



BUDGET DES MOYENS FINANCIERS DES HÔPITAUX

**COORDINATION OFFICIEUSE
EXERCICE 2025-2026**

Editeur responsable :

GIBBIS ASBL

Dieter Goemaere

Avenue Hermann-Debroux 54 – 1160 Bruxelles

BCE BE 0554 785 857

gibbis@gibbis.be – www.gibbis.be

Cette publication est également disponible en néerlandais.

Contenu du document

[Note de synthèse](#)

[Index des lignes du BMF 2025-2026](#)

[Coordination officielle de l'A.R. du 25/04/2002 pour l'exercice 2025-2026](#)

[Table des matières de l'A.R.](#)

[Table des annexes](#)

[Table des renvois](#)

[Texte de l'A.R.](#)

[Annexes](#)

Document coordonné le 22/09/2026.

Budget des moyens financiers (BMF) pour l'exercice 2025-2026 – Synthèse

L'arrêté royal du 30 mai 2026 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux pour l'année 2025 a été publié le 11 juin 2026.

Dans cette synthèse, nous analysons et commentons les modifications apportées par cet arrêté au niveau du Budget des moyens financiers (BMF) pour l'exercice 2025-2026, ainsi que d'autres modifications techniques.

Dieter Goemaere

Directeur Hôpitaux

Dieter.Goemaere@gibbis.be

Manon Pierrot

Conseillère économiste

Manon.Pierrot@gibbis.be

Table des matières

1. REMARQUE PRÉLIMINAIRE	IV
2. MODIFICATIONS CONCERNANT PLUSIEURS SOUS-PARTIES.....	IV
2.1. Indexation	iv
2.2. Révision 2016-2017	v
2.3. Révisions.....	v
3. PARTIE A DU BUDGET HOSPITALIER.....	VI
3.1. Sous-partie A1 (charges d'investissement)	vi
3.2. Sous-partie A2 (intérêts sur crédits à court terme).....	vii
3.3. Sous-partie A3 (charges d'investissement liées à certains services médico-techniques : RMN, PET-scan, radiothérapie)	vii
4. PARTIE B DU BUDGET HOSPITALIER.....	VIII
4.1. Sous-partie B1 (services communs)	viii
4.1.1. <i>Hôpitaux aigus</i>	viii
4.1.2. <i>Secteurs budgétaires services G, Sp, Sp palliatifs et des unités de grands brûlés</i>	viii
4.1.3. <i>Hôpitaux psychiatriques</i>	ix
4.2. Sous-partie B2 (services cliniques).....	ix
4.2.1. <i>Hôpitaux aigus</i>	ix
4.2.2. <i>Secteurs budgétaires services G, Sp, Sp palliatifs et des unités de grands brûlés</i>	xi
4.2.3. <i>Hôpitaux psychiatriques</i>	xi
4.2.4. <i>Nouveau mode de calcul B8 : suppression des lignes « correction sociale »</i>	xi
4.3. Sous-partie B3 (frais de fonctionnement de certains services médico-techniques : RMN, PET-scan, radiothérapie)	xi
4.4. Sous-partie B4 (forfaits divers).....	xi
4.4.1. <i>Données utilisées</i>	xi
4.4.2. <i>Indexation de certains contrats</i>	xii
4.4.3. <i>Fécondation in vitro : données pour le calcul de la provision et de la révision</i>	xii
4.4.4. <i>Programme Pay for Performance</i>	xiii
4.4.5. <i>Pensions statutaires (B4-1904 et B4-1906)</i>	xiii
4.4.6. <i>Dossier patient informatisé – Programme BMUC</i>	xiii
4.4.7. <i>Cybersécurité</i>	xiv
4.4.8. <i>Complément de spécialisation : précisions sur les modalités de révision</i>	xv
4.5. Sous-partie B5 (officine hospitalière)	xvi

4.6. Sous-partie B6 (coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux)	xvi
4.7. Sous-partie B7 (tâches spécifiques assumées par les hôpitaux académiques ou à caractère universitaire dans le domaine de la recherche scientifique, du développement de nouvelles technologies, etc.)	xvii
4.8. Sous-partie B8 (profil économique et social de la patientèle)	xvi
4.9. Sous-partie B9 (coûts relatifs aux accords sociaux)	xvii
4.9.1. <i>Fonds Blouses Blanches (FBB)</i>	xvii
4.9.2. <i>Convention collective relative aux médecins spécialistes en formation (MSF)</i>	xvii
5. PARTIE C DU BUDGET HOSPITALIER	XVIII
5.1. Sous-partie C2 (montants de rattrapage)	xviii
5.1.1. <i>Réforme des révisions</i>	xviii
5.1.2. <i>Produits médicaux des unités de soins</i>	xviii
5.1.3. <i>Impact recours urgence</i>	xviii
5.1.4. <i>Correction de l'indexation 01/07/2024-30/06/2025</i>	xix
5.1.5. <i>Récupération du premier semestre cybersécurité</i>	xix
5.1.6. <i>Autres lignes C2</i>	xx
5.2. Sous-partie C3 (rétributions sur les suppléments de chambre)	xx
5.3. Sous-partie C4 (provisions sur le dépassement du quota – hôpitaux psychiatriques, services de grands brûlés et services Sp palliatifs)	xx
6. LIQUIDATION	XXI

1. Remarque préliminaire

L'arrêté royal du 30/05/2026 modifiant l'arrêté royal du 25/04/2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux pour l'année 2025 a été publié le 11/06/2026. Dans cette synthèse, nous revenons sur les mesures intégrées dans le Budget des moyens financiers (BMF) au 01/07/2025. Certaines modifications introduites par l'arrêté royal du 10/04/2025 publié le 23/04/2025 sont également commentées, car elles portent sur des modalités entrant en vigueur au 01/07/2025 (recalcul du B8).

Enfin, plus récemment, l'arrêté royal du 17/06/2026 publié le 25/06/2026 a modifié les articles 15 et 73 (relatifs aux compensations des charges liées aux pensions des statutaires) de l'arrêté royal du 25/04/2002, mais il ne produit aucun effet sur l'exercice 2025-2026 puisqu'il entre en vigueur au 01/07/2026.

2. Modifications concernant plusieurs sous-parties

2.1. Indexation

Le champ d'application de l'indexation sur les éléments de la sous-partie B du BMF a fait l'objet de modifications ces dernières années. Pour rappel, tous les éléments de la sous-partie B sont en principe indexés, à l'exclusion des financements conventionnels pour lesquels l'indexation n'est pas explicitement prévue dans la convention avec l'hôpital (repris dans des lignes BMF des sous-parties B4 et B5). Néanmoins, depuis le 01/01/2024, par dérogation à cette exclusion des financements conventionnels, les contrats pluriannuels qui financent du personnel et/ou des frais de fonctionnement sont indexés. Les contrats qui ne concernent pas le financement de personnel et/ou des frais de fonctionnement ne sont pas indexés ; pour cette raison, certaines lignes relatives aux contrats B4 ont été dédoublées pour distinguer les contrats indexés et contrats non indexés¹.

(cf. article 85 de l'A.R. du 25/04/2002)

Le recalcul des financements en sous-partie B (hors lignes non indexées) a été réalisé, dans la 2^{ème} colonne de votre notification, à l'indice de mai 2024. Un coefficient de 1,02 (représentant l'effet d'une indexation de 2 %, en février 2025) est appliqué en 3^{ème} colonne pour porter ces financements à l'index du 30/06/2025.

¹ Les lignes suivantes sont désormais indexées de manière automatique (en cas de dédoublement de la ligne concernée, la nouvelle ligne non indexée correspondante est indiquée entre parenthèses) :

B4-710	Plateforme hygiène
B4-720	Qualité et safety
B4-721	Pay for performance
B4-2000	Etudes pilotes (1960 – Non indexé)
B4-2001	Projets Art. 107 : Coordinateur (1970 – Non indexé)
B4-2006	Santé mentale enfants et adolescents (1980 – Non indexé)
B4-2007	Etudes pilotes : Art. 63§3 (1990 – Non indexé)
B4-2040	Plan cancer : Etudes pilotes
B4-2310	UROD
B5-420	Formation des pharmaciens

L'hypothèse d'indexation retenue pour le BMF doit légalement suivre l'hypothèse d'indexation retenue pour le budget global des soins de santé (ou revue lors du contrôle budgétaire), qui se base sur les prévisions du Bureau fédéral du Plan au moment de sa fixation. Dès lors :

- Pour le calcul des BMF 2025-2026 au 01/07/2025, l'administration a tenu compte d'une indexation de 2 % prévue au 01/03/2026. Un coefficient de 1,0067 est donc appliqué dans la 4^{ème} colonne du BMF (4 mois indexés au coefficient 1,02 sur un total de 12 mois) ;
- Pour le calcul du BMF 2025-2026 au 01/01/2026, l'administration a tenu compte d'une indexation de 2 % prévue un mois plus tôt, au 01/02/2026. Un coefficient de 1,0083 a donc été appliqué dans la 4^{ème} colonne du BMF, sans correction pour la période 01/07/2025-31/12/2025. La correction finale de l'hypothèse d'indexation pour la période juillet 2025 à juin 2026 a été effectuée dans le BMF au 01/07/2026.

Notons qu'est également liquidée dans le BMF au 01/07/2025, en sous-partie C2, la correction de l'hypothèse d'indexation intervenue entre juillet 2024 et juin 2025. Nous y revenons plus en détail dans le chapitre concernant la sous-partie C2 (cf. [5.1.4 infra](#)).

2.2. Révision 2016-2017

Pour la plupart des institutions, les impacts financiers des dossiers de révision du BMF relatifs aux exercices 2016-2017 avaient déjà été liquidés en sous-partie C2 et intégrés dans les lignes concernées dans le BMF au 01/07/2024. Cela n'avait pas été le cas pour l'ensemble des hôpitaux. Dans le BMF au 01/07/2025, l'ensemble de la procédure ayant été finalisée² pour une série de dossiers supplémentaires (y compris l'accord des entités fédérées pour ce qui concerne les sous-parties A1 et A3), il a été décidé de liquider leurs impacts financiers en sous-partie C2 et d'intégrer leur incidence budgétaire structurelle dans les lignes concernées du BMF au 01/07/2025, en mettant à jour les provisions.

2.3. Révisions

En 2025, le SPF Santé publique a entamé une réforme structurelle du traitement des révisions du BMF (cf. la [note d'information](#) à ce sujet). La première phase de cette réforme a un effet sur le BMF dès le 01/07/2025. Sont ainsi intégrés les effets des révisions des mesures pour lesquelles les données étaient déjà disponibles ou facilement mobilisables. Les modalités de liquidation dépendent du caractère positif ou négatif du montant :

- Les indemnisations positives sont liquidées sur une période de 6 mois et ont donc été doublées, sauf pour les FIV 2020 et 2021 (2 ans) ;
- Les indemnisations négatives sont liquidées sur une période de 4 ans et ont donc été divisées par 4.

Le tableau ci-dessous reprend un aperçu des mesures pour lesquelles le calcul de la révision a été effectué : pour chaque année de révision entre 2018 et 2024, le tableau renseigne si le montant de la révision a été notifié au 01/07/2025 sans être liquidé (N), notifié et liquidé dans le BMF au 01/07/2025 (N+L) ou sera calculé dans une prochaine phase (Futur). L'indication « / » signifie qu'il n'y a pas de calcul de révision à effectuer pour l'année concernée. Pour plus de détails, nous vous

² Un dossier est considéré comme finalisé lorsqu'il est clôturé, c'est-à-dire après avis du GT permanent « Dossiers individuels de financement » du CFEH.

renvoyons à la [note technique](#) spécifiquement dédiée à ce sujet, qui revient sur chacune des révisions notifiées dans le BMF au 01/07/2025.

Mesures concernées	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Garantie de la partie fixe	N+L	N+L	/ ? ³	Futur ⁴	N+L	Futur	Futur
Garantie de la partie variable	N+L	N+L	/	Futur ⁵	N+L	Futur	Futur
Radiothérapie	N+L	N+L	N+L	N+L	N+L	N	Futur
FIV	N+L	N+L	N+L	N+L	Futur	Futur	Futur
Plan cancer	N+L	N+L	N+L	N+L	Futur	Futur	Futur
Prime d'attractivité	N+L	N+L	N+L	N+L	N	N	Futur
TPP/QPP	N+L	N+L	Futur	Futur	Futur	Futur	Futur
Complément fonctionnel	N+L	N+L	Futur	Futur	Futur	Futur	Futur
IFIC	N+L	N+L	Futur	Futur	Futur	Futur	Futur
Absence de longue durée	N+L	N	N	N	N	N	N

De nouvelles lignes ont été créées en sous-partie C2 pour permettre la liquidation des montants de rattrapage (cf. [5.1.1 infra](#)). En outre, l'impact financier sur certaines lignes budgétaires est intégré à partir du BMF au 01/07/2025. Il s'agit des lignes suivantes :

Ligne	Description	Année de la révision dont l'impact est intégré
B4-1800	Absence de longue durée	2018
B4-2050	Plan cancer : Équipe multidisciplinaire	2019 (= 2020 et 2021 suite au Covid)
B4-2051	Plan cancer : <i>Datamanager</i>	2019 (= 2020 et 2021 suite au Covid)
B4-5000	Valorisation des titres et qualifications	2019
B9-200	Prime d'attractivité	2021
B9-1000	Complément fonctionnel	2019

L'impact sur les lignes de la sous-partie B9 relatives à l'IFIC n'a pas été intégré à ce stade, puisque la révision de cette mesure ne concerne pour les années traitées (2018-2019) que 18,25 % du montant total tandis que les provisions couvrent une implémentation à 100 % depuis le 01/07/2022.

3. Partie A du budget hospitalier

3.1. Sous-partie A1 (charges d'investissement)

Au 01/07/2025, les éventuelles variations de la sous-partie A1 sont dues, d'une part, aux adaptations provisionnelles accordées par les entités fédérées dans le cas de nouvelles constructions, d'extensions ou de reconditionnements d'immeubles existants (lignes 1202, 9510 à 9560). D'autre part, les variations proviennent de l'intégration des effets de la révision 2016-2017 (voir [2.2 supra](#)).

³ D'après le SPF, il n'y a pas lieu de procéder à une révision de la garantie partie fixe pour l'année 2020 puisque celle-ci aurait été couverte par l'IFFE. Il a été notifié à l'administration que ceci est incorrect : seule la partie variable a été garantie via l'IFFE. Nous attendons une réaction du SPF Santé publique à ce sujet.

⁴ Dans le projet initial du SPF Santé publique dans le cadre de la réforme des révisions, l'administration avait considéré qu'il n'y avait pas lieu de calculer une révision des garanties parties fixe et variable pour l'année 2021 car celle-ci était couverte par l'IFFE. Il s'agissait d'une erreur ; l'administration procèdera donc au calcul pour ces deux éléments, pour l'année 2021, dans un futur BMF (éléments « encore à calculer » d'après la note technique).

⁵ *Idem.*

Pour rappel, en Région wallonne, en Communauté française et en Communauté flamande, les financements forfaitaires (matériel médical et non médical, etc.) ont été mis à zéro, ces financements étant désormais liquidés directement par les entités fédérées compétentes. Pour les institutions relevant de la COCOM, le nouveau système de financement des investissements est entré en vigueur au 01/01/2025 ; dans le BMF au 01/01/2025, les financements forfaitaires de la sous-partie A1 ont en conséquence été réduits pour la première fois de 10 ou 20 % selon les lignes (cf. [mémo 2025/05](#)). Les montants sont inchangés dans le BMF au 01/07/2025. Ils sont à nouveau diminués au 01/01/2026.

