eu un examen de laboratoire
16	Serveur de résultats médicaux	<p>Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec minimum deux types différents de documents de la liste ci-dessous, produits au cours de la période de référence et qui sont consultables via le serveur de résultats.</p> <p>Liste de types de documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapports liés aux activités postérieures à une prescription électronique (Medication scheme (element), Pharmaceutical prescription); - Lettres de sortie (Discharge letter); - Lettres de transfert (Referral letter); - Rapports des opérations (Report); - Rapport d'anesthésie (Report); - Rapports de consultations (Contact report); - Rapports des examens médico-techniques (Procedure result); - Rapports d'imagerie médicale telle que radiologie et médecine nucléaire (Procedure result); - Résultats de laboratoire (Laboratory result); - Attestations médico-administratives 	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence
17	Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins deux informations multidisciplinaires (trois pour les hôpitaux psychiatriques) introduites dans le DPI	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence

18	Gestion du plan de traitement multidisciplinaire par le DPI et des tâches de chaque discipline	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un plan de traitement interdisciplinaire rapporté dans le DPI	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence
19	Enregistrements des isolements et suivi des patients isolés	Nombre d'isolements enregistrés dans le DPI durant la période de référence	Nombre total d'isolements au cours de la période de référence
20	Enregistrement des observations au sujet du patient	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec au moins un enregistrement d'une observation	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence
21	Intégration des résultats des examens externes demandés par l'institution	Nombre de résultats d'examens demandés en externe au cours de la période de référence et liés dans le DPI au bon dossier patient	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence ayant eu une demande d'examen en externe

4 - Fonctionnalités menu - Numérateur et Dénominateur

L'utilisation efficace et suffisante d'une fonctionnalité de menu est mesurée par divers indicateurs. Tous les sous-indicateurs marqués d'un a, b, c ou d doivent être respectés pour démontrer l'utilisation efficace et suffisante de la fonctionnalité du menu.

N°	Fonctionnalités menu	Sous-n°	Fonctionnalités de base	Numérateur
1	Planification et suivi du processus du quartier opératoire	a.	Nombre d'interventions chirurgicales électives planifiées avec le DPI au cours de la période de référence	Nombre d'interventions chirurgicales électives au cours de la période de référence
		b.	Nombre d'interventions chirurgicales pour lesquelles une checklist OMS Surgical Safety a été remplie pendant l'intervention au cours de la période de référence	Nombre d'interventions chirurgicales au cours de la période de référence
2	Module soins intensifs	a.	Nombre de patients ayant séjourné au sein du (des) service(s) de Soins Intensifs dont le suivi a été effectué via l'application/ le module dédié(e) et dont les données récoltées par cet application sont disponibles pour les	Nombre de patients ayant séjourné au sein du (des) service(s) de Soins Intensifs au cours de la période de référence

			prestataires autorisés au cours de la période de référence	
3	Module soins d'urgence	a.	Nombre de ces patients pour lesquels un certain nombre d'éléments du dossier d'urgence ont été complétés comme prévu (ex : score de Manchester, enregistrement de la plainte médicale, fonctions vitales, etc.	Nombre de patients au service des urgences au cours de la période de référence
4	Prescription électronique et suivi de chimiothérapie	a.	Nombre de patients du dénominateur dont la prescription de chimiothérapie a été effectuée de manière électronique par un médecin	Nombre de patients uniques traités par chimiothérapie au cours de la période de référence
5	BeQuint – Traçabilité des produits sanguins	a.	Nombre de composants sanguins prescrits électroniquement au cours de la période de référence	Nombre de composants sanguins administrés au cours de la période de référence
		b.	Nombre de composants sanguins prescrits électroniquement avec indication du sous-type au cours de la période de référence	Nombre de composants sanguins prescrits électroniquement au cours de la période de référence
		c.	Nombre de composants sanguins prescrits électroniquement avec indication de l'indication au cours de la période de référence	Nombre de composants sanguins prescrits électroniquement au cours de la période de référence
		d.	Nombre de transfusions et de composants sanguins retournés avec traçage électronique du sang au cours de la période de référence	Nombre de composants sanguins administrés au cours de la période de référence
6	Mesures restreignant la liberté physique, autre que l'isolement	a.	Nombre de patients avec une mesure limitant la liberté physique, autres que l'isolement, enregistrée électroniquement dans le DPI au cours de la période de référence	Nombre total de patients uniques au cours de la période de référence avec des mesures limitant la liberté physique autres que l'isolement
7	Évaluations périodiques utilisant des outils standardisés pour évaluer les effets cliniques des traitements, qu'il s'agisse de médicaments ou de	a.	Nombre de patients sortis au cours de la période de référence avec une évaluation périodique dans le cadre du diagnostic et/ou de l'évolution de la pathologie et/ou du traitement de l'état des patients à l'aide d'instruments standardisés	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence

	thérapies cognitivo-comportementales			
8	Planning de thérapie	a.	Nombre de patients avec une thérapie planifiée via le module de planification de thérapie intégrée accessible au patient et aux thérapeutes	Nombre total de patients uniques sortis en hospitalisation au cours de la période de référence
9	Enregistrement et stockage séparés (protégés) des données génétiques	a.	Nombre de patients sortis de l'hôpital pour lesquels des informations génétiques sont présentes sous forme de données structurées au cours de la période de référence	Nombre de patients sortis de l'hôpital au cours de la période de référence et pour lesquels une analyse génétique a été effectuée
10	Localisation fonctionnelle du patient assistée électroniquement et automatiquement	a.	Patients dont la localisation en temps réel au sein d'un hôpital était disponible au cours de la période de référence	Nombre de patients uniques sortis de l'hôpital au cours de la période de référence qui ont consenti à la localisation
11	Des applications et services mobiles de santé (intégration de données de télésurveillance)	a.	Nombre de patients bénéficiant d'une surveillance à domicile dont les valeurs cliniques, telles que les paramètres vitaux, sont enregistrées en tant que données patient discrètes dans le DPI au cours de la période de référence	Nombre de patients avec une surveillance à domicile au cours de la période de référence
12	Closed Loop Medication Administration	a.	Nombre total de patients uniques sortis de l'hôpital pour lesquels une 'closed loop medication' (circuit fermé : bon patient, bon moment, bon médicament, bonne dose, bonne voie) est mise en place avec un enregistrement électronique des informations	Nombre total de patients uniques sortis de l'hôpital avec au moins une prescription au cours de la période de référence
13	BelRAI	a.	Nombre d'évaluations BelRAI (par type de questionnaire, date)	Nombre total de patients uniques sortis d'une hospitalisation d'un service avec indice G, Sp ou service psychiatrique
14	Saisie électronique des demandes d'un avis médical et suivi de l'état d'avancement	a.	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec une demande électronique d'avis médical	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec un avis médical facturé
15	Interactions entre médicaments	a.	Nombre de patients uniques hospitalisés au cours de la période de référence avec une prescription	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la

			électronique pour lesquels une analyse automatique des interactions a été réalisée.	période de référence avec au moins une prescription électronique
16	Possibilité pour le patient d'ajouter directement électroniquement dans le dossier électronique du patient les données ayant un impact sur le traitement lors de l'hospitalisation	a.	Nombre de patients qui partagent des données auto-enregistrées avec l'équipe de soins au cours de la période de référence	Nombre total de patients uniques sortis en hospitalisation au cours de la période de référence
17	Un médecin de garde (travaillant à l'hôpital) peut enregistrer dans le DPI	a.	Nombre de patients avec une prescription qui a été prescrite ou validée électroniquement par un médecin de garde au cours de la période de référence	Nombre total de patients avec une prescription et traités par un médecin de garde pendant la période de référence
18	Appel électronique (automatique) des systèmes d'aide à la décision clinique	a.	Nombre d'invites d'aide à la décision pour les prescriptions de médicaments au cours de la période de référence	Nombre de prescriptions de médicaments au cours de la période de référence

5 - Pourcentage Fonctionnalités de base

N°	Fonctionnalités de base	Taux d'utilisation suffisant
1	Identification unique et description du patient	80 %
2	Liste des problèmes	80 %
3	Liste des allergies et intolérances	80 %
4	ePrescription	80 %
5	eMAR	80 %
6	Lettre de sortie électronique	80 %
7	Enregistrement du consentement éclairé du patient	80 %
8	Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	80 %
9	Communication automatisée avec les hub's	80 %
10	Interactions avec eHealth	80 %
11	Enregistrements des paramètres vitaux	80 %
12	Module de planning des soins infirmiers	80 %
13	Gestion des rendez-vous	80 %
14	Saisie électronique des demandes d'imagerie médicale	80 %

15	Saisie électronique des demandes de laboratoire	80 %
16	Serveur de résultats médicaux	80 %
17	Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires	80 %
18	Gestion du plan de traitement interdisciplinaire	80 %
19	Enregistrements des isolements	80 %
20	Enregistrement des observations au sujet du patient	80 %
21	Intégration des résultats des études qui sont demandés en interne, mais effectuées à l'extérieur	80 %