(cf. articles 7, 9 et 25 à 29 de l'A.R. du 25/04/2002)

3.2. Sous-partie A2 (intérêts sur crédits à court terme)

Les données relatives à l'intervention AMI pour les médicaments sont celles des prestations de 2023, comptabilisées sur 18 mois⁶.

(cf. article 30 de l'A.R. du 25/04/2002)

3.3. Sous-partie A3 (charges d'investissement liées à certains services médico-techniques : RMN, PET-scan, radiothérapie)

Au 01/07/2025, les montants de la sous-partie A3 ont simplement été reportés du BMF précédent sauf, comme pour la sous-partie A1, pour les institutions ayant demandé et obtenu l'accord de leur entité fédérée pour des adaptations provisionnelles.

Pour rappel, le financement forfaitaire pour les équipements financés dans la sous-partie A3 est liquidé en fonction de la décision prise par le ministre communautaire ou régional compétent. Par conséquent, ces financements ont été soit maintenus, supprimés ou adaptés. Les lignes concernées sont en sous-partie A3 : 600, 700, 1600, 1601 et 2600.

- En Région wallonne, ces montants ont en grande partie été mis à zéro, comme ces financements sont désormais liquidés directement par l'Agence pour une vie de qualité (AViQ) ;
- La COCOM a introduit un nouveau système de financement entré en vigueur au 01/01/2025 qui se substitue progressivement aux lignes concernées du BMF (pour plus de détails, voir notre [mémo 2025/05](#) et la section [3.1 supra](#)). Les financements concernés ont donc été réduits pour la première fois de 1/10^{ème}, 1/7^{ème} ou 1/5^{ème} selon les lignes dans le BMF au 01/01/2025. Les montants sont inchangés dans le BMF au 01/07/2025 et sont à nouveau réduits au 01/01/2026 ;
- En Communauté française, ces montants ont été supprimés à partir du 01/01/2016 et sont liquidés directement par la Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- En Communauté flamande, ces montants sont maintenus dans le BMF pour les appareillages installés au plus tard en 2015 et qui ne sont pas entièrement amortis en 2020. Ceux installés après 2015 sont financés via le VIPA. ;

⁶ Il s'agit des prestations effectuées en 2023 mais comptabilisées pendant la période allant du 01/01/2023 au 30/06/2024.

- En Communauté germanophone, ces montants ont été supprimés à partir du 01/01/2016.

(cf. articles 31 et 49 de l'A.R. du 25/04/2002)

4. Partie B du budget hospitalier

4.1. Sous-partie B1 (services communs)

4.1.1. Hôpitaux aigus

Le recalcul des 7 premières opérations de la sous-partie B1 n'a lieu que tous les 2 ans, historiquement aux années impaires. Néanmoins, elle avait fait l'objet d'un recalcul avec des nouvelles données dans le BMF au 01/07/2024 afin d'éviter de rester une année de plus sur l'année de référence 2019⁷. Pour cette raison, le recalcul a lieu aux années paires à partir du 01/07/2026. Ceci a été modifié dans la base légale prévoyant le calcul du B1 (article 42 de l'A.R. du 25/04/2002). La sous-partie B1 est donc dite *light* dans le BMF au 01/07/2025. Plusieurs éléments sont à noter :

- 1) Le budget national disponible par groupe d'hôpitaux est adapté en fonction de l'évolution du nombre d'hôpitaux du groupe et des modifications éventuelles du nombre de lits. Il est constitué de la somme des budgets B1 au 01/07/2024, indexée 2 fois de 2 % (indexation au 01/11/2023 et 01/05/2024). L'indexation de février 2025 est octroyée en 3^{ème} colonne ;
- 2) Au niveau de la 8^{ème} opération relative à la comparaison entre les journées réalisées et les journées justifiées, l'activité justifiée est calculée en fonction des données RHM de l'année 2023 et les journées réalisées (y compris les journées facturées à zéro) ont été transmises par le biais des données Finhosta 2023 ;
- 3) À la suite du recalcul de cette 8^{ème} opération, une limitation linéaire (pour l'ensemble des hôpitaux) est appliquée afin de rester dans les limites du budget B1 national disponible (coefficient de 0,982709 dans le BMF au 01/07/2025) ;
- 4) Les lits K de jour et/ou de nuit agréés au 01/01/2025 ont été retenus pour le financement des frais de transports des patients K ;
- 5) Pour le calcul du financement complémentaire accordé pour le service social G, les lits justifiés G retenus sont issus du nouveau calcul de la sous-partie B2 au 01/07/2025 ;
- 6) Pour le calcul du financement complémentaire alloué au service social, le décile dans lequel l'hôpital est classé sur la base de la valeur croissante des scores provient de la sous-partie B8 fixée au 01/07/2025, et le nombre de journées justifiées provient de la sous-partie B2 fixée au 01/07/2025.

(cf. article 42 de l'A.R. du 25/04/2002, modifié par l'A.R. du 30/05/2026)

4.1.2. Secteurs budgétaires services G, Sp, Sp palliatifs et des unités de grands brûlés

Le budget B1 des services G, Sp, Sp palliatifs et des unités de grands brûlés restés sous la compétence fédérale reste inchangé par rapport au budget au 30/06/2025.

(cf. article 43 de l'A.R. du 25/04/2002)

⁷ Les données des années de référence 2020 et 2021 n'ont pas été utilisées en raison de la crise sanitaire. Il n'y avait donc pas eu de recalcul du B1 avec de nouvelles données dans le BMF au 01/07/2023.

4.1.3. Hôpitaux psychiatriques

Hormis la modification éventuelle des lits agréés utilisés pour le calcul du financement des frais de transport pour les patients K jour et/ou K nuit, le budget B1 des hôpitaux psychiatriques au 01/07/2025 ne subit aucune modification par rapport à celui fixé au 30/06/2025.

(cf. article 44 de l'A.R. du 25/04/2002)

4.2. Sous-partie B2 (services cliniques)

4.2.1. Hôpitaux aigus

Pour les hôpitaux aigus, la sous-partie B2 a été recalculée au 01/07/2025 pour les hôpitaux « dans le système » en tenant compte des éléments suivants :

- l'ajout « dans le système » ou le retrait « hors système » d'un ou de plusieurs hôpitaux, ou l'intégration dans le système de budgets antérieurement liquidés via une « ligne 9000 ». Au 01/07/2025, la composition des hôpitaux inclus « dans le système » est inchangée par rapport au 01/07/2024 ;
- l'indexation du budget national : le budget national est fixé dans la 2^{ème} colonne à l'indice de mai 2024, puis indexé 1 fois de 2 % dans la 3^{ème} colonne pour tenir compte de l'indexation de février 2025 ;
- l'actualisation de l'activité justifiée sur la base des enregistrements RHM–données médicales de 2023 codées en ICD10–CM, version 40 du grouper ;
- le calcul des durées de séjour standardisées sur une période de 3 années (2019, 2022 et 2023). Il est à noter que, pour le calcul des durées de séjour standardisées, les séjours repris dans le projet pilote « accouchement avec séjour hospitalier écourté » ne sont pas pris en compte. Ce projet pilote n'influence donc pas les durées de séjour standardisées. La durée de séjour moyenne nationale est pourtant appliquée à l'ensemble des séjours, y compris les séjours dans le projet pilote. Ainsi, on neutralise pour l'hôpital l'impact de la diminution de la durée de séjour pour les séjours concernés ;
- l'actualisation du nombre de lits agréés au 01/01/2025 pour le calcul des lits justifiés psychiatriques ;
- l'utilisation des données DI-RHM 2023 pour le calcul des points NRG ;
- le nombre d'accouchements 2023 provenant des données du RHM 2023 ;
- l'intégration du budget de la ligne B2-205 « Transfert maxiforfaits 2023 » dans le budget disponible B2-200 puisque les prestations ajoutées à la liste A au 01/01/2023 qui pouvaient auparavant être facturées via un maxiforfait (jusqu'au 31/12/2022) sont enregistrées dans les données de référence pour le calcul de l'activité justifiée à partir du BMF au 01/07/2025. Pour les hôpitaux hors système visés à l'article 33, §§1^{er} et 2 de l'A.R. BMF du 25/04/2002, la sous-partie B2-200 au 01/07/2025 est fixée à sa valeur au 30/06/2025 augmentée du montant de la ligne B2-205 pour ces hôpitaux.

En raison de l'utilisation des données 2023 comme référence, le SPF Santé publique anticipait une augmentation du total de points plus que proportionnelle à l'augmentation du budget, ce qui aurait réduit la valeur du point. En effet, les maxiforfaits précédemment facturés étaient généralement faiblement rémunérés. En outre, ces prestations génèrent

désormais des points pour le quartier opératoire, ce qui n'était pas le cas précédemment. Néanmoins, dans le BMF au 01/07/2025, en raison d'une diminution importante des points de base pour l'hospitalisation classique, le total de points (77.220,89) est inférieur au total au 01/07/2024 (77.973,40), ce qui résulte *in fine* en une valeur du point supérieure. Cependant, vu l'augmentation du nombre de prestations pour le calcul des temps standard, le coefficient national pour rester dans le budget « quartier opératoire » a encore diminué (cf. *infra*) ;

- la réintroduction, conjointement à l'élargissement de la liste A, de la liste B et des séjours classiques inappropriés dans le calcul de l'activité justifiée. Un séjour classique est qualifié comme inapproprié s'il répond aux critères formulés dans la [circulaire](#) à ce sujet (voir point 2. de la circulaire). Un tel séjour est valorisé à 0,95, comme une hospitalisation de jour, au lieu d'être valorisé comme un séjour classique (points de base selon le nombre de journées justifiées, points complémentaires, produits médicaux, etc.) ;
- la mise à jour des temps standards utilisés pour le calcul du financement du quartier opératoire. Outre les temps standards ajoutés pour le calcul du BMF au 01/07/2024⁸, les temps standards suggérés par le CFEH pour la nouvelle nomenclature « colonne vertébrale » (groupe 14n de la nomenclature INAMI) ont été intégrés au 01/07/2025⁹ ;
- dans le cadre de cette même nouvelle nomenclature « colonne vertébrale » : le gel, pour une année supplémentaire, du calcul pour le financement des salles d'opération disponibles en permanence pour la neurochirurgie dans le BMF au 01/07/2025. Ce nombre est identique à celui retenu pour le BMF au 01/07/2023. Le CFEH attend une analyse par le CTM pour pouvoir remettre un avis sur la manière d'adapter les critères pour le calcul des salles afin de tenir compte des modifications de la nomenclature pour le calcul d'un BMF ultérieur ;
- toujours en ce qui concerne le financement du quartier opératoire, l'augmentation du pourcentage de points accordés pour le financement de celui-ci de 11,35 % à 11,48 %, conformément à l'[avis du CFEH](#) sur l'hôpital de jour. Malgré cela, le coefficient national de limitation des points pour rester dans les limites budgétaires chute à 0,6263. En d'autres termes, seuls 63 % de l'activité opératoire justifiée est financée dans le BMF au 01/07/2025. Il est à noter que ce coefficient de limitation diminue d'année en année depuis plus de 20 ans (119,4 % en 2003, 86,5 % en 2013) ;
- dans les fichiers INAMI 2022 et 2023, le remplacement des montants à 0 € des prestations « soins à basse variabilité » par leur montant théorique correspondant au remboursement intégral ;
- pour le calcul des points produits médicaux des unités de soins, l'utilisation des données RHM 2022 (N-3), grouper 38 car les données couplées nécessaires au calcul sont toujours disponibles avec un retard de 3 ans. Les journées Finhosta et les lits justifiés utilisés dans

⁸ Une série de temps standards avaient été intégrés dans le calcul du BMF au 01/07/2024, portant sur la chirurgie du pancréas et de l'œsophage, et sur la nomenclature pour laquelle des temps standards devaient être établis à la suite de la mise à jour de la liste A à partir du 01/01/2022 (élargissement de l'hôpital de jour chirurgical).

⁹ Ajout des codes nomenclature concernés dans l'annexe 9 de l'A.R. BMF du 25/04/2002 avec entrée en vigueur au 01/01/2023 donc applicable dès l'année de référence utilisée pour le BMF au 01/07/2025.

la correction pour les journées d'hospitalisation G ont trait à la même année (2022) : l'A.R. BMF du 25/04/2002 sera adapté en ce sens.

(cf. articles 45 et 46 et annexes 3 et 9 de l'A.R. du 25/04/2002, modifiés par l'A.R. du 30/05/2026, et article 46ter de l'A.R. du 25/04/2002, abrogé par l'A.R. du 30/05/2026)

4.2.2. Secteurs budgétaires services G, Sp, Sp palliatifs et des unités de grands brûlés

Le budget B2-200 des services G, Sp, Sp palliatifs et des unités de grands brûlés restés sous la compétence fédérale au 01/07/2025 ne subit aucune modification par rapport à celui fixé au 30/06/2025.

(cf. article 47 de l'A.R. du 25/04/2002)

4.2.3. Hôpitaux psychiatriques

Le budget B2-200 des hôpitaux psychiatriques au 01/07/2025 ne subit aucune modification par rapport à celui fixé au 30/06/2025.

(cf. article 48 de l'A.R. du 25/04/2002)

4.2.4. Nouveau mode de calcul B8 : suppression des lignes « correction sociale »

À la suite de l'introduction d'un nouveau mode de calcul pour la répartition du budget disponible en sous-partie B8 (cf. [4.8 infra](#)), les lignes B2-370 « Correction sociale à 25 % » et B2-375 « Correction sociale à 75 % » sont mises à 0 au 01/07/2025.

(cf. article 45 de l'A.R. du 25/04/2002, modifié par l'A.R. du 10/04/2025)

4.3. Sous-partie B3 (frais de fonctionnement de certains services médico-techniques : RMN, PET-scan, radiothérapie)

Le forfait de fonctionnement pour les nouveaux appareillages dont les agréments ont été reçus depuis la notification du BMF au 01/01/2025 est accordé à partir de la date d'agrément. Le cas échéant, un montant de rattrapage pour les mois écoulés avant le début du financement est octroyé dans la sous-partie C2.

Le financement octroyé au 01/07/2025 pour la radiothérapie est calculé sur la base du nombre de prestations provenant du Finhosta 2023. Il convient de rappeler que ce financement revêt un caractère provisoire et sera revu en fonction des données propres à l'exercice concerné.

(cf. article 49 de l'A.R. du 25/04/2002)

4.4. Sous-partie B4 (forfaits divers)

4.4.1. Données utilisées

Voici les données principales utilisées pour le calcul de la sous-partie B4 :

- Les lits justifiés au 01/07/2025, y compris les places d'hospitalisation de jour chirurgicales. Le cas échéant, 2 % des lits justifiés C, D et E, avec un minimum de 6 lits, sont considérés comme « lits à caractère intensif » ;
- Les lits agréés au 01/01/2025 pour les indices de lits pour lesquels des lits justifiés ne sont pas calculés ;

- Les données Finhosta, données RHM, et le nombre de poches de sang fourni par l'AFMPS¹⁰, de 2023 ;
- Le nombre de cycles FIV tel que renseigné par l'INAMI pour la période du 01/07/2023 au 30/06/2024 (cf. [4.4.3 infra](#)) ;
- Le nombre d'enregistrement « Treatment Demand Indicator » (TDI) de l'année 2023, fourni par le service DIS-DGSS (via Sciensano).