6 – Pourcentage Fonctionnalités Menu

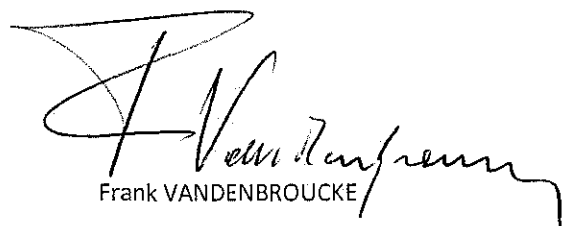
N°	Fonctionnalités menu	Référence	Taux d'utilisation suffisant
1	Planification et gestion du processus du quartier opératoire	a.	80 %
		b.	80 %
2	Module soins intensifs	a.	80 %
3	Module soins d'urgence	a.	80 %
4	Prescription électronique et suivi de chimiothérapie	a.	80 %
5	BeQuint – Traçabilité des produits sanguins	a.	80 %
		b.	80 %
		c.	80 %
		d.	80 %
6	Mesures restreignant la liberté physique, autre que l'isolement	a.	80 %
7	Evaluation régulière de l'état des patients en utilisant des instruments standardisés	a.	80 %
8	Planning de thérapie	a.	80 %
9	Enregistrement et stockage séparés des données génétiques	a.	80 %
10	Système de localisation électronique du patient	a.	80 %
11	Applications et services mobiles de santé (intégration de données de télésurveillance)	a.	80 %
12	Closed Loop Medication Administration	a.	80 %
13	BelRAI	a.	80 %
14	Saisie électronique des demandes d'un avis médical	a.	80 %
15	Interactions entre médicaments	a.	5 %
16	Possibilité pour le patient d'ajouter directement des données au DPI qui ont un impact sur le traitement au cours de l'hospitalisation	a.	5 %

17	Un médecin de garde (travaillant à l'hôpital) peut enregistrer dans le DPI	a.	5 %
18	Appel électronique (automatique) des systèmes d'aide à la décision clinique	a.	5 % ».

Vu pour être annexé à notre arrêté XX XX XXXX modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,



Frank VANDENBROUCKE

Bijlage 1 bij het koninklijk besluit van XX XX XXXX 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

« 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 resultatenserver
17	Registratie en delen van multidisciplinaire informatie
18	Beheer van een Interdisciplinaire behandelingsplan
19	Registratie van afzonderingen
20	Registratie waarnemingen over de patiënt
21	Resultaten van Extern uitgevoerde onderzoeken, door de instelling aangevraagd, integreren

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 fysische 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 referentieperiode waarvoor minstens één gestructureerd elektronisch voorschrift voor opnamemedicatie in EPD en gestructureerde elektronische registratie van de toediening geregistreerd is in het EPD	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit 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	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode.

		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.	
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 therapiebepanking 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 therapiebepanking heeft tijdens de referentieperiode
9	Geautomatiseerde communicatie met HUB's	<p>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.</p> <p>Lijst van documenten (type):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift (Medication scheme (element), Pharmaceutical prescription); - 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; 	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode en die hun geïnformeerde toestemming hebben gegeven voor het delen van hun gezondheidsgegevens

10	Interactie met e-Health	<p>Aantal diensten "in gebruik" en met een gebruiksgraad die aanvaard is door de gezondheidsoverheden, onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode met een elektronisch ingevoerde aanvraag	Aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode

	onderzoeken voor medische beeldvorming	voor medische beeldvorming, gevalideerd door een arts en volgens de structuurnormen van het RIZIV, en elektronisch verstuurd naar de beeldvorming	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	<p>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.</p> <p>Lijst van type documenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapporten die verband houden met activiteiten na een elektronisch voorschrift (Medication scheme (element), Pharmaceutical prescription); - 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 	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode
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	Aantal patiënten dat op de intensive care-unit(s) heeft verbleven tijdens de referentieperiode

			zorgverstrekkers 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 bloedcomponenten met een elektronisch tracerings van de componenten/verpakking, tijdens de referentieperiode	Aantal toegediende bloedcomponenten, 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	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	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de referentieperiode

	medicijnen of cognitieve gedragstherapieën		patiënten met behulp van gestandaardiseerde instrumenten	
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 zorgverstrekker 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 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	Totaal aantal unieke patiënten die tijdens de referentieperiode uit het 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	Totaal aantal unieke patiënten ontslagen uit hospitalisatie tijdens de

			elektronische aanvraag voor medisch advies.	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 resultaten server	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

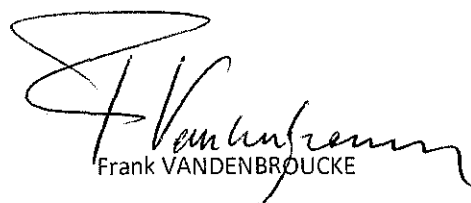
Nr.	Menu functionaliteiten	Ref.	Voldoende gebruiks- percentage
1	Planning en ondersteuning van alle processen in het operatiekwartier	a.	80 %
		b.	80 %
2	Module Intensieve Zorgen	a.	80 %
3	Module spoedgevallenzorg	a.	80 %
4	Elektronisch voorschrijven, inclusief status-opvolging van chemotherapie	a.	80 %
5	BeQuint – Traceerbaarheid bloedproducten	a.	80 %
		b.	80 %
		c.	80 %
		d.	80 %
6	Maatregelen, andere dan afzondering, die de fysische 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 XX XX XXXX 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

KONINKRIJK BELGIE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

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

Verslag aan de Koning

Sire,

Het koninklijk besluit dat ik de eer heb aan Uwe Majesteit ter ondertekening voor te leggen, heeft tot doel de regels vast te stellen voor de verdeling van het globaal budget voor het Rijk voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen voor het jaar 2024

Het besluit valt onder het toepassingsgebied van de lopende zaken aangezien het “de voortzetting en voltooiing van eerder begonnen procedures” betreft (C.E., 9 juli 1975, nr. 17.128.).