4.4.2. Indexation de certains contrats

Comme détaillé ci-dessus (voir [2.1](#)), les contrats pluriannuels finançant du personnel et/ou des frais de fonctionnement sont désormais tous indexés. L'A.R. du 10/04/2025 avait permis de confirmer que le mode d'indexation est bien le même que pour le reste de la partie B du budget hospitalier.

(cf. article 85 de l'A.R. du 25/04/2002)

La ligne B4-2003 « Projets art. 107 Fonction médicale », qui était incluse aux lignes nouvellement concernées par l'indexation automatique dans le BMF au 01/07/2024, fait l'objet d'un traitement distinct dans le BMF au 01/07/2025. En effet, l'accord national médico-mutualiste pour les années 2024-2025 prévoit une indexation de 3,22 % pour les honoraires de surveillance appliqués aux médecins pour 2025. Les budgets relatifs aux honoraires de surveillance médicale de tous les projets pilotes en santé mentale ont donc été regroupés dans cette ligne B4-2003 afin d'y appliquer le pourcentage spécifique d'indexation de 3,22 %. Les montants intégrés dans la 2^{ème} colonne sont les montants indexés de 3,22 % au 01/01/2025 ; ils ne sont donc pas réindexés via les 3^{ème} et 4^{ème} colonnes.

4.4.3. Fécondation *in vitro* : données pour le calcul de la provision et de la révision

Le ministre avait exprimé son souhait d'utiliser les données INAMI portant sur le nombre de cycles FIV pour le calcul de la provision 2025 (cycles prestés 2023 et comptabilisés sur 18 mois, jusqu'au 30/06/2024), ainsi que pour le calcul des révisions.

Malgré l'avis négatif du CFEH (difficulté de vérifier les données INAMI et période trop courte de comptabilisation), ce sont bien les données INAMI qui ont été utilisées pour le calcul de la ligne B4-4200 « Fécondation *in vitro* » dans le BMF au 01/07/2025. Ces données portent sur la période 01/07/2023-30/06/2024, et la période de comptabilisation n'est pas précisée.

C'est la note technique qui permet de confirmer la source des données dans le BMF au 01/07/2025, puisque l'A.R. n'a pas été adapté en ce qui concerne cette notification. L'A.R. du 30/05/2026 ne précise en effet les modalités de calcul et la source des données que pour les BMF à partir du 01/07/2026. Les modifications apportées prévoient un gel de la provision pour les BMF au 01/07/2026 et 01/07/2027, et ensuite un calcul du financement sur la base du nombre de prestations facturées en N-2 et comptabilisées par l'INAMI jusqu'au 30/06/N-1 (comptabilisées 18 mois). La nouvelle formulation de l'A.R. semble prévoir une actualisation du financement à partir du BMF au 01/07/2028, sans révision, mais ceci sera à confirmer.

(cf. article 74bis de l'A.R. du 25/04/2002, modifié par l'A.R. du 30/05/2026)

¹⁰ Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

4.4.4. Programme *Pay for Performance*

Le programme P4P 2025 avait fait l'objet de notre [mémo 2025/02](#).

Dans son [avis](#) sur le BMF 2025, le CFEH avait formulé une proposition alternative d'attribution des points pour la partie du budget consacrée au ratio HSMR. Dans le BMF au 01/07/2025, l'enveloppe HSMR est répartie à 50 % sur la base de la même méthode qu'au 01/07/2024 et à 50 % sur la base de l'adaptation proposée par le CFEH (voir pp. 7 et 8 de l'[avis](#) pour une explication de la nouvelle méthode de calcul).

4.4.5. Pensions statutaires (B4-1904 et B4-1906)

Un arrêt du Conseil d'État du 07/04/2023 avait annulé partiellement l'article 73, §5 de l'A.R. du 25/04/2002, qui sert au calcul de la ligne B4-1906. En conséquence, l'article devait être modifié et une demande d'avis avait été soumise au CFEH en 2024. Ce dernier s'était saisi de l'opportunité de la demande d'avis pour faire une nouvelle proposition, pour les §§4 et 5 de l'article 73, de manière à tenir compte de la charge réelle de responsabilisation pour les institutions¹¹.

Une [communication](#) aux hôpitaux concernés sur les modalités définitives avait été envoyée via Flash-Info le 20/08/2024 afin de procéder au nouveau calcul ; dans le BMF au 01/07/2024, les lignes concernées avaient été figées à leur valeur au 01/07/2023 en attente d'un recalcul. Ce recalcul a néanmoins pris un retard important, pour deux raisons : 1) la collecte de données a été très lente et complexe et 2) au moment de traiter les données, l'administration a relevé une série de questions en suspens (quel traitement des boni/mali ? quelle prise en compte d'une aide financière des autorités locales ou régionales ?...). Pour pouvoir trancher ces questions, le ministre devait faire parvenir au CFEH une nouvelle demande d'avis sur ces points, et le financement a été gelé pour une année supplémentaire dans les BMF au 01/07/2025.

L'avis du CFEH ayant été demandé par le ministre début 2026, les nouvelles modalités de calcul ont pu être appliquées dans le BMF au 01/07/2026 sur la base des données 2024 communiquées par l'ONSS et les hôpitaux concernés. Celles-ci sont décrites dans les §§ 4 et 5 de l'article 73 de l'A.R. du 25/04/2002, modifiés en dernier lieu par l'A.R. du 17/06/2026. Les bases légales ainsi publiées ne précisent pas le caractère gelé du financement pendant les deux exercices concernés 2024-2025 et 2025-2026.

(cf. article 73, §§4 et 5 de l'A.R. du 25/04/2002, modifiés par l'A.R. du 17/06/2026 avec effet à partir du 01/07/2026)

4.4.6. Dossier patient informatisé – Programme BMUC

Un budget structurel est attribué aux hôpitaux depuis 2016 en vue de la réalisation du dossier patient informatisé (DPI). De 2016 à 2019, ce financement structurel était lié à une série de conditions très strictes à respecter. Les conditions pour le maintien du financement ont été supprimées au 01/07/2020 à la suite d'une annulation par le Conseil d'Etat de la base légale. Entre 2023 et 2024, dans l'attente d'une nouvelle base légale fixant des conditions d'octroi et afin de ne pas nuire à la continuité de la mise en œuvre complète du DPI, les budgets disponibles ont été répartis sans condition de manière simple entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques.

¹¹ Le calcul qui figurait auparavant dans l'A.R. BMF du 25/04/2002 appliquait sur la charge prise en compte un facteur de correction qui dépendait du nombre de statutaires actifs, ce qui ne reflète pas la charge réelle.

Ainsi, entre le 01/07/2020 et le 30/06/2023, un budget de 53,159 millions € (index au 01/09/2021) était réparti entre les hôpitaux généraux, dont 15 % au prorata du nombre d'hôpitaux généraux et 85 % au prorata du nombre de lits justifiés (ou des lits agréés pour les indices de lits pour lesquels il n'y a pas de calcul de lits justifiés)¹². Un budget de 9,015 millions € (index au 01/09/2021) était quant à lui réparti entre les hôpitaux psychiatriques, dont 15 % au prorata du nombre d'hôpitaux psychiatriques et 85 % au prorata du nombre de lits agréés.

Les modalités de répartition avaient fait l'objet d'une modification au 01/07/2023, mais l'octroi du financement n'avait pas été soumis au respect de nouvelles conditions. Pour réaliser la modification du calcul, les lignes 910 et 911 avaient été mises à zéro et remplacées par les lignes 912 (Structure de gouvernance), 913 (*Peer reviews*), 914 (Échange actif de données), 915 (Fonctionnalités Base BMUC) et 916 (Fonctionnalités Menu BMUC). La proportion du budget réservée à chacune de ces lignes a ensuite été modifiée au 01/07/2024, et à nouveau au 01/07/2025 (voir la [circulaire](#) du 11/03/2024).

En ce qui concerne les conditions d'octroi, la circulaire précisait déjà plusieurs éléments, mais l'A.R. du 10/04/2025 a enfin permis de confirmer les modalités de contrôle pour l'avenir : le contrôle a lieu en année N pour un effet sur l'obtention du financement en année N+1. Il n'y a donc pas de condition à l'obtention du financement dans le BMF au 01/07/2025.

(cf. article 61 de l'A.R. du 25/04/2002, modifié par l'A.R. du 10/04/2025)

4.4.7. Cybersécurité

Depuis le 01/01/2023, un budget structurel de 15 millions € (index au 01/07/2023) est octroyé aux hôpitaux pour la cybersécurité. Ce budget a été affecté à des sous-budgets dans des proportions variables d'une année à l'autre entre 2023 et 2025, en fonction du « Programme Cyber » de l'année concernée.

Les modalités de répartition et conditions d'octroi théoriquement applicables à partir du BMF au 01/07/2025 sont décrites dans la [circulaire](#) du 27/05/2025. Dans le BMF au 01/07/2025, 3 nouvelles lignes (B4-952, B4-953 et B4-954) sont ainsi créées en plus des 2 lignes déjà existantes B4-950 et B4-951. Le tableau ci-dessous offre une vue récapitulative de ces 5 lignes et des budgets qu'elles recouvrent.

Ligne	Description	Part du budget
B4-950	Financement individuel	64,00 %
B4-951	Financement des « contributeurs » (Partage de documents)	1,00 %
B4-952	Financement individuel (projets prioritaires)	16,00 %
B4-953	Financement des « contributeurs » (<i>Peer review</i>)	4,00 %
B4-954	Financement collectif (frais d'adhésion à un organisme tiers)	10,35 %
Contrat B4	Financement de RFP's/MFA au niveau sectoriel	4,65 %

Les modalités de répartition et conditions d'octroi applicables à partir du BMF au 01/07/2025 sont décrites à l'article 61bis de l'A.R. du 25/04/2002, modifié par l'A.R. du 30/05/2026. Il dévie des modalités qui avaient été initialement annoncées en mai 2025 via [circulaire](#), puisque celles-ci

¹² À partir du 01/07/2020, les hôpitaux généraux spécialisés sont considérés dans le groupe des hôpitaux généraux et non plus dans le groupe des hôpitaux psychiatriques « et autres ».

n'avaient pas pu être appliquées¹³. En conséquence, l'article 61bis ne prévoit désormais aucune condition d'octroi pour le financement et prévoit simplement les modalités de répartition du budget.

Les financements individuels et le financement collectif (frais d'adhésion à un organisme tiers), soit les lignes B4-950, B4-952 et B4-954, sont ainsi répartis à 85,5 %- 14,5 % entre hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, puis pour moitié par hôpital (montant fixe) et pour moitié au prorata du nombre de lits (justifiés et agréés pour les indices pour lesquels les lits justifiés ne sont pas calculés) de chaque hôpital. Les financements des « contributeurs » (B4-951 et B4-953) sont quant à eux répartis entièrement de manière fixe (un forfait par hôpital) entre institutions (hôpitaux généraux et psychiatriques confondus).

(cf. article 61bis de l'A.R. du 25/04/2002, modifié par l'A.R. du 30/05/2026)

En outre, dans le BMF au 01/07/2025, le SPF Santé publique avait décidé de déplacer l'intégration des financements pour la cybersécurité sur la période de juillet à juin plutôt que janvier à décembre (le droit au financement restant ouvert au 01/01). Il a donc procédé à la récupération des montants octroyés au premier semestre 2025 dans la sous-partie C2 (cf. [5.1.5 infra](#)). Néanmoins, le ministre a annoncé un changement de la règle concernant les financements prenant cours au 01/01¹⁴ (base légale en attente de publication). Conformément à cette nouvelle règle, une ligne budgétaire C2-9785 a été créée dans le BMF au 01/07/2026 pour liquider à nouveau le 1^{er} semestre 2025, soit un budget d'environ 8 millions d'euros, selon les modalités de répartition applicables au 01/07/2025.

4.4.8. Complément de spécialisation : précisions sur les modalités de révision

L'A.R. du 30/05/2026 a modifié l'article 71/1 prévoyant le financement d'un complément de spécialisation IFIC aux infirmiers agréés pour un titre professionnel particulier ou une qualification professionnelle particulière, avec effet rétroactif au 01/01/2022 afin de clarifier les modalités de révision.

Dans sa nouvelle forme, l'article 71/1 précise que, lors de la révision, chaque hôpital reçoit un financement TPP ou QPP pour chaque ETP infirmier porteur de l'un ou l'autre titre rémunéré selon le modèle IFIC et répondant aux conditions d'octroi pour ce titre.

(cf. article 71/1 de l'A.R. du 25/04/2002, modifié par l'A.R. du 30/05/2026)

¹³ La répartition de ce financement dans le BMF au 01/07/2025 devait en principe dépendre des réponses des hôpitaux à des enquêtes d'intention de participation et au partage de certains documents. Néanmoins, par manque de temps, les données nécessaires n'avaient pas pu être récoltées.

¹⁴ Désormais, les mesures prévues pour entrer en vigueur le 01/01 d'une année N, mais dont les modalités de répartition du budget et les conditions applicables entrent en vigueur au 01/07 de la même année, seront systématiquement financées par une ligne budgétaire supplémentaire en C2 dans le BMF au 01/07 pour couvrir les 6 premiers mois de l'année. Le montant repris dans cette ligne budgétaire sera le montant annuel liquidé pendant 6 mois (jusqu'au 31/12), de manière à assurer une liquidation complète du financement d'un semestre. Les modalités de répartition seront appliquées de la même manière à cette ligne budgétaire qu'au financement définitif. Par la suite, en cas de modification des modalités de répartition du budget, l'entrée en vigueur sera systématiquement fixée au 01/07, ce qui permettra d'éviter les mouvements de récupération et d'octroi dans le cadre de recalculs du premier semestre. Pour les mesures ponctuelles applicables une seule année, le même principe sera appliqué, ce qui permettra un financement complet en un seul BMF.

4.5. Sous-partie B5 (officine hospitalière)

Les montants repris dans les différentes rubriques de la sous-partie B5 au 01/07/2025 sont fixés à leur valeur au 30/06/2025. Depuis le 01/01/2024, la ligne B5-450 « Formation des pharmaciens » est indexée selon les mêmes modalités que les autres lignes indexées du BMF (cf. [2.1 supra](#)).

(cf. article 75 de l'A.R. du 25/04/2002)

4.6. Sous-partie B6 (coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux)

Les montants repris dans les différentes rubriques de la sous-partie B6 au 01/07/2025 sont fixés à leur valeur au 30/06/2025.

(cf. article 76 de l'A.R. du 25/04/2002)

4.7. Sous-partie B7 (tâches spécifiques assumées par les hôpitaux académiques ou à caractère universitaire dans le domaine de la recherche scientifique, du développement de nouvelles technologies, etc.)

Les données utilisées pour le recalcul de la sous-partie B7A au 01/07/2025 sont celles communiquées par les établissements concernés à la suite de la demande formulée dans la [circulaire](#) du 20/12/2024.

Pour rappel, depuis le 01/01/2019, les formations des médecins candidats spécialistes sont financées via l'INAMI. Notons néanmoins qu'un arrêt du Conseil d'Etat du 03/03/2022 a annulé certaines dispositions de la sous-partie B7 introduites dans le BMF de 2019 en ce qui concerne la rémunération des maîtres de stage. L'impact de ces annulations n'a pas encore été intégré dans le BMF au 01/07/2025, il devrait l'être ultérieurement.

(cf. article 77 de l'A.R. du 25/04/2002)

4.8. Sous-partie B8 (profil économique et social de la patientèle)

À la suite de l'[avis du CFEH](#) concernant le financement des surcoûts hospitaliers pour les patients à profil social, le calcul de la sous-partie B8 est modifié à partir du 01/07/2025. La nouvelle réglementation en vigueur est prévue à l'article 78bis de l'A.R. du 25/04/2002, introduit par l'A.R. du 10/04/2025.

Cette nouvelle réglementation prévoit la consolidation de tous les financements liés à la patientèle à profil social (y compris les financements figés historiquement) dans un seul financement global. Ce financement est recalculé chaque année selon la méthode de calcul qui était jusqu'ici utilisée pour répartir le budget de la ligne B8-201. Les financements consolidés sont les budgets des lignes suivantes :

- B2-370 « Facteur de correction sociale à 25 % » ;
- B2-375 « Facteur de correction sociale à 75 % » ;
- B8-201 « Masse fonction sociale 50 % » ;
- B8-220 « Masse ICS 50 % » ;
- B8-270 « Masse ICS 50 % pour les hôpitaux hors système » ;
- B8-9000 « Modification ».

À partir du BMF au 01/07/2025, la somme de ces lignes (60.054.307,78 € au 01/07/2025) est répartie entre institutions via une nouvelle ligne B8-100 « Financement profil social 2025 ». Dans le cadre de l'entrée en vigueur du nouveau mode de calcul sur une période transitoire de trois ans, cette nouvelle ligne B8-100 applique le nouveau système de répartition sur 34 % du budget concerné au 01/07/2025 ; les 66 % restants sont répartis selon l'ancien système. Au terme de la période transitoire, dans le BMF au 01/07/2027, 100 % du financement sera donc réparti selon les règles connues de l'ancienne ligne B8-201, à savoir :

- 3 ratios sont calculés pour chaque hôpital, selon sa part de patients MàF1, MàF2 et mediprima dans sa patientèle. Ces 3 ratios sont pondérés et additionnés pour constituer un score utilisé comme valeur classante entre hôpitaux ;
- La moitié du budget est répartie entre tous les hôpitaux. L'autre moitié du budget est répartie entre les hôpitaux dont le score se situe au-dessus de la médiane ;
- Pour chaque moitié du budget, les mêmes règles de répartition sont d'application :
 - 60 % est réparti au prorata du nombre de patients MàF1 ;
 - 25 % est réparti au prorata du nombre de patients MàF2 ;
 - 15 % est réparti au prorata du nombre de patients mediprima.

(cf. article 78bis de l'A.R. du 25/04/2002, introduit par l'A.R. du 10/04/2025)

4.9. Sous-partie B9 (coûts relatifs aux accords sociaux)

4.9.1. Fonds Blouses Blanches (FBB)

Le budget disponible de 343.819.414,86 € (valeur au 01/01/2025) est réparti entre tous les hôpitaux, par secteur budgétaire et par catégorie d'hôpitaux, selon les mêmes modalités que dans le BMF au 01/07/2024. Les données sont mises à jour pour utiliser les données ayant servi au calcul du financement B2 en 2024 (points de base et points d'urgence au 01/07/2024 ; valeur du point B2 au 01/07/2024 ; lits agréés au 01/01/2024).

En vue de financer le 1^{er} semestre 2025, les lignes C2-917 et C2-918 sont créées pour procéder à la récupération du financement du 1^{er} semestre selon les modalités et le budget disponible de 2024 et à l'octroi du financement du 1^{er} semestre selon les modalités et le budget disponible de 2025.

En outre, les erreurs d'indexation du Fonds Blouses Blanches pour les années 2022, 2023 et 2024 sont corrigées via la liquidation du manque d'indexation dans le BMF au 01/07/2025 dans diverses lignes C2 (cf. [5.1.6 infra](#)). Par rapport aux montants initialement reçus, il s'agit d'une correction relative pour les trois années concernées de, respectivement :

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

(cf. article 79duodecies de l'A.R. du 25/04/2002)

4.9.2. Convention collective relative aux médecins spécialistes en formation (MSF)

Comme prévu depuis le BMF au 01/07/2023, le budget n'est plus révisable mais les données utilisées pour le calcul sont actualisées chaque année. Ainsi, au 01/07/2025, la répartition du financement est basée sur les données ONSS relatives au nombre d'ETP « MSF » auxquels

s'applique la convention et qui travaillaient dans l'hôpital au cours du 4^{ème} trimestre 2023 jusqu'au 3^{ème} trimestre 2024.

Les conditions liées au maintien du financement en ligne B9-1550 « Statut MSF », ainsi que les critères de pondération des ETP, sont renforcés à partir du BMF au 01/07/2025 afin de tenir compte de l'accord du 21/12/2023 entré en vigueur le 01/04/2024.

(cf. article 79terdecies de l'A.R. du 25/04/2002, modifié par l'A.R. du 30/05/2026)

5. Partie C du budget hospitalier

5.1. Sous-partie C2 (montants de rattrapage)

5.1.1. Réforme des révisions

En 2025, le SPF Santé publique a entamé une réforme structurelle du traitement des révisions du BMF (cf. [2.3 supra](#)). Afin de pouvoir procéder à la liquidation d'une série de mesures pour plusieurs années de révisions, de nouvelles lignes ont été créées en sous-partie C2 pour permettre la liquidation des montants de rattrapage. Il s'agit plus exactement de 43 nouvelles lignes, numérotées de C2-20000 à C2-20042. Chaque ligne correspond au calcul de la révision d'une mesure pour une année. Le libellé précise toujours la mesure et l'année concernées, et une annexe est disponible pour chaque ligne. La [note technique](#) sur le traitement des révisions donne en outre un aperçu récapitulatif des méthodes de calcul pour chaque révision.

5.1.2. Produits médicaux des unités de soins

Plusieurs lignes sont créées en sous-partie C2 dans le BMF au 01/07/2025 pour procéder à des corrections relatives au calcul des points pour les produits médicaux des unités de soins. Ces corrections ne portent pas sur les deux erreurs pour lesquels le CFEH demande depuis plusieurs années une correction rétroactive, sans succès (problématique des *groupers* et prise en compte des soins à basse variabilité ; voir à ce sujet l'[avis du CFEH](#) sur les produits médicaux). Il s'agit des corrections suivantes :

- C2-9775, C2-9776 et C2-9777 : ces lignes octroient les rattrapages (positifs uniquement) dus à la prise en compte des journées des indices des services NIC, B et L dans le case-mix des hôpitaux, qui avaient été erronément exclues du calcul dans les BMF au 01/07 en 2021, 2022 et 2023 ;
- C2-9778 : cette ligne corrige une erreur similaire dans le calcul du BMF au 01/07/2024 en ce qui concerne les séjours 100 % aigus, pour lesquels les journées NIC, B et L avaient également été exclues.

5.1.3. Impact recours urgence

Lors de l'introduction en 2013 du nouveau système de calcul du financement des urgences, une période transitoire sur 5 ans avait été prévue avec un phasage progressif de l'ancien vers le nouveau système. L'arrêté royal du 30/08/2016 avait interrompu ce phasage et figé la situation telle qu'appliquée dans le BMF au 01/07/2015. Par un arrêt du 29/05/2020, le Conseil d'État avait annulé cette interruption du phasage ; en conséquence, dès le BMF au 01/07/2020, le nouveau système avait été appliqué à 100 %. Néanmoins, le SPF Santé publique n'avait jusqu'à présent pas

effectué la correction pour les années entre 2016 et 2020, également concernées par l’annulation par le Conseil d’État, qui avait un effet rétroactif.

Dans le BMF au 01/07/2025, le SPF Santé publique a effectué cette correction en intégrant uniquement les corrections positives, mais sans fournir le détail des calculs. Après vérification, il est apparu que certaines corrections étaient insuffisantes ; l’administration a donc considéré la correction intégrée dans le BMF au 01/07/2025 comme une provision, et procède dans le BMF au 01/07/2026 à la liquidation du solde restant, après recalcul pour toutes les institutions.

Dans le tableau ci-dessous, nous dressons un portrait récapitulatif de la situation.

Année	Appliqué dans le BMF		Prévu légalement		Correction dans le BMF au 01/07/2025 (provision)	Correction définitive dans le BMF au 01/07/2026
	Ancien	Nouveau	Ancien	Nouveau		
2015	60 %	40 %	60 %	40 %	/	/
Calcul figé par l’AR du 30/08/2016 (annulé par le Conseil d’État)						
2016	60 %	40 %	30 %	70 %	C2-9780	C2-9780
2017	60 %	40 %	0 %	100 %	C2-9781	C2-9781
2018	60 %	40 %	0 %	100 %	C2-9782	C2-9782
2019	60 %	40 %	0 %	100 %	C2-9783	C2-9783
Correspondance avec la base légale initiale dès 2020 à la suite de l’arrêt du 29/05/2020 du Conseil d’État						
2020	0 %	100 %	0 %	100 %	/	/

(cf. article 46, §3, al. 2, 1° de l’A.R. du 25/04/2002)

5.1.4. Correction de l’indexation 01/07/2024-30/06/2025

Le BMF au 01/07/2024 prévoyait une indexation au 01/03/2025 et appliquait donc un coefficient de 1,0067 en 4^{ème} colonne. Néanmoins, l’indexation a finalement eu lieu le 01/02/2025, soit 1 mois plus tôt. Le coefficient en 4^{ème} colonne aurait donc dû être de 1,0083.

Pour rappel, dans le BMF au 01/01/2025, l’administration avait déjà adapté l’hypothèse d’indexation et appliqué un coefficient de 1,0083. Toutefois, en l’absence d’un budget définitif, le SPF n’avait pas pu procéder à la correction pour la période 01/07/2024-31/12/2024. C’est donc uniquement ce semestre qui est concerné ici par la correction de l’indexation.

5.1.5. Récupération du premier semestre cybersécurité

Dans le BMF au 01/07/2025, une nouvelle ligne C2-9774 « B4-950 Cybersecurity – Financement individuel : Réc. 1^{er} sem 2025 calcul 2024 » a été créée pour procéder à la récupération du financement octroyé au 01/01/2025 pour la cybersécurité, qui était basé sur les calculs au 01/07/2024 (anciennes modalités et changement du budget disponible). Cela visait un déplacement structurel de l’intégration des financements dans le BMF de la période janvier-décembre à juillet-juin, le droit restant ouvert au 01/01.

Les fédérations hospitalières ont interpellé l’administration sur le sujet, en pointant que, dans le cadre d’une mesure structurelle, un tel décalage résultait *de facto* en une perte de financement d’un semestre dû. Pour cette raison, la demande d’avis du ministre sur le BMF 2026 portait notamment sur la manière de traiter les financements ouverts au 01/01, afin d’appliquer cette règle sur le financement cybersécurité et tout autre financement concerné. Sur proposition du CFEH, le ministre a accepté que désormais, les mesures prévues pour entrer en vigueur le 01/01 d’une année N, mais dont les modalités de répartition du budget et les conditions applicables entrent en

vigueur au 01/07 de la même année, soient systématiquement financées par une ligne budgétaire supplémentaire en C2 dans le BMF au 01/07 pour couvrir les 6 premiers mois de l'année (cf. [4.4.7 supra](#)).

Cela a été appliqué dans le BMF au 01/07/2026 sur le financement de la cybersécurité : une ligne C2-9785 a ainsi été créée dans ce BMF pour refinancer le budget précédemment récupéré ayant trait au 1^{er} semestre 2025. Les montants sont répartis selon les modalités de calcul du financement de la cybersécurité au 01/07/2025.

(cf. article 61bis de l'A.R. du 25/04/2002)

5.1.6. Autres lignes C2

Plusieurs lignes sont créées dans la sous-partie C2 dans le BMF au 01/07/2025 qui ont trait au Fonds Blouses Blanches (cf. [4.9.1 supra](#)). Il s'agit des lignes suivantes :

- C2-917 et C2-918 pour financer le 1^{er} semestre 2025 sur la base du budget disponible pour 2025. Les montants sont doublés pour effectuer la liquidation sur 6 mois ;
- C2-9771, C2-9772 et C2-9773 pour liquider l'effet de la correction de l'erreur d'indexation des montants FBB de 2022, 2023 et 2024. La liquidation s'effectue sur 1 an.

Enfin, la ligne C2-9779 est créée pour procéder à la liquidation des montants positifs de l'indemnisation relative aux lettres de remarques sur les décomptes IFFE. Les décomptes définitifs avaient été liquidés dans le BMF au 01/07/2024. À la suite du traitement des lettres de remarques (envoyées dans le courant du mois de septembre 2024), certaines erreurs avaient été identifiées et sont donc corrigées (uniquement si leur effet est positif) dans le BMF au 01/07/2025.

(cf. article 82 de l'A.R. du 25/04/2002)

5.2. Sous-partie C3 (rétributions sur les suppléments de chambre)

De manière générale, les montants repris dans les différentes rubriques de la sous-partie C3 au 01/07/2025 sont fixés à leur valeur au 30/06/2025.

(cf. article 83 de l'A.R. du 25/04/2002)

5.3. Sous-partie C4 (provisions sur le dépassement du quota – hôpitaux psychiatriques, services de grands brûlés et services Sp palliatifs)

Depuis le 01/07/2018, la sous-partie C4 est supprimée du budget des moyens financiers pour les secteurs budgétaires des lits et services Sp palliatifs, des services de grands brûlés et des hôpitaux psychiatriques. Pour rappel, la sous-partie C4 avait pour objectif de prévoir de façon provisionnelle un potentiel rattrapage négatif suite au dépassement du nombre de référence (le « quota ») dans les hôpitaux concernés.

Notons que même si la sous-partie C4 est supprimée, le dépassement du nombre de référence, et son influence sur les sous-parties B1 et B2, reste un élément sujet à révision. C'est uniquement l'estimation provisionnelle qui est abrogée. Il convient donc de continuer à estimer ce montant de rattrapage.

(abrogation des articles 7, 3^o, c), 23, 84 de l'A.R. du 25/04/2002)

6. Liquidation

Les admissions et journées prises en compte pour la liquidation du montant variable par admission et par journée sont :

- les admissions et journées réalisées au cours de la période allant du 01/01/2023 au 31/12/2023 ;
- y compris les journées facturées à 0.