Het is ook een dringende aangelegenheid, aangezien dit besluit het mogelijk maakt de financiering en dus de werking van ziekenhuizen te verzekeren. In het bijzonder creëert het nieuwe financiering om de kosten te dekken die ziekenhuizen maken om de kwaliteit van de zorg te waarborgen.

Bespreking van de artikelen

1. Interziekenhuisvervoer

Wanneer een patiënt momenteel om medische redenen op dezelfde dag van het ene ziekenhuis naar het andere en weer terug wordt vervoerd, komen de kosten van het vervoer ten laste van het budget van financiële middelen (BFM). Als de patiënt in het andere ziekenhuis wordt opgenomen, komen deze kosten voor rekening van de patiënt.

ROYAUME DE BELGIQUE

SERVICE PUBLIC FEDERAL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE PUBLIQUE

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

Rapport au Roi

Sire,

L'arrêté royal que j'ai l'honneur de soumettre à la signature de votre Majesté a pour but, principalement, de déterminer les modalités de répartition du budget global du Royaume pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux pour l'année 2024.

L'arrêté relève des affaires courantes dès lors qu'il constitue « le prolongement et l'aboutissement de procédures entamées antérieurement » (C.E., 9 juillet 1975, n° 17.128.).

Il s'agit aussi d'une affaire urgente puisque le présent arrêté permet d'assurer le financement et donc le fonctionnement des hôpitaux. Il s'agit notamment de créer de nouveaux financements destinés à couvrir des frais exposés par les hôpitaux pour assurer la qualité des soins.

Commentaires des articles

1. Transport interhospitalier

Actuellement, lorsqu'un patient est transporté pour des raisons médicales d'un hôpital à un autre avec retour le même jour, le coût du transport est imputé au budget des moyens financiers (BMF). Si le patient est admis dans l'autre hôpital, ce coût sera à la charge du patient.

Omdat vervoer onlosmakelijk deel uitmaakt van de kwaliteit van de patiëntenzorg, en om een einde te maken aan deze anomalie, zal er vanaf 1 januari 2024 een bedrag van 13,494 miljoen euro worden toegevoegd aan onderdeel B1 van het BFM.

2. Appropriate Care

In het kader van de 'Appropriate care'-oefening, uitgevoerd vanaf 2023, wordt een budgettaire inspanning ten laste gelegd aan de ziekenhuizen door een besparing van 2,698 miljoen in het kader van het budget van de financiële middelen (BFM) voor 2024. Deze besparingen worden bereikt door een lineaire vermindering in de onderdelen B1 en B2 van elke ziekenhuisbudgetsector.

3. Radiotherapie

Via het BFM worden de werkingskosten van een radiotherapieafdeling gefinancierd op basis van een aantal "punten" die berekend worden volgens het type radiotherapiediensten dat geleverd wordt, gewogen volgens de complexiteitsgraad van de behandeling (weging van 1 tot 3).

Elk van de nieuwe nomenclatuurnummers die door dit ontwerp zijn toegevoegd vanaf 1 januari 2022, staat voor behandelingen met stereotactische bestraling en intensiteitsgemoduleerde radiotherapie (IMRT). De complexiteit van deze behandelingen leidt tot een weging van 3 van de prestaties.

4. Coördinatie van kwaliteit en veiligheid in ziekenhuizen

Ziekenhuizen kunnen op vrijwillige basis kwaliteits- en veiligheidsindicatoren invoeren. Het budget voor deze initiatieven wordt verhoogd door een transfert van het onderdeel B2 van de algemene ziekenhuizen met een "acute" budgetsector naar het onderdeel B4.

5. Geïntegreerd elektronisch patiëntendossier

Om het effectieve en zinvolle gebruik van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier in ziekenhuizen te versnellen, zijn er sinds 2016 financiële stimulansen voorzien, gekoppeld aan het BMUC-versnellingsprogramma. Het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier wordt gedefinieerd door het gebruik van

Du fait que le transport est un élément indissociable de la qualité des soins aux patients et pour mettre fin à cette anomalie, un montant de 13,494 millions d'euros est ajouté à la sous-partie B1 du BMF à partir du 1er janvier 2024.

2. Appropriate Care

Dans le cadre de l'exercice 'Appropriate care', mis en place dès 2023, un effort budgétaire est mis à la charge des hôpitaux par une économie de 2,698 millions qui est réalisée dans le cadre du budget des moyens financiers (BMF) 2024. Cette économie est réalisée par une réduction linéaire des sous-parties B1 et B2 de chaque secteur budgétaire des hôpitaux.