(cf. article 99 de l'A.R. du 25/04/2002)

Index des lignes du BMF 2025-2026

Ligne	Description	Article	Révision
A1			
100	Immeuble	25	R
110	Reconditionnement 2011	26bis,3°	R
115	Reconditionnement 2012	26bis,4°	R
116	Reconditionnement 2013	26bis,5°	R
117	Reconditionnement 2014	26bis,6°	R
118	Reconditionnement 2015	26bis,7°	R
120	Investissements développement durable	25,§3	R
200	Gros Travaux d'entretien	26	R
300	Charges financières	27	R
400	1ère installation	26	R
500	Matériel médical Type aigu et Grands Brulés	29,§2	R
560	Matériel médical supplément	29,§2,4°	R
570	Mat. médical dispositions particulières au 01/01/2007	29,§2,4°	R
700	Matériel non médical Type aigu et Grands Brulés	29,§3	R
760	Matériel non médical supplément	29,§3,3°	R
770	Mat. non-médical dispositions particulières au 01/01/2007	29,§3,3°	R
850	Matériel médical et non médical (Sp et Psy)	29,§§4&5,1°	R
860	Matériel médical et non médical (Sp et Psy) supplément	29,§§4&5,3°	R
870	Mat. méd. & non-méd. dispositions particulières au 1/1/2007	29,§§4&5,3°	R
900	Matériel roulant	29,§1,3°	R
1200	Masse C1	20 & 81	R
1201	Modification du budget C1 (ouverture/fermeture de lits)	88 et suiv.	R
1202	Provisions C1	-	R
9000	Modification du budget (ouverture/fermeture de lits)	88 et suiv.	R
9001	Matériel medical Type aigu et Grands Brulés	88 et suiv.	R
9002	Matériel non-médical Type aigu et Grands Brulés	88 et suiv.	R
9003	Matériel médical et non-médical (Sp et Psy)	88 et suiv.	R
9510	Provision art. 25 § 6 : immeuble	25,§6	R
9511	Provision art. 26bis : reconditionnement		R
9512	Provision art. 25 § 3 : investissements développement durable		R
9515	Provision : gros travaux d'entretien		R
9520	Provision art. 27 § 2 : charges financières	27,§2	R
9530	Provision art. 25 § 6 : frais de 1ère installation		R
9540	Provision art. 25 § 6 : matériel médical		R
9550	Provision art. 25 § 6 : matériel non médical		R
9560	Provision art. 25 § 6: mat médical & non médical (Sp et Psy)		R

Ligne	Description	Article	Révision
A2			
200	Forfait A2	30	
A3			
200	RMN : Immeuble	31,§§1 &2	R
400	RMN : Charges Financières	31,§§1 &2	R
600	Forfait RMN	31,§3,1°	R
700	Forfait RMN - Economie	31,§3,1°	R
900	RMN : Gros entretien	31,§§1&2	R
1200	Radiothérapie : Immeuble	31,§§1&2	R
1400	Radiothérapie : Charges financières	31,§§1&2	R
1600	Radiothérapie : Forfait	31,§3,2°	R
1601	Radiothérapie : Forfait - Economie	31,§3,2°	R
1800	Radiothérapie : Gros entretien	31,§§1&2	R
2200	Petscan : Immeuble	31,§§1&2	R
2400	Petscan : Charges financières	31,§§1&2	R
2600	Petscan : Forfait	31,§3,3°	
2800	Petscan : Gros entretien	31,§§1&2	R
9500	RMN : Provision		R
9510	Radiothérapie : Provision		R
9520	Petscan : Provision		R
B1			
200	Budget B1	42	
600	Transport patients K	42,§1,11e op,2°	
610	Transport interhospitalier à partir de 2024	44ter	
650	Hôpital de jour chirurgical art 33§ 1 et 2	33,§§1&2	
700	Service Social lits G	42,§1,11e op,1°	
800	Financement du Service Social	42,§1,11e op,1°	
850	Référent hospit. (service social G isolé et SP de + de 80 lits)	43,§2	
950	Chauffage 2005	42,§3	
1000	Dispositions particulières au 01/07/2005 Psy	44,§3,1°	
1010	Dispositions particulières au 01/07/2006 Psy	44,§3,2°	
1020	Dispositions particulières au 01/07/2007 Psy	44,§3,3°	
9000	Modification du budget (ouverture/fermeture de lits)	88 et suiv.	
9010	Budget B1 : Economie	44bis	
9011	Budget B1 : Economie 2024	33,§3, 42,§1,1e op, 43,§§1&3, 44,§1	
B2			
200	Budget B2	46	
206	Transfert budget P4P 2024	46bis	
210	Normes IB	48,§1	
600	Supplément par lit (Sp)	47,§1	
900	Prestations inconfortables	48bis	

Ligne	Description	Article	Révision
1000	Dispositions particulières au 01/07/2005 Psy	48,§2	
2000	Dispositions particulières au 01/07/2005 et 2006 G et Sp	47,§2	
2100	Dispositions particulières au 01/07/2007 G et Sp	47,§2	
2200	Solde dispositions particulières au 01/07/2007 G et Sp	47,§2	
2300	Mini-forfaits	47ter,§1	
2310	Effort budgétaire	48ter	
2311	Budget B2 : Economie 2024	45,§1, 47,§§1&3, 48,§3	
9000	Modification du budget (ouverture/fermeture de lits)	88 et suiv.	
B3			
200	RMN	49,1°	
600	Radiothérapie	49,2°	R
800	Petscan	49,3°	
801	Petscan 50%	49,3°	
B4			
100	Recyclage	51	
300	Accord social 1989	15,26°	
400	Réviser d'entreprises	54	
500	Médecin Chef	53	
600	Infirmière hygiéniste	56,§1	
700	Médecin hygiéniste	56,§1	
710	Plateforme hygiène	56,§3	
720	Qualité et safety	56,§4	
721	Pay for performance	56,§4	
730	Clinique du sein	74nonies	
731	Fonction maladies rares	74decies	
902	Art. 55 Collecte : Partie fixe	55,§2	
903	Art. 55 Collecte : Partie variable	55,§3	
904	Art. 55 Collecte de données TDI	55,§4	
912	DPI (Structure de gouvernance) : montant par hôpital	61	
913	DPI (Participation Peer Review) : montant par hôpital	61	
914	DPI (Echange actif de données) : montant par lit	61	
915	DPI (Fonctionnalités Base BMUC) : montant par lit	61	
916	DPI (Fonctionnalités Menu BMUC) : montant par lit	61	
950	Cybersécurité - Financement individuel	61bis	
951	Cybersécurité - Financement des contributeurs (Partage de document)	61bis	
952	Cybersécurité - Financement individuel (Projets prioritaires)	61bis	
953	Cybersécurité - Financement des « contributeurs » (Peer Review)	61bis	
954	Cybersécurité - Financement collectif (frais d'adhésion à un organisme tiers)	61bis	
1000	SMUR	68	

Ligne	Description	Article	Révision
1100	Prime d'intégration	62	
1200	Mis en observation	57	
1300	Transport interne	59	
1500	Formation permanente	58,§1	
1510	Complément formation permanente 01/01/2009	58,§2	
1600	Formation permanente hôpitaux publics	58,§1	
1700	Conventions de 1er emploi (ex stagiaires ONEM)	73,§2	
1800	Absence de longue durée	73ter	R tous les 3 ans
1900	Cotisation patronale de pensions historique	73,§1	
1901	Augmentation ONSS-APL pour la période 2005-2007	73,§3	
1904	Pens. Stat : Act. Art. 73 §4	73,§4	
1906	Pens. Stat : Act. Art. 73 §5	73,§5	
1910	0,25 % pour compensation mesure AIP hop public	73bis	
1960	Etudes pilotes - Part non indexée	63, §§1&2	
1970	Projets Art. 107 : Coordinateur - Part non indexée	63,§2	
1980	Santé mentale enfants et adolescents - Part non indexée	63,§2	
1990	Etudes pilotes : Art. 63 § 3 - Part non indexée	63,§3	
2000	Etudes pilotes	63, §§1, 2	
2001	Projets Art. 107 : Coordinateur	63,§2	
2003	Projets Art. 107 : Fonction médicale	63,§2	
2006	Santé mentale enfants et adolescents	63,§2	R dans contrat
2007	Etudes pilotes : Art. 63 § 3	63,§3	
2010	Programme de soins G : Hôpital de jour gériatrique	63ter	
2015	Programme de soins G : Liaison interne G	63bis	
2021	Equipe algologiques multidisciplinaires	63quater	
2022	Fonction d'hémovigilance	63quinquies	
2023	Fonction de coordination locale de donneurs	63sexies	
2024	Equipes nutritionnelles	63septies	
2040	Plan cancer : Etudes pilotes	63,§1	
2050	Plan cancer : Equipe multidisciplinaire	64,§1	R
2051	Plan cancer : Datamanager	64,§2	R
2052	Plan cancer : Soutien unité d'oncologie pédiatrique	64,§3	
2053	Plan cancer : Soutien banque de cellules	64,§4	
2054	Plan cancer: Soutien des tumorothèques	64,§5	
2055	Plan cancer: Coordination de la recherche translationnelle	64,§6	
2056	Plan cancer : Soutien nutritionnel	64,§7	R
2057	Plan cancer : Fonction liaison pédiatrique	64,§8	
2200	Fonction palliative : équipe mobile	65	
2310	Art. 69 : UROD	69	
2311	Personnel encadrement TBC	70	
2400	Infections nosocomiales	56,§2	

Ligne	Description	Article	Révision
2500	Contractuels subventionnés FBI	60	
2700	Emplois T1/T2	67	
3500	Financement Personnel accompagnant	15,26°	
3600	Financement Equipe mobile (Sp, Sp pal, Psy)	15,26°	
3700	Activités ludiques et soutien psycho-social	15,26°	
3800	Personnel supplémentaire	15,26°	
3900	Oncologie pédiatrique	15,26°	
4000	Transplantations	15,26°	
4100	Article 74	74	
4200	Fécondation in vitro	74bis	R
4300	Fonction de médiation	74ter	
4400	Coordinat.et encadrement psychologique des grands brûlés	15,32°	
4600	Article 91 Quater de l'A.R. du 25 avril 2002	91quater	
4800	Centres d'expertise pour patients comateux	74quinquies	
4900	Emplois Sécurité	74octies	
4901	Emplois Puéricultrices	74octies	
4902	Emplois Internés	74octies	
5000	Valorisation des titres et qualifications	71	R
5100	Complément de spécialisation	71/1	R
9000	Modification du budget (ouverture/fermeture de lits)	88 et suiv.	
B5			
200	Masse B5	75	
400	Gestion antibiothérapie	75,§6	
420	Formation de pharmaciens	75,§7	
430	Comité médico-pharmaceutique	75,§5	
440	Pharmacie clinique	75,§8	
9000	Modification du budget (ouverture/fermeture de lits)	88 et suiv.	
B6			
200	Masse B6	76	
9000	Modification	88 et suiv.	
B7			
250	Différence points B2	77,§2	
300	Diminution B2	77,§2	
600	Masse C	77,§2	
900	Sous-partie B7 A	77,§1	
910	Mini-forfaits	77,§1/1 à 1/3	
9000	Modification	88 et suiv.	
B8			
100	Financement profil social 2025	78bis	
B9			
100	Financement fin de carrière	79	R

Ligne	Description	Article	Révision
200	Prime d'attractivité	79bis	R
300	Pécule de vacances statutaires (65-80)	79ter,§1	
305	Pécule de vacances statutaires (80-92)	79ter,§1	
310	Sous financement pécule	79ter,§2	
700	Personnel supplémentaire en salle d'opération	79quinquies,§3	
800	Renforcement équipe de nuit hop généraux	79quinquies,§4	
850	Renforcement équipes de nuit lits A et A nuit hop Psy	79quinquies,§4	
900	Augmentation de 50 à 56 % du supp de rémunération nuit dimanche et jours fériés	79sexies	
917	Fonds blouses blanches CPVS 2025	79duodecies	
918	Fonds Blouses Blanches 2025	79duodecies	
1000	Complément Fonctionnel	79septies	R
1110	Equipe Mobiles - Emplois supplémentaires	79octies	
1120	Emplois supplémentaires : Accord 2011 - Secteur Public	79decies,b	
1140	Emplois supplémentaires : Accord 2011 - Secteur Privé	79decies,a	
1150	Accord social : harmonisation barème 1,35	79undecies	
1200	Hémato-oncologie pédiatrique	79quinquies,§6	
1300	Prestations inconfortables : Complément Secteur Public	79nonies,§1	
1305	Prestations inconfortables : Complément Secteur Privé	79nonies,§2	
1312	Accord social 2017 - IFIC PR	79quater	R
1313	Accord social 2017 - IFIC PU	79quater	R
1314	Accord social 2021 - IFIC PR	79quater	R
1315	Accord social 2021 - IFIC PU	79quater	R
1320	Accord social 2022 - IFIC PR	79quater	
1321	Accord social 2022 - IFIC PU	79quater	
1322	Accord social 2022 PR - Augmentation Prime de fin d'année	79bis/1	R
1323	Accord social 2022 PU - Augmentation de la prime d'attractivité	79bis,§1/1	R
1324	Accord social 2022 PR - Soutien RH	79quaterdecies	
1325	Accord social 2022 PU - Soutien RH	79sexiesdecies	
1550	Statut MSF	79terdecies	
9000	Modification	88 et suiv.	
C2			
200	Masse C2	92&93	
917	B9-916 FBB 2025 : Réc. 1 ^{er} sem 2025 calcul 2024	79duodecies	
918	B9-918 FBB 2025: Octroi 1 ^{er} sem 2025 calcul 2025	79duodecies	
9173	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2011		
9175	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2012		
9185	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2013		
9224	Compensation relative aux A1 et A3 autres que révisions		
9400	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2014		
9401	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} janvier 2016		
9404	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} janvier 2017		

Ligne	Description	Article	Révision
9411	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2016		
9414	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} janvier 2015		
9426	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2015		
9427	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2017		
9428	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} janvier 2018		
9433	Comp. rel. aux révisions 2013 A1-A3-C1		
9434	Comp. rel. aux révisions 2014 A1-A3-C1		
9435	Comp. rel. aux révisions 2013 autres que A1-A3-C1		
9436	Comp. rel. aux révisions 2014 autres que A1-A3-C1		
9437	Comp. rel. aux révisions 2015 A1-A3-C1		
9438	Comp. rel. aux révisions 2015 autres que A1-A3-C1		
9441	Compensation relative aux révisions 2016 A1-A3-C1		
9442	Compensation relative aux révisions 2017 A1-A3-C1		
9443	Comp relative aux révisions 2016 autres que A1-A3-C1		
9444	Comp relative aux révisions 2017 autres que A1-A3-C1		
9600	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2018		
9601	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} janvier 2019 A1-A3		
9602	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} janvier 2019 autres que A1-A3-C1		
9604	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2020 A1 A3		
9606	Comp. rel. aux remarques sur le budget au 1 ^{er} janvier 2020		
9608	Comp. rel. aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2020		
9750	Récupération budgets SMEA 2022		
9763	B4 950 Cybersecurity - Financement individuel - Correction de l'indexation 2024	61bis	
9764	B4 951 Cybersecurity - Financement des "contributeurs" - Correction de l'indexation 2024	61bis	
9769	Data Capabilities - 2023 - Indexation		
9770	Innovation - 2024 - Indexation		
9771	B9 910 FBB 2022 - correction de l'indexation à partir du 1 ^{er} janvier 2021		
9772	B9 912 FBB 2023 - correction de l'indexation à partir du 1 ^{er} janvier 2021		
9773	B9 916 FBB 2024 - correction de l'indexation à partir du 1 ^{er} janvier 2021		
9774	B4-950 Cybersecurity - Financement individuel : Réc. 1 ^{er} sem 2025 calcul 2024		
9775	Correction produits médicaux des unités de soins 2021-02		
9776	Correction produits médicaux des unités de soins 2022-02		
9777	Correction produits médicaux des unités de soins 2023-02		
9778	Correction produits médicaux des unités de soins 2024-02		
9779	Comp. relative aux lettres de remarques au 1 ^{er} juillet 2024 – Décomptes définitifs – IFFE		

Ligne	Description	Article	Révision
9780	Impact recours urgence 2016	46,§3,al.2,1°	
9781	Impact recours urgence 2017	46,§3,al.2,1°	
9782	Impact recours urgence 2018	46,§3,al.2,1°	
9783	Impact recours urgence 2019	46,§3,al.2,1°	
9810	Correction Indexation Juillet 2024 - Juin 2025		
[20000 20042]	Révisions 2018-2023 mesure par mesure et année par année (réforme des révisions dès 2025)		
C3			
200	Masse C3	83	
9000	Modification du budget (ouverture/fermeture de lits)	88 et suiv.	