3. Radiothérapie

Par le biais du BMF, les frais de fonctionnement d'un service de radiothérapie sont financés sur la base d'un nombre de « points » calculé selon le type de prestations de radiothérapie pondéré par le degré de complexité du traitement (pondération de 1 à 3).

Chacun des nouveaux numéros de nomenclature ajoutés par le présent projet, à partir du 1^{er} janvier 2022, représente des traitements par irradiations stéréotaxiques et de radiothérapie par modulation d'intensité (IMRT). La complexité de ces traitements entraîne une pondération des prestations de 3.

4. Coordination de la qualité et de la sécurité dans les hôpitaux

Les hôpitaux peuvent se porter volontaire pour mettre en œuvre des indicateurs de qualité et de sécurité. Le budget lié à ces initiatives est augmenté par un transfert de la sous-partie B2 des hôpitaux généraux avec secteur budgétaire « aigu » vers la sous-partie B4.

5. Dossier patient intégré informatisé

Pour accélérer l'utilisation effective et significative d'un dossier de santé électronique intégré dans les hôpitaux, des incitants financiers sont prévus depuis 2016, liés au programme d'accélération BMUC. Le dossier électronique intégré du patient se définit par l'utilisation d'un ensemble de fonctionnalités qui

een set functionaliteiten die een significante bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidszorg. De verwijzing naar het feit dat dit dossier geïntegreerd moet zijn, geeft aan dat er een significante uitwisseling van informatie tussen de verschillende functionaliteiten moet zijn.

Het doel van het versnellingsprogramma is om alle ziekenhuizen in staat te stellen effectief en zinvol gebruik te maken van de basisfunctionaliteiten in hun instellingen. Hierdoor kunnen ziekenhuizen een belangrijke rol spelen in een meer geïntegreerd gezondheidszorgsysteem. Als het ziekenhuis zijn toekomstige rol wil vervullen, is het essentieel dat er een goede informatie-uitwisseling is tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en andere zorgverleners. Intelligente integratie van technologie zou deze uitwisseling moeten vergemakkelijken, maar zal ook culturele en organisatorische veranderingen binnen de ziekenhuizen vereisen.

6. Cyberveiligheid

Aanvallen op ziekenhuizen zijn een harde realiteit geworden. Van ransomware die IT-systemen lamlegt tot ongeoorloofde toegang tot vertrouwelijke medische gegevens, deze incidenten hebben een ernstige impact op het vermogen van zorginstellingen om de continuïteit van de zorg voor patiënten te garanderen. Daar komt nog bij dat de NIS 2- en CER-richtlijnen, die strenge eisen stellen aan de cyberveiligheid van ziekenhuizen, binnenkort van kracht worden in de Belgische wetgeving.

Vanaf 2024 wordt de toekenning van financiering gekoppeld aan het aantonen van tastbare vooruitgang op het gebied van cyberbeveiliging, en aan het feit dat elk ziekenhuis zich aansluit bij het sectorale Cyber Programma om solidariteit tussen ziekenhuizen aan te moedigen en de kennis die al aanwezig is binnen de sector te helpen vastleggen.

Met betrekking tot het individuele budget van 12.000.000 euro wordt de verdeelsleutel voor 2023 gehandhaafd, d.w.z. 85,5% voor algemene ziekenhuizen en 14,5% voor de psychiatrische ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen hebben de voorwaarden waaraan op 31 mei 2024 moest zijn voldaan, vervuld.

Wat betreft de financiering voor de medewerkers is er een budget van 750.000 euro gereserveerd voor ziekenhuizen

contribueren op een significante manier tot de verbetering van de kwaliteit en de efficiëntie van de gezondheidszorg. De verwijzing naar het feit dat dit dossier geïntegreerd moet zijn, geeft aan dat er een significante uitwisseling van informatie tussen de verschillende functionaliteiten moet zijn.

Le programme accélérateur a pour ambition de permettre à tous les hôpitaux d'utiliser les fonctionnalités de base dans leur établissement de manière efficace et significative. Cela permettra aux hôpitaux de jouer un rôle important dans un système de soins de santé plus intégré. Pour que l'hôpital puisse assumer son rôle futur, il est essentiel qu'il y ait un bon échange d'informations entre les hôpitaux et entre les hôpitaux et les autres prestataires de soins de santé. L'intégration intelligente de la technologie devra faciliter cet échange, mais cela nécessitera également un changement culturel et organisationnel au sein des hôpitaux.

6. Cybersécurité

Les attaques ciblant les hôpitaux sont devenues une dure réalité. Des ransomwares paralysant les systèmes informatiques aux accès non autorisés à des données médicales confidentielles, ces incidents entraînent des répercussions graves sur la capacité des établissements de santé à assurer la continuité des soins pour les patients. À cela s'ajoute l'entrée en vigueur prochaine dans la loi belge des directives NIS 2 et CER, imposant des exigences strictes aux établissements hospitaliers en matière de cybersécurité.

À partir de 2024, l'octroi d'un financement est lié à la démonstration de progrès tangibles en matière de cybersécurité ainsi qu'à l'adhésion de chaque hôpital au Programme Cyber pour encourager la solidarité entre les hôpitaux et aider à la capture des savoirs déjà présents au sein du secteur.

Concernant le budget individuel de 12.000.000 euros, la clé de répartition de 2023 est maintenue, à savoir 85,5 % pour les hôpitaux généraux et 14,5 % pour les hôpitaux psychiatriques. Les conditions énoncées qui doivent être respectées pour le 31 mai 2024 ont été remplies par tous les hôpitaux.

Concernant le financement pour les contributeurs, un budget de 750.000 euros est destiné aux hôpitaux qui

die zich verbinden tot het delen van belangrijke documenten, zoals het beveiligingsbeleid (algemeen beleid, gebruikershandvest, wachtwoordbeheerbeleid, back-upbeleid, enz.). Voor 31 mei 2024 hebben alle ziekenhuizen een bijdrage geleverd aan het Cyber Programma.

Daarnaast is er met het oog op de implementatie van de Europese "NIS2"-richtlijn voor netwerk- en informatiebeveiliging een extra budget toegewezen aan ziekenhuizen voor het jaar 2024.

7. Contracten - Pilootstudies

De bedragen voor proefstudies worden aangepast voor 2024. De in artikel 63 vastgestelde bedragen worden verhoogd om rekening te houden met de aanvullende begrotingen waartoe tijdens het begrotingsconclaf voor 2024 is besloten.

8. Nieuw criterium in B8 - Sociaal profiel

De zorg voor sociaaleconomisch achtergestelde patiënten brengt hogere financiële kosten met zich mee voor de ziekenhuizen. Uit de cijfers en getuigenissen die in het kader van het werk van de FRZV zijn ontvangen, blijkt dat het aantal patiënten met een moeilijk sociaal profiel de afgelopen 10 jaar is toegenomen.

De FRZV heeft bepaalde tekortkomingen in de momenteel gebruikte gegevens vastgesteld. De aangebrachte wijzigingen zijn bedoeld om deze tekortkomingen te verhelpen en de voor de berekeningen gebruikte gegevens bij te werken.

9. ZPF: aanpassing van formule en bedrag

Om de ziekenhuizen een zo nauwkeurig mogelijke verdeling van het budget van het Zorgpersoneelsfonds te geven en zo zekerheid te garanderen over de begrotingsmiddelen die jaarlijks aan de ziekenhuizen worden toegekend en over het gebruik ervan, wordt voorgesteld om de gegevens die in deze twee berekeningen worden gebruikt, te homogeniseren, d.w.z. om het gebruik van gegevens van alleen het jaar N-1 toe te staan. De gebruikte gegevens zouden de erkende bedden op 1/1/N-1 zijn en de gerechtvaardigde bedden zoals berekend op 1/7/N-1, in plaats van de erkende

s'engagent à partager des documents clés, tels que des politiques de sécurité (politique générale, charte utilisateurs, politique de gestion de mots de passe, politique de backups, etc.). Tous les hôpitaux ont contribué au Programme Cyber pour le 31 mai 2024.

En outre, en vue d'implémenter la directive européenne 'NIS2' sur la sécurité des réseaux et de l'information, un budget supplémentaire est octroyé aux hôpitaux pour l'année 2024.

7. Contrats – Etudes pilotes

Les montants des enveloppes prévues pour la réalisation d'études pilotes sont adaptés pour l'année 2024. Les montants repris dans l'article 63 sont augmentés pour tenir compte des budgets supplémentaires décidés en conclave budgétaire pour l'année 2024.

8. Nouveau critère en B8 – Profil social

La prise en charge des patients socio-économiquement défavorisés engendre des coûts financiers plus importants pour les hôpitaux. Les chiffres et les témoignages reçus dans le cadre des travaux du CFEH démontrent une augmentation du nombre de patients à profil social difficile ces 10 dernières années.

Le CFEH a identifié certaines lacunes dans les données actuellement utilisées. Les modifications apportées ont pour but de pallier ces lacunes et d'actualiser les données utilisées pour les calculs.

9. FBB : adaptation de la formule et du montant

Dans le but de permettre aux hôpitaux d'avoir une répartition du budget du Fonds Blouses Blanches la plus précise possible et de garantir ainsi une sécurité au niveau des moyens budgétaires octroyés annuellement aux hôpitaux ainsi que de son utilisation, il est proposé d'homogénéiser les données utilisées dans ces deux calculs, c'est-à-dire de permettre l'utilisation des données de l'année N-1 uniquement. Les données utilisées seraient les lits agréés au 1/1/N-1 et les lits justifiés tels que calculés au 1/7/N-1 au lieu des lits

bedden op 1/1/N en de gerechtvaardigde bedden op 1/7/N-1 die momenteel worden gebruikt.