A.R. du 25/04/2002 – Table des matières

CHAPITRE I^{er} – DÉFINITIONS	2
Article 1	2
CHAPITRE II – DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
Article 2	3
Article 3	3
CHAPITRE III – LE BUDGET DES MOYENS FINANCIERS	5
Article 4	5
Article 5	5
CHAPITRE IV – PÉRIODE POUR LAQUELLE LE BUDGET EST ATTRIBUÉ	6
Article 6	6
CHAPITRE V – FIXATION DU BUDGET ET DE SES PARTIES, SOUS-PARTIES ET ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DISTINCTS. 7	
Section 1 – le budget et ses parties	7
Article 7	7
Section 2 – Eléments constitutifs des différentes parties du budget et de leurs sous-parties	9
<i>Sous-section 1 – Dispositions générales.....</i>	<i>9</i>
Article 8	9
<i>Sous-section 2 – Partie A du budget.....</i>	<i>11</i>
Article 9	11
Article 10	12
Article 11	12
<i>Sous-section 3 – Partie B du budget.....</i>	<i>13</i>
Article 12	13
Article 13	15
Article 14	15
Article 15	16
Article 16	19
Article 17	19
Article 18	19
Article 19	19
[Article 19bis	19
<i>Sous-section 4 – Partie C du budget.....</i>	<i>20</i>
Article 20	20
Article 21	21
Article 22	21
Article 23	21
CHAPITRE VI – MODALITÉS DE FIXATION DU BUDGET ET CRITÈRES SELON LESQUELS LES COÛTS SONT ADMIS....	22
Section 1 – Partie A du budget.....	22
<i>Sous-section 1 – Sous-partie A1 du budget.....</i>	<i>22</i>
Article 24	22
Article 25	23

Article 26	25
Article 26bis.....	25
Article 27	29
Article 28	30
Article 29	31
[Article 29bis	36
<i>Sous-section 2 – Sous-partie A2 du budget.....</i>	<i>37</i>
Article 30	37
<i>Sous-section 3 – Sous-partie A3 du budget.....</i>	<i>38</i>
Article 31	38
Section 2 – Partie B du budget.....	42
<i>Sous-section 1 – Dispositions générales.....</i>	<i>42</i>
Rubrique 1 – Sous-partie B1	42
Article 32	42
Article 33	42
Article 34	43
Article 35	43
Rubrique 2 – Sous-partie B2	43
Article 36	43
<i>Sous-section 2 – Sous-partie B1 du budget des hôpitaux aigus.....</i>	<i>43</i>
Rubrique 1 – Composition des groupes d'hôpitaux	43
Article 37	43
Article 38	43
Article 39	43
Article 40	44
Rubrique 2 – Fixation du forfait B1	44
Article 41	44
Article 42	44
<i>Sous-section 3 – Sous-partie B1 des services G isolés et des services Sp.....</i>	<i>51</i>
Article 43	51
<i>Sous-section 4 – Sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques</i>	<i>52</i>
Article 44	52
<i>Sous-section 4bis – Dispositions communes à la sous-partie B1 des hôpitaux généraux et psychiatriques.....</i>	<i>54</i>
[Article 44bis	54
[Article 44ter	54
<i>Sous-section 5 – Sous-partie B2 du budget des hôpitaux aigus.....</i>	<i>55</i>
Article 45	55
Article 46	58
Article 46bis.....	71
[Article 46ter	71
<i>Sous-section 6 – [Sous-partie B2 des services G isolés et des services Sp]^{P2}.....</i>	<i>71</i>
Article 47	71
<i>[Sous-section 6bis – Dispositions communes à la Sous-partie B2 des hôpitaux généraux.....</i>	<i>73</i>
[Article 47bis	73
[Article 47ter	73
<i>Sous-section 7 – Sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques</i>	<i>74</i>
Article 48	74

<i>Sous-section 7bis – Dispositions communes à la Sous-partie B2 des hôpitaux généraux et psychiatriques.....</i>	<i>75</i>
[Article 48bis	75
[Article 48ter	76
<i>Sous-section 8 – Sous-partie B3 du budget.....</i>	<i>76</i>
Article 49	76
<i>Sous-section 9 – Sous-partie B4 du budget.....</i>	<i>78</i>
Article 50	78
Article 51	78
[Article 51bis	78
Article 52	79
Article 53	80
Article 54	80
[Article 55.....	80
Article 56	83
Article 57	87
Article 58	88
Article 59	88
Article 60	88
Article 61	88
[Article 61bis	94
[Article 61ter	95
Article 62	95
Article 63	95
[Article 63bis	97
[Article 63ter	97
[Article 63quater.....	98
[Article 63quinquies.....	99
[Article 63sexies.....	100
[Article 63septies.....	101
Article 63octies.....	103
Article 64	103
Article 65	108
Article 66	109
Article 67	109
Article 68	109
Article 69	109
Article 70	109
Article 71	110
[Article 71/1	111
Article 72	112
[Article 73] ¹⁷	112
[Article 73bis	119
Article 73ter.....	119
[Article 74] ¹⁷	120
[[Article 74bis] ¹⁷	120
[[Article 74ter] ¹⁷	122
[[Article 74quater] ¹⁷	123
[[Article 74quinquies] ¹⁷	123
[Article 74sexies.....	123
Article 74septies.....	123
[Article 74octies	123
[Article 74nonies.....	124
[Article 74decies	124
[Article 74undecies	124

[Article 74duodecies	125
[Article 74terdecies.....	126
<i>Sous-section 10 – Sous-partie B5 du budget</i>	<i>127</i>
[Article 75] ¹⁷	127
<i>Sous-section 11 – Sous-partie B6 du budget</i>	<i>134</i>
[Article 76] ¹⁷	134
<i>Sous-section 12 – Sous-partie B7 du budget</i>	<i>134</i>
[Article 77] ¹⁷	134
<i>Sous-section 13 – Sous-partie B8 du budget</i>	<i>138</i>
[Article 78] ¹⁷	138
[Article 78bis	140
<i>Sous-section 14 – Sous-partie B9 du budget</i>	<i>142</i>
[Article 79] ¹⁷	142
Article 79bis.....	150
[Article 79bis/1.....	151
[Article 79ter	151
[Article 79quater.....	152
[Article 79quinquies.....	154
[Article 79sexies.....	155
[Article 79septies.....	155
Article 79octies.....	156
[Article 79nonies.....	156
[Article 79decies	157
[Article 79undecies	158
[Article 79duodecies	159
[Article 79terdecies.....	162
[Article 79quaterdecies	165
[Article 79quinquiesdecies	166
[Article 79sexiesdecies	166
[Article 79septiesdecies	167
Section 2bis – Dispositions communes à la partie B, hors B6, du budget.....	167
[Article 80] ¹⁷	167
[Article 80/1	168
Section 3 – Partie C du budget.....	168
[Article 81	168
<i>Sous-section 2 – Sous-partie C2 du budget</i>	<i>168</i>
Article 82	168
<i>Sous-section 3 – Sous-partie C3 du budget</i>	<i>169</i>
Article 83	169
<i>Sous-section 4.....</i>	<i>169</i>
Article 84	169
Section 4 – Indexation des parties du budget	169
Article 85	169
CHAPITRE VII – FIXATION DES PARTIES FIXE ET VARIABLE DU BUDGET	171
Article 86	171
CHAPITRE VIII – FIXATION DU NOMBRE DE RÉFÉRENCE VISÉ À L'ARTICLE 97, § 1, E) DE LA LOI SUR LES HÔPITAUX	

Article 87	172
CHAPITRE IX – ADAPTATION DU BUDGET.....	173
Section 1 – Hôpitaux aigus.....	173
<i>Sous-section 1 – Suppression de lits hospitaliers</i>	<i>173</i>
Article 88	173
<i>Sous-section 2 – Ouverture de lits hospitaliers.....</i>	<i>174</i>
Article 89	174
<i>Sous-section 3 – Reconversion de lits hospitaliers</i>	<i>174</i>
Article 90	174
Section 2 – Services Sp, Services G isolés et Hôpitaux psychiatriques	175
Article 91	175
[Section 3 – Neutralisation budgétaire.....]	175
Article 91bis.....	175
Article 91ter.....	176
[Section 4 - ...] ⁸⁵	176
<i>[Sous-section 1 - ...]⁸⁵</i>	<i>176</i>
Article 91quater.....	176
<i>[Sous-section 2 ...]⁸⁵</i>	<i>176</i>
Article 91quinquies.....	176
Article 91sexies.....	177
Article 91septies.....	177
Article 91octies	177
Article 91nonies.....	177
Article 91decies	177
<i>[Sous-section 3 ...]⁸⁵</i>	<i>177</i>
Article 91undecies	177
Article 91duodecies	177
Article 91terdecies.....	177
Article 91quaterdecies	177
<i>[Sous-section 4 ...]⁸⁵</i>	<i>177</i>
Article 91quinquiesdecies	177
<i>[Sous-section 5 ...]⁸⁵</i>	<i>178</i>
Article 91sexiesdecies	178
CHAPITRE X – CONDITIONS ET RÈGLES DE LA RÉVISION DU BUDGET.....	179
Section 1 – Révision de certains éléments	179
Article 92	179
Section 2 – Révision des budgets B1 et B2 en raison de la non-réalisation ou du dépassement du nombre de référence	180
Article 93	180
CHAPITRE XI – CONSTRUCTION NOUVELLE OU IMPORTANTES MODIFICATIONS STRUCTURELLES.....	181
Section 1 – Dispositions générales.....	181
Article 94	181
Section 2 – Construction nouvelle	181

Article 95	181
Article 96	181
Section 3 – Fusion d’hôpitaux	181
Article 97	181
[Section 4 ...] ⁸⁵	183
Article 97bis.....	183
CHAPITRE XII – PLACEMENT FAMILIAL	184
Article 98	184
CHAPITRE XIII – LIQUIDATION DU BUDGET.....	185
Section 1 – Patients relevant d’un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités	185
Article 99	185
Section 2 – Patients ne relevant pas d’un organisme assureur visé à la Section 1	186
Article 100.....	186
CHAPITRE XIV – DISPOSITIONS FINALES.....	187
Article 101.....	187
[Article 101bis.....	187
Article 101ter.....	187
Article 102.....	187
Article 103.....	188
Article 104.....	188

A.R. du 25/04/2002 – Table des annexes

ANNEXE 1 : CRITÈRES RELATIFS AUX UNITÉS DES GRANDS BRÛLÉS	189
ANNEXE 2 : LISTE DES ETP CONTRACTUELS RELEVANT DU FONDS BUDGÉTAIRE INTERDÉPARTEMENTAL DE PROMOTION DE L'EMPLOI.....	190
ANNEXE 3 : FIXATION D'UNE DURÉE DE SÉJOUR MOYENNE PAR GROUPE DE DIAGNOSTICS ET CALCUL D'UN NOMBRE DE LITS JUSTIFIÉS	192
ANNEXE 4 : LISTE DES PRESTATIONS MÉDICALES VISÉES À L'ARTICLE 46	205
ANNEXE 5	207
ANNEXE 6 : DÉTERMINATION DU NOMBRE D'UNITÉS D'URGENCE (UU) RÉALISÉES DANS L'ENSEMBLE DU PAYS.....	208
ANNEXE 7	210
ANNEXE 8 : FIXATION DES SCORES EN VUE DE LA RÉPARTITION EN DÉCILES DES HÔPITAUX POUR LES SERVICES AGRÉÉS SOUS LES INDEX C, D, ET E, TEL QUE FIXÉ À L'ARTICLE 46, § 2, 2°, C.3) 3 ^e CALCUL.....	211
[ANNEXE 9 : LISTE DES TEMPS EN MINUTES PAR NUMÉRO DE NOMENCLATURE DE L'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ.....	214
ANNEXE 10 : [L'INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE, VISÉE À L'ARTICLE 75, § 1, D), EST CELLE RELATIVE AUX FOURNISSEURS D'IMPLANTS VISÉE AUX ARTICLES 28 ET 35 DE LA NOMENCLATURE AMI HORMIS LES NUMÉROS SUIVANTS :] ¹⁷	234
ANNEXE 11 : [LISTE DES PRESTATIONS (CODES NOMENCLATURE INAMI) VISÉE À L'ARTICLE 75, § 1, E) DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 25 AVRIL 2002] ¹⁷	235
ANNEXE 12 : [CONDITIONS D'OCTROI DES FINANCEMENTS RELATIFS AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES MÉDICALES VISÉS À L'ARTICLE 77] ⁶⁷	237
ANNEXE 13.....	240
[ANNEXE 14 : RÈGLES POUR LE CALCUL DE LA VALEUR NORMALISÉE DES PRESTATIONS MÉDICALES	241
[ANNEXE 15 : MODALITÉS POUR LE RÈGLEMENT RELATIF À LA REPRODUCTION MÉDICALEMENT ASSISTÉE	244
[ANNEXE 16 : LISTE DES HÔPITAUX ET MONTANTS DU FIN. POUR LES FORFAITS VISÉS À L'ARTICLE 47TER	245
[ANNEXE 17 : [DÉFINITIONS DES VARIABLES ET PARAMÈTRES EXPLICATIFS DU PROFIL SOCIAL DE L'HÔPITAL ET CALCUL D'UN INDICE DE CORRECTION SOCIALE] ³³	251
ANNEXE 18 : DÉTERMINATION DES NRG SUR BASE DU DI-RHM	254
[ANNEXE 19: DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ INTÉGRÉ – BELGIAN MEANINGFUL USE CRITERIA (BMUC)	258

[ANNEXE 19BIS :.....	270
[ANNEXE 19TER :.....	271
[ANNEXE 19QUATER :.....	272
[ANNEXE 19QUINQUIES :.....	273
[ANNEXE 20 : BELGIAN MEANINGFUL USE CRITERIA (BMUC) POUR LES SERVICES GÉRIATRIQUES ISOLÉS, VISÉS À L'ARTICLE 5, § 1, I, 3° DE LA LOI SPÉCIALE DU 8 AOÛT 1980 DE RÉFORMES INSTITUTIONNELLES, ET LES SERVICES ISOLÉS DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION, VISÉS À L'ARTICLE 5, § 1, I, 4°, DE LADITE LOI SPÉCIALE, TELS QUE VISÉS À L'ARTICLE 61/1	274
ANNEXE 21 : ARTICLE 79QUATER, § 3 : LISTE ETP PAR HÔP. DANS LE CADRE DE L'INSTAURATION DE L'IF-IC	275
ANNEXE 22 : MODALITÉS DE RÉVISION DES PROVISIONS OCTROYÉES AUX HÔPITAUX PRIVÉS ET PUBLICS EN VERTU DE L'ARTICLE 79QUATER.....	276
ANNEXE 23 : ARTICLE 74UNDECIES : NOMBRE D'ETP PAR HÔPITAL	286
ANNEXE 24 : ARTICLE 74TERDECIES : LES HÔPITAUX HUB	288

A.R. du 25/04/2002 – Table des renvois

- | | |
|--|--|
| 1. A.R. 25/04/2002 – M.B. 03/10/2002 (Ed. 2)
– Erratum
(entrée en vigueur : 01/07/2002) | Ed. 2) avec maintien des effets jusqu'au
16/09/2009 |
| 2. A.R. 22/10/2002 – M.B. 31/10/2002
(entrée en vigueur : 31/10/2002) | 15. A.R. 15/07/2005 – M.B. 04/08/2005*
(entrée en vigueur : 01/01/2005) |
| 3. A.R. 11/11/2002 – M.B. 21/11/2002
(entrée en vigueur : 21/11/2002) | 16. A.R. 13/03/2006 – M.B. 20/03/2006 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/10/2005) |
| 4. A.R. 29/01/2003 – M.B. 18/02/2003
(entrée en vigueur : 01/01/2003) | 17. A.R. 12/05/2006 – M.B. 23/05/2006 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/01/2006) |
| 5. A.R. 04/06/2003 – M.B. 16/06/2003
(entrée en vigueur : 01/07/2003) | 18. A.R. 10/11/2006 – M.B. 24/11/2006 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/07/2006) |
| 6. A.R. 08/07/2003 – M.B. 04/08/2003
(entrée en vigueur : 01/07/2003) | 19. A.R. 10/11/2006 – M.B. 16/01/2007 –
Erratum
(entrée en vigueur : 01/07/2006) |
| 7. A.R. 11/07/2003 – M.B. 15/10/2003 (Ed. 1)
(entrée en vigueur : 15/10/2003) | 20. A.R. 19/06/2007 – M.B. 28/06/2007 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/07/2007) |
| 7bis. A.R. 11/07/2003 – M.B. 17/12/2003 –
Erratum
(entrée en vigueur : 15/10/2003) | 21. A.R. 19/06/2007 – M.B. 09/08/2007 –
Erratum
(entrée en vigueur : 01/07/2007) |
| 8. A.R. 16/03/2004 – M.B. 02/04/2004
(entrée en vigueur : 01/04/2004) | 22. A.R. 18/09/2008 – M.B. 07/10/2008 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/01/2008) |
| 9. A.R. 16/03/2004 – M.B. 13/05/2004 (Ed. 2)
– Erratum
(entrée en vigueur : 01/04/2004) | 23. A.R. 19/09/2008 – M.B. 07/10/2008 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/01/2008)
Abrogé par A.R. 17/12/2012 – M.B.
09/01/2013 |
| 10. A.R. 07/06/2004 – M.B. 21/06/2004 (Ed. 3)
(entrée en vigueur : 01/07/2004) | 24. A.R. 19/09/2008 – M.B. 17/10/2008 –
Erratum
(entrée en vigueur : 01/01/2008) |
| 11. A.R. 26/10/2004 – M.B. 08/12/2004
(entrée en vigueur : 01/07/2002) | 25. A.R. 20/09/2009 – M.B. 06/10/2009
(entrée en vigueur : 01/07/2009) |
| 12. A.R. 26/10/2004 – M.B. 29/12/2004 (Ed. 2)
– Erratum
(entrée en vigueur : 01/07/2002) | * Arrêt n° 196.106 du Conseil d'Etat du
16/09/2009 (M.B. 28/10/2009) annule l'A.R. |
| 13. A.R. 22/02/2005 – M.B. 11/03/2005
(entrée en vigueur : 01/07/2004) | |
| 14. A.R. 11/07/2005 – M.B. 25/07/2005
(entrée en vigueur : 01/07/2005)
annulé par l'arrêt n° 196.106 du Conseil
d'Etat du 16/09/2009 (M.B. 28/10/2009 – | |

- du 11/07/2005* (entrée en vigueur : 01/01/2013)
26. A.R. 26/02/2010 – M.B. 16/03/2010 (entrée en vigueur : 01/01/2010)
- * Arrêt n° 205.344 du Conseil d'Etat du 17/06/2010 (M.B. 10/08/2010 – Ed. 2) annule certaines dispositions de l'A.R. du 19/09/2008
- * Arrêt n° 208.434 du Conseil d'Etat du 26/10/2010 (M.B. 24/11/2010) annule certaines dispositions de l'A.R. du 19/06/2007
27. A.R. 26/11/2010 – M.B. 16/12/2010 (entrée en vigueur : 01/07/2010)
- * Arrêt n° 208.435 du Conseil d'Etat du 26/10/2010 (M.B. 14/01/2011 – Ed. 2) annule certaines dispositions de l'A.R. du 10/11/2006
28. A.R. 26/10/2011 – M.B. 29/11/2011 (entrée en vigueur : 01/07/2011)
29. A.R. 12/06/2012 – M.B. 22/06/2012 (Ed. 2) (entrée en vigueur : 01/01/2012)
30. A.R. 19/11/2012 – M.B. 03/12/2012 (entrée en vigueur : 01/07/2012)
31. A.R. 17/12/2012 – M.B. 09/01/2013 (entrée en vigueur : 01/01/2008)
32. A.R. 17/12/2012 – M.B. 09/01/2013 (entrée en vigueur : 16/09/2009)
33. A.R. 17/12/2012 – M.B. 09/01/2013 (entrée en vigueur : 01/01/2007)
34. A.R. 17/12/2012 – M.B. 23/01/2013 – Erratum (entrée en vigueur : 01/01/2007)
35. A.R. 17/12/2012 – M.B. 22/03/2013 – Erratum (entrée en vigueur : 01/01/2008)
36. A.R. 18/04/2013 – M.B. 30/04/2013
37. A.R. 26/12/2013 – M.B. 17/01/2014 (entrée en vigueur : 01/07/2013)
38. A.R. 25/04/2014 – M.B. 04/06/2014 (entrée en vigueur : 01/01/2014)
39. A.R. 13/06/2014 – M.B. 04/07/2014 (entrée en vigueur : 01/01/2014)
40. A.R. 08/01/2015 – M.B. 27/01/2015 (entrée en vigueur : 01/07/2014)
41. A.R. 12/10/2015 – M.B. 23/10/2015 (Ed. 2) (entrée en vigueur : 01/01/2015)
42. Arrêté du Gouvernement wallon 17/12/2015 – M.B. 31/12/2015 (entrée en vigueur : 01/01/2016)
- Décret du Gouvernement wallon 21/12/2016 – M.B. 27/01/2017 (Ed. 2) – Année budgétaire 2017
 - Décret du Gouvernement wallon 13/12/2017 – M.B. 26/01/2018 – Année budgétaire 2018
 - Décret du Gouvernement wallon 30/11/2018 – M.B. 26/02/2019 – Année budgétaire 2019
43. Arrêté du Gouvernement flamand 18/12/2015 – M.B. 19/01/2016 (entrée en vigueur : 01/01/2016)
44. Décret-programme de la Communauté française 10/12/2015 – M.B. 27/01/2016 (entrée en vigueur : 01/01/2016)
45. A.R. 26/01/2016 – M.B. 02/02/2016 (entrée en vigueur : 01/07/2015)
- 45bis. Décret-programme de la Communauté germanophone 22/02/2016 – M.B. 14/04/2016 (Ed. 2) (entrée en vigueur : 01/01/2016)
46. A.R. 16/05/2016 – M.B. 27/05/2016 (entrée en vigueur : 01/01/2016)

** Les dispositions annulées ont en grande partie été republiées par les A.R. du 17 décembre 2012 (M.B. du 9 janvier 2013).

- | | |
|---|---|
| <p>47. Arrêté du Gouvernement flamand
17/06/2016 – M.B. 20/07/2016 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/01/2017)</p> <p>48. A.R. 30/08/2016 – M.B. 07/09/2016
(entrée en vigueur : 01/07/2016)</p> <p>49. A.R. 06/09/2016 – M.B. 12/09/2016 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/07/2016)</p> <p>50. A.R. 03/10/2016 – M.B. 13/10/2016
(entrée en vigueur : 01/07/2016)</p> <p>51. A.R. 22/12/2016 – M.B. 29/12/2016 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/01/2017)</p> <p>52. A.R. 24/01/2017 – M.B. 26/01/2017
(entrée en vigueur : 01/01/2017)</p> <p>53. A.R. 22/06/2017 – M.B. 30/06/2017
(entrée en vigueur : 01/07/2017)</p> <p>54. A.R. 21/07/2017 – M.B. 02/08/2017
(entrée en vigueur : 01/07/2017)</p> <p>55. Arrêté du Gouvernement flamand
07/07/2017 – M.B. 04/08/2017
(entrée en vigueur : 01/01/2017)</p> <p>56. Arrêté du Gouvernement flamand
14/07/2017 – M.B. 06/09/2017
(entrée en vigueur : 01/01/2017)</p> <p>57. Arrêté du Gouvernement flamand
15/09/2017 – M.B. 13/10/2017 (Ed. 2)
(entrée en vigueur: 01/07/2016 et
02/09/2016)</p> <p>58. A.R. 19/12/2017 – M.B. 29/12/2017
(entrée en vigueur : 01/01/2018)</p> <p>59. A.R. 01/02/2018 – M.B. 08/02/2018
(entrée en vigueur : 01/01/2018)</p> <p>60. A.R. 28/03/2018 – M.B. 03/04/2018
(entrée en vigueur : 01/04/2018)</p> <p>* Arrêt n° 241.197 du Conseil d'Etat du
30/03/2018 (M.B. 26/04/2018) annule l'A.R.
du 03/10/2016</p> <p>61. A.R. 29/05/2018 – M.B. 13/06/2018
(entrée en vigueur : 01/07/2018)</p> <p>62. A.R. 24/06/2018 – M.B. 28/06/2018</p> | <p>(entrée en vigueur : 01/07/2018)</p> <p>63. A.R. 30/07/2018 – M.B. 09/08/2018
(entrée en vigueur : 01/09/2018)</p> <p>64. Arrêté du Gouvernement flamand
06/07/2018 – M.B. 01/10/2018
(entrée en vigueur : 01/01/2019)</p> <p>65. A.R. 30/10/2018 – M.B. 13/11/2018
(entrée en vigueur : 01/07/2018)</p> <p>66. A.R. 30/10/2018 – M.B. 19/11/2018 –
Erratum
(entrée en vigueur : 01/07/2018)</p> <p>67. A.R. 12/12/2018 – M.B. 24/12/2018
(entrée en vigueur : 01/01/2019)</p> <p>68. Arrêté du Gouvernement flamand
07/12/2018 – M.B. 28/01/2019
(entrée en vigueur : 01/01/2019)</p> <p>69. A.R. 15/01/2019 – M.B. 31/01/2019
(entrée en vigueur : art. 1 : 01/01/2016 et
art. 2 : 01/01/2018)</p> <p>70. A.R. 17/05/2019 – M.B. 05/06/2019
(entrée en vigueur : 01/01/2019)</p> <p>71. A.R. 12/06/2019 – M.B. 20/06/2019 (Ed. 2)
(entrée en vigueur : 01/07/2019)</p> <p>72. A.R. 23/06/2019 – M.B. 01/07/2019
(entrée en vigueur : 01/07/2019)</p> <p>73. A.R. 08/09/2019 – M.B. 13/09/2019
(entrée en vigueur : 01/07/2019)</p> <p>74. A.R. 08/09/2019 – M.B. 10/10/2019 –
Erratum
(entrée en vigueur : 01/07/2019)</p> <p>75. A.R. 28/08/2020 – M.B. 09/09/2020
(entrée en vigueur : 10/09/2020)</p> <p>76. A.R. 10/09/2020 – M.B. 17/09/2020
(entrée en vigueur : 18/09/2020)</p> <p>77. A.R. 14/12/2020 – M.B. 24/12/2020
(entrée en vigueur : 25/12/2020)</p> <p>77bis. Arrêté du Gouvernement flamand
18/12/2020 – B.S. 14/01/2021
(entrée en vigueur: 01/01/2021)</p> |
|---|---|

- * Arrêt n° 252.545 du Conseil d'Etat du 23/12/2021 (M.B. 18/02/2022) annule certaines dispositions de l'A.R. du 22/12/2016 et annule l'A.R. du 24/01/2017
- * Arrêt n° 253.153 du Conseil d'Etat du 03/03/2022 (M.B. 22/04/2022) annule l'A.R. du 12/06/2019
- 78. A.R. 17/07/2022 – M.B. 12/08/2022 (entrée en vigueur : 12/08/2022)
- * Arrêt n° 256.243 du Conseil d'Etat du 07/04/2023 (M.B. 30/05/2023) annule certaines dispositions de l'A.R. du 08/09/2019
- 79. A.R. 11/07/2023 – M.B. 22/08/2023 (entrée en vigueur : 23/08/2023)
- 80. A.R. 24/04/2024 – M.B. 15/05/2024 (entrée en vigueur : 16/05/2024)
- 81. A.R. 03/05/2024 – M.B. 10/06/2024 (entrées en vigueur : voir * – 01/01/2021 – 01/07/2021 – 01/08/2021 – 01/01/2022 – 01/07/2022 – 01/09/2022 – 01/01/2023 – 01/07/2023)
- 82. Arrêté du Gouvernement wallon 25/04/2024 – M.B. 20/08/2024 (entrée en vigueur : 01/01/2024)
- 83. A.R. 03/05/2024 – M.B. 16/09/2024 – Erratum (entrée en vigueur : 01/07/2021)
- 84. Arrêté de la Commission Communautaire Commune 03/10/2024 – M.B. 30/12/2024 (entrée en vigueur : 01/01/2025)
- 85. A.R. 10/04/2025 – M.B. 23/04/2025 (entrées en vigueur : voir * – 01/01/2018 – 01/07/2021 – 01/08/2021 – 01/01/2022 – 01/07/2022 – 01/01/2023 – 01/01/2024 – 01/07/2024 – 01/01/2025 – 01/07/2025)
- 86. Arrêté du Gouvernement flamand 19/12/2025 – M.B. 24/12/2025 (entrée en vigueur : 01/01/2026)
- 87. A.R. 30/05/2026 – M.B. 11/06/2026 (entrées en vigueur : voir * – 01/01/2022 – 01/01/2025 – 01/07/2025 – 01/07/2026 – 30/06/2027)
- 88. A.R. 17/06/2026 – M.B. 25/06/2026 (entrée en vigueur : 01/07/2026)

ROYAUME DE BELGIQUE

Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement

25 avril 2002 - Arrêté royal relatif à la fixation et à la liquidation du budget
des moyens financiers des hôpitaux

(Moniteur Belge du 30 mai 2002 - Ed. 3)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 88, modifié par les lois du 30 décembre 1988 et 14 janvier 2002, l'article 94, modifié par les lois du 6 août 1993 et 14 janvier 2002, l'article 97, remplacé par la loi du 14 janvier 2002, l'article 102, modifié par la loi du 14 janvier 2002, et les articles 104bis et 104ter, tous deux insérés par la loi du 14 janvier 2002 ;