10. Verhoging van het bedrag voor de status van arts-specialisten in opleiding

In zijn advies nr. FRZV/D/541-1 van 18 november 2021 betreurde de FRZV het gebrek aan financiering voor deze maatregel. Er wordt een extra budget van 6,5 miljoen euro toegewezen aan de betrokken ziekenhuizen.

11. Maatregelen van het Sociaal Akkoord 2022 voor de publieke sector

De maatregelen waarin de artikelen 25 en 26 van het ontwerp voorzien, zijn de uitvoering van het protocol met betrekking tot de fundamentele kwalitatieve verbetering van de arbeidsvoorwaarden, middels financiële steun voor de inzet van een nieuwe medewerker, gesloten op 13 maart 2024.

12. Indexering van contracten

Op verzoek van de sector worden contracten automatisch geïndexeerd vanaf het tweede jaar als ze worden verlengd. Deze maatregel heeft met name betrekking op de contracten waarnaar wordt verwezen in de artikelen 63 en 64, evenals op andere projecten die worden gefinancierd door middel van contracten uit hoofde van bijvoorbeeld de onderdelen B5 en B9 van het BMF. De indexering is beperkt tot personeels- en operationele kosten.

13. Zorgzones / groeperingen

In het verleden werden er maatregelen genomen om groepering aan te moedigen. Na de hervorming van het ziekenhuislandschap is de uitvoering van deze maatregelen echter niet meer in overeenstemming met de huidige ontwikkeling van netwerken. In feite bestaat het risico dat de mechanismen van de artikelen 91c tot 91sexiesdecies en 97a op grote schaal gebruikt zullen worden om activiteiten te concentreren. Om de daaruit voortvloeiende verhoging van een bijkomend budget te beperken, moeten afdeling IV van het koninklijk besluit van 25 april 2002 en artikel 97 bis worden geschrapt, met ingang van 1 januari 2025.

agréés au 1/1/N et des lits justifiés au 1/7/N-1 actuellement utilisés.

10. Augmentation du montant pour le statut des médecins spécialistes en formation

Dans son avis n° CFEH/D/541-1 du 18 novembre 2021, le CEFH déplorait le manque de financement concernant cette mesure. Un budget supplémentaire de 6,5 millions est réparti entre les hôpitaux concernés.

11. Mesures de l'accord social 2022 pour le secteur public

Les mesures prévues dans les articles 25 et 26 du projet sont l'exécution du protocole relatif à l'amélioration qualitative fondamentale des conditions de travail, moyennant le soutien financier pour le déploiement d'un nouveau collaborateur, conclu le 13 mars 2024.

12. Indexation des contrats

A la demande du secteur, les contrats seront d'office indexés dès la deuxième année s'ils sont reconduits. Cette mesure vise notamment les contrats dont il est question aux articles 63 et 64 ainsi que d'autres projets financés par contrat en sous-partie B5 et B9 du BMF par exemple. L'indexation se limite aux frais de personnel et de fonctionnement.

13. Bassin de soin / groupements

Par le passé, des mesures ont été mises en place pour encourager les groupements. Or, à la suite de la réforme du paysage hospitalier, l'exécution de ces mesures ne cadre plus avec la réalisation actuelle des réseaux. En effet, il existe un risque que les mécanismes mis en place par les articles 91quater à 91sexiesdecies et 97bis soient sollicités massivement dans le cadre de concentration d'activités. Afin de limiter l'augmentation conséquente d'un budget supplémentaire, il convient de supprimer la section IV de l'arrêté royal du 25 avril 2002 et l'article 97bis, avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

14. Herdefiniëring van inhaalbedragen

Het ontwerpbesluit verduidelijkt het begrip inhaalbedrag.

15. Gezinsplaatsing - verhoging van het plafond

Het maximumbedrag voor betalingen aan families die patiënten opvangen is verhoogd tot een maximum van 45 euro per dag.

16. De maxiforfaits

Vanaf 1 januari 2023 is lijst A, die gebruikt wordt om chirurgische dagziekenhuizen te financieren, uitgebreid met veel nieuwe diensten. Dit zijn diensten die voorheen konden worden gefactureerd via een maxiforfait (tot 31 december 2022). Vanaf 1 januari 2023 zal het dus niet langer mogelijk zijn om een maxiforfait te factureren voor een dienst op lijst A.

Deze diensten worden vanaf 2023 geregistreerd, maar worden pas gewaardeerd in de berekeningen voor de BFM die op 1/7/2025 wordt berekend. Als gevolg hiervan moeten de maxiforfaits die in 2023 en 2024 gefactureerd worden, toegevoegd worden aan de berekeningen op basis van de ziekenhuisdagen in die jaren.

17. Bijlage 9

Het besluit moet worden aangepast om de nieuwe prestaties in de nomenclatuur op te nemen en standaardtijden vast te stellen. De wijziging van de nomenclatuur voor wervelkolomchirurgie omvat de schrapping van codes en de toevoeging van nieuwe prestaties voor wervelkolomchirurgie (koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, betreffende de wervelkolompathologieën).

18. Actualiseren van bijlage 14

De termen en afkortingen zijn bijgewerkt.

19. Bijlage 22 IFIC: uitbreiding en verduidelijking van personeel waarmee rekening moet worden gehouden

14. Redéfinition des rattrapages

Le projet d'arrêté précise la notion de rattrapage.

15. Placement familial – augmentation du plafond

Le plafond maximum du paiement aux familles d'accueil de patients est augmenté à un maximum de 45 euros par jour.

16. Les maxi-forfaits

À partir du 1^{er} janvier 2023, la liste A, utilisée pour financer l'hôpital de jour chirurgical, a été élargie pour inclure de nombreuses nouvelles prestations. Il s'agit de prestations qui pouvaient, auparavant, être facturées via un maxi-forfait (jusqu'au 31 décembre 2022). À partir du 1^{er} janvier 2023, la facturation d'un maxi-forfait d'une prestation figurant sur la liste A n'est donc plus possible.

Ces prestations sont enregistrées à partir de 2023 mais elles ne seront valorisées dans les calculs que lors du BMF calculé au 1/7/2025. En conséquence, il faut ajouter les maxi-forfaits facturés des années 2023 et 2024 dans les calculs basés sur les journées d'hospitalisation de ces mêmes années.

17. Annexe 9

L'arrêté doit être adapté pour reprendre les nouvelles prestations de la nomenclature et fixer les temps standards. Le changement de nomenclature concernant la chirurgie de la colonne vertébrale comprend la suppression de codes et l'ajout de nouvelles prestations pour la chirurgie de la colonne vertébrale (arrêté royal du 17 juin 2022 modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les pathologies de la colonne vertébrale).

18. Actualisation de l'annexe 14

Les notions et abréviations sont actualisées.

19. Annexe 22 IFIC: extension et précision sur le personnel à prendre en compte

Vanwege het tekort aan personeel, voornamelijk verplegend personeel, maken ziekenhuizen steeds vaker gebruik van interim personeel. Om het personeel in de ziekenhuizen gelijk te belonen, is het de bedoeling om het IFIC-forfait voor interim personeel te financieren en de opname van dit soort personeel te beperken tot het aantal VTE's dat in de normen van de ziekenhuisdiensten is voorzien. Er wordt ook voorzien in de financiering van de forfaitaire IFIC-bedragen voor werknemers die door een OCMW, een intercommunale of een andere overheidsinstantie ter beschikking van het ziekenhuis worden gesteld, alsook voor werknemers van een erkende ziekenhuisvereniging in de zin van de ziekenhuiswet. Deze verschillende soorten personeel zullen worden gefinancierd voor zover het ziekenhuis kan aantonen dat het de IFIC-barema op hen toepast.

20. Inwerkingtreding van het koninklijk besluit 2022-2023

Naar aanleiding van een opmerking van de coördinatieafdeling van de Raad van State over de inwerkingtreding van de wijziging van artikel 15 van het koninklijk besluit BFM door artikel 1 van het besluit van 3 mei 2024, zijn er correcties aangebracht in artikel 26, waarin de verschillende data van inwerkingtreden van de artikelen worden voorzien.

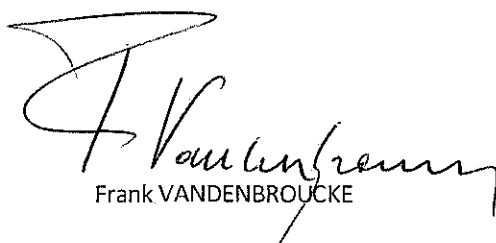
Ik heb de eer te zijn,
Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaar,
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

En raison de la pénurie de personnel, principalement soignant, les hôpitaux font de plus en plus appel à du personnel intérimaire. Afin de rémunérer de manière identique le personnel au sein des hôpitaux, il est prévu de financer le forfait IFIC pour le personnel intérimaire et de limiter la prise en compte de ce type de personnel au respect du nombre d'ETP prévus dans les normes des services hospitaliers. Il est également prévu de financer le forfait IFIC pour les travailleurs mis à disposition de l'hôpital par un CPAS, une intercommunale ou une autre autorité publique ainsi que les travailleurs d'une association hospitalière agréée au sens de la loi sur les hôpitaux. Ces différents types de personnel seront financés pour autant que l'hôpital peut prouver qu'il leur applique le barème IFIC.

20. Entrée en vigueur de l'Arrêté royal 2022-2023

À la suite d'une remarque du service de coordination du Conseil d'État concernant l'entrée en vigueur de la modification de l'article 15 de l'arrêté royal BMF par l'article 1er de l'arrêté du 3 mai 2024, des corrections sont apportées à l'article 26 qui prévoyait les différentes dates d'entrée en vigueur des articles.

J'ai l'honneur d'être,
Sire,
de Votre Majesté,
le très respectueux
et très fidèle serviteur,
Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,



Frank VANDENBROUCKE