Vu la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé, notamment l'article 127 ;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, donné les 8 novembre 2001, 14 novembre 2001 et 17 janvier 2002 ;

Vu l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation modifié par les arrêtés ministériels des 21 avril 1987, 11 août 1987, 7 novembre 1988, 12 octobre 1989, 20 décembre 1989, 23 juin 1990, 10 juillet 1990, 28 novembre 1990, 26 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991, 21 novembre 1991, 19 octobre 1992, 30 octobre 1992, 30 décembre 1993, 23 juin 1994, 19 juillet 1994, 28 décembre 1994, 27 décembre 1995, 30 décembre 1996, 8 septembre 1997, 10 décembre 1997, 29 décembre 1997, 26 août 1998, 30 décembre 1998, 24 mars 1999, 15 juin 1999, 22 juin 1999, 25 septembre 2000, 12 janvier 2001, 4 juillet 2001 et 4 octobre 2001 ;

Vu l'arrêté ministériel du 5 mars 2002 fixant pour l'exercice 2002 les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 1^{er} mars 2002 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 4 mars 2002 ;

Vu l'avis du Conseil d'État, n° 33.108/3 donné le 19 mars 2002 ;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales ;

Arrête :

CHAPITRE I^{er} – Définitions

Article 1

Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par :

- **l'arrêté ministériel du 2 août 1986** : l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation ;
- **l'arrêté royal du 14 août 1989** : l'arrêté royal du 14 août 1989 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa 1 de la loi sur les hôpitaux ;
- **l'arrêté royal du 30 janvier 1989** : l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ;
- **l'arrêté royal du 12 août 2000** : l'arrêté royal du 12 août 2000 fixant les normes auxquelles un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ;
- **l'arrêté royal du 10 novembre 2001** : l'arrêté royal du 10 novembre 2001 portant exécution de l'article 94, alinéa 3 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 ;
- **les services B, C, D, E, H, L, M, MIC, NIC, G, Sp, A, T et K** : respectivement les services de traitement de la tuberculose, de diagnostic et traitement chirurgical, de diagnostic et traitement médical, de pédiatrie, d'hospitalisation simple, de maladies contagieuses, de maternité, de maternité intensive, de soins néonataux intensifs, de gériatrie, spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle, neuro-psychiatriques d'observation et de traitement, psychiatriques de traitement et de neuropsychiatrie infantile ;
- **DJP et DJN** : respectivement les nombres de différence de journées positive et de différence de journées négative visés à l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986.

CHAPITRE II – Dispositions générales

Article 2

- § 1 Le présent arrêté détermine pour les hôpitaux et certains services hospitaliers :
- a) les conditions et règles de fixation du budget des moyens financiers accordé à l'hôpital, dénommé ci-après « le budget », et de ses divers éléments constitutifs et notamment :
 - la période d'octroi du budget ;
 - la scission du budget en une partie fixe et une partie variable ;
 - les critères et modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation ;
 - en ce qui concerne la partie variable, l'indemnisation des activités par rapport à un nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées ;
 - la fixation du nombre de référence visé à l'alinéa précédent, concernant les paramètres d'activités pris en considération ;
 - les conditions et les modalités de révision de certains éléments.
 - b) les modalités de paiement du budget des moyens financiers.
- § 2 En exécution de l'article 97, § 1, alinéa 3 de la loi sur les hôpitaux toutes les dispositions du même article, § 1, alinéa 2 sont applicables aux sections psychiatriques des hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques à l'exception du point c) en ce qui concerne la fixation des activités justifiées, lesquelles sont assimilées aux lits agréés de ce type de section ou d'hôpital.
- § 3 Le présent arrêté détermine également les conditions et les règles suivant lesquelles des activités peuvent être prises en compte pour la couverture des frais induits par le respect des normes, en tenant compte des situations spécifiques susceptibles d'influencer ces activités et qui justifient un régime dérogatoire aux conditions et règles ainsi établies.

Législation applicable en Communauté flamande*

- [§ 4 *Le présent arrêté ne s'applique pas aux hôpitaux de revalidation, visés à l'article 2, 17°, du décret du 6 juillet 2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs.*^{F8}

Article 3

- § 1 Les dispositions du présent arrêté peuvent être concrétisées par Nous et, le cas échéant, complétées par des règles spécifiques à un ou plusieurs exercices.

* Art. 349 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 07.12.2018 portant exécution du décret du 06.07.2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – Entrée en vigueur : 01.01.2019.

- § 2 Par exercice, il faut entendre la période qui débute le 1^{er} juillet d'une année et se termine le 30 juin de l'année suivante.

CHAPITRE III – Le budget des moyens financiers

Article 4

Conformément à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions fixe un budget des moyens financiers pour chaque hôpital, composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Le cas échéant, une modification du budget peut intervenir le 1^{er} janvier de chaque année. [Le cas échéant, en cas d'impossibilité de calculer un budget des moyens financiers à la suite d'une situation de catastrophe, calamité, épidémie, pandémie déterminées selon les conditions visées à l'article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ou d'un cas de force majeure, le dernier budget des moyens financiers calculé reste d'application.]⁷⁶

Article 5

§ 1 Pour les services mentionnés ci-dessous, est fixé un budget distinct :

- 1° les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (index Sp) hors services Sp soins palliatifs et hors services Sp affections psycho-gériatriques dans les hôpitaux psychiatriques, dénommés ci-après services Sp, faisant partie d'un ensemble hospitalier comptant un ou plusieurs services de type différent ;
- 2° les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation – services Sp soins palliatifs ;
- 3° les unités de traitement de grands brûlés répondant aux critères repris en annexe 1 du présent arrêté.

§ 2 Les dispositions du présent arrêté relatives aux hôpitaux s'appliquent, mutatis mutandis, aux services visés au § 1.

CHAPITRE IV – Période pour laquelle le budget est attribué

Article 6

Sauf mention explicite, le budget est fixé pour un exercice.

CHAPITRE V – Fixation du budget et de ses parties, sous-parties et éléments constitutifs distincts

Section 1 – le budget et ses parties

Article 7

Le budget fixé pour chaque hôpital est composé de trois parties :

- 1° la **Partie A** qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :
- a) Sous-partie A1 : les charges d'investissement et les frais de pré-exploitation ;]³⁸
 - b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme ;
 - c) Sous-partie A3 : charges d'investissement des services médico-techniques ;

Législation applicable en Communauté française *

- 1° la **Partie A** qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :
- a) ...]⁴⁴
 - b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme ;
 - c) ...]⁴⁴

Législation applicable en Communauté germanophone †

- 1° la **Partie A** qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :
- a) ...]^{45bis}
 - b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme ;
 - c) ...]^{45bis}

Législation applicable en Commission Communautaire Commune ‡

- 1° la **Partie A** qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :
- a) ...]⁴⁴
 - b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme ;
 - c) ...]⁴⁴

* Art. 48, § 1, 1° du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

† Art. 54 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56, 5°, a) de l'Arrêté (Bruxelles) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

2° la **Partie B** qui comporte [neuf Sous-parties]^{25*} couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :

- a) Sous-partie B1 : les coûts des services communs ;
- b) Sous-partie B2 : les coûts des services cliniques ;
- c) Sous-partie B3 : les frais de fonctionnement des services médico-techniques ;
- d) Sous-partie B4 : les coûts qui sont couverts par le montant spécifique prévu à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée ainsi que ceux couverts d'une manière forfaitaire ;
- e) Sous-partie B5 : des coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière ;
- f) Sous-partie B6 : les coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux des 4 juillet 1991, 22 novembre 1991, 1^{er} mars 2000 et 28 novembre 2000, octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou partie, à charge des honoraires et qui sont occasionnés par des prestations de santé visées à l'article 95, 2° de la loi sur les hôpitaux ;
- g) Sous-partie B7 : les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, [...] ⁶⁷ de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.

Cette Sous-partie B7 est scindée en :

- 1° [une Sous-partie B7A qui concerne les hôpitaux universitaires désignés par l'arrêté royal du 10 août 2005 désignant des hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire ;] ²⁰
- 2° une Sous-partie B7B qui concerne les hôpitaux bénéficiant du financement prévu en matière de développement, d'évaluation et d'application des nouvelles technologies médicales [...] ⁶⁷, hormis les hôpitaux bénéficiant du B7A ;
- h) Sous-partie B8 : les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.
- [i) Sous-partie B9 : les coûts découlant des avantages particuliers octroyés au personnel hospitalier par les accords concernant le secteur non-marchand.] ⁷⁸

[3° la **Partie C** qui comporte trois sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :

- a) Sous-partie C2 : les coûts relatifs à des exercices précédents ou en cours qui sont rectifiés par des montants de rattrapage ;
- b) Sous-partie C3 : le montant à diminuer pour les chambres à un lit pour lesquelles, conformément à l'article 97 de la loi sur les hôpitaux et autres

* Entrée en vigueur : 01.01.2006.

établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus ;

[c) ...]⁶²

Section 2 – Éléments constitutifs des différentes parties du budget et de leurs sous-parties

Sous-section 1 – Dispositions générales

Article 8

[Les différentes parties et sous-parties du budget d'un hôpital couvrent, dans les limites des conditions et règles fixées ci-après, le coût des différents éléments constitutifs visé aux articles 9 à 23 inclus pour autant qu'il se rapporte aux services suivants :

- a) les unités de soins pour les éléments visés à l'article 7, 1°, a) et b), 2°, a), b), d), g) et h) et [3°, a), b) et c) ;]³⁸
- b) les services auxiliaires suivants : l'anesthésie, le quartier opératoire, la salle de plâtre, le quartier d'accouchements, la stérilisation centrale, le service des urgences, les services de révalidation et de réadaptation liés aux services A, T, K, G et Sp pour les éléments visés à l'article 7, 1°, a) et b), 2°, a), b) et d) et [3°, a) ;]³⁸
- c) les services médico-techniques suivants : le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, le service de radiothérapie, les scanners à émission de positrons pour les éléments visés à l'article 7, 1°, c) et 2°, c) ;
- d) la pharmacie, comme visée à l'article 7, 1°, a), 2°, e) [... ;]³⁸
- e) l'hospitalisation de jour pour les éléments visés à l'article 7, 1°, a) et b), 2°, a), b) et d), en ce qui concerne le financement des mesures visées à l'article 71 du présent arrêté, [et 3°, b) ;]³⁸
- f) l'ensemble des services visés par les centres de frais 020 à 909, tels que définis dans l'annexe 2 « Liste et codage des comptes de charges en attente d'affectation et des centres de frais » de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, pour l'élément repris à l'article 7, 2°, i).]^{28*}

Législation applicable en Communauté germanophone[†]

[Les différentes parties et sous-parties du budget d'un hôpital couvrent, dans les limites des conditions et règles fixées ci-après, le coût des différents éléments constitutifs visé aux articles 9 à 23 inclus pour autant qu'il se rapporte aux services suivants :

- a) *les unités de soins pour les éléments visés à l'article 7, 1°, [...]^{45bis} b), 2°, a), b), d), g) et h) et [3°, a), b) et c) ;]³⁸*
- b) *les services auxiliaires suivants : l'anesthésie, le quartier opératoire, la salle de plâtre, le quartier d'accouchements, la stérilisation centrale, le service des urgences, les services de*

* Entrée en vigueur : 01.01.2010.

† Art. 55 du décret-programme de la Communauté germanophone du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

- revalidation et de réadaptation liés aux services A, T, K, G et Sp pour les éléments visés à l'article 7, 1°, [...]45bis b), 2°, a), b) et d) et [3°, a) ;]P8*
- c) *les services médico-techniques suivants : le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, le service de radiothérapie, les scanners à émission de positrons pour les éléments visés à l'article 7, [...]45bis 2°, c) ;*
- d) *la pharmacie, comme visée à l'article 7 [...]45bis, 2°, e) [...] ;]P8*
- e) *l'hospitalisation de jour pour les éléments visés à l'article 7, 1°, [...]45bis b), 2°, a), b) et d), en ce qui concerne le financement des mesures visées à l'article 71 du présent arrêté, [et 3°, b) ;]P8*
- f) *l'ensemble des services visés par les centres de frais 020 à 909, tels que définis dans l'annexe 2 « Liste et codage des comptes de charges en attente d'affectation et des centres de frais » de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, pour l'élément repris à l'article 7, 2°, i).]P8**

Législation applicable en Communauté flamande[†]

[Les différentes parties et sous-parties du budget d'un hôpital couvrent, dans les limites des conditions et règles fixées ci-après, le coût des différents éléments constitutifs visé aux articles 9 à 23 inclus pour autant qu'il se rapporte aux services suivants :

- a) *les unités de soins pour les éléments visés à l'article 7, 1°, a) et b), 2°, a), b), d), g) et h) et [3°, a), b) et c) ;]P8*
- b) *les services auxiliaires suivants : l'anesthésie, le quartier opératoire, la salle de plâtre, le quartier d'accouchements, la stérilisation centrale, le service des urgences, les services de revalidation et de réadaptation liés aux services A, T, K, G et Sp pour les éléments visés à l'article 7, 1°, a) et b), 2°, a), b) et d) et [3°, a) ;]P8*
- c) *les services médico-techniques suivants : le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, le service de radiothérapie, les scanners à émission de positrons pour les éléments visés à l'article 7, 1°, c) et 2°, c) ;*
- d) *la pharmacie, comme visée à l'article 7, 1°, a), 2°, e) [...] ;]P8*
- e) *l'hospitalisation de jour pour les éléments visés à l'article 7, 1°, a) et b), 2°, a), [et b)]P7 [et 3°, b) ;]P8*
- f) *l'ensemble des services visés par les centres de frais 020 à 909, tels que définis dans l'annexe 2 « Liste et codage des comptes de charges en attente d'affectation et des centres de frais » de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, pour l'élément repris à l'article 7, 2°, i).]P8‡*

* Entrée en vigueur : 01.01.2010.

† Art. 1 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 15.09.2017 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux – Entrée en vigueur : 02.09.2016.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2010.

Sous-section 2 – Partie A du budget

Article 9

[La Sous-partie A1 concerne les charges d'investissements et les frais de pré-exploitation.

Les éléments constitutifs dont le coût est couvert par la Sous-partie A1 du budget, sont :

- 1° l'amortissement des charges de construction ;
- 2° l'amortissement des charges d'équipement et d'appareillage ;
- 3° l'amortissement des charges de gros travaux d'entretien, plus précisément les travaux importants de réparation et d'entretien, périodiques ou non ;
- 4° l'amortissement des travaux de reconditionnement, c'est-à-dire d'importantes transformations qui ne modifient pas la structure du bâtiment - comme, entre autres, la modification de l'affectation des lieux ou le changement de la nature ou de configuration au sein de la structure existante - et qui ne sont ni de nouvelles constructions ni des extensions de bâtiments existants ;
- 5° l'amortissement des charges d'investissements réalisés dans le cadre du développement durable ;
- 6° l'amortissement des charges de l'achat du matériel roulant ;
- 7° l'amortissement des charges de première installation ;
- 8° les charges financières, c'est-à-dire les charges d'intérêt des emprunts contractés pour le financement des investissements susmentionnés ;
- 9° les frais de pré-exploitation, comme suit :
 - a) pour les hôpitaux ou services hospitaliers existants :
 - 1° les frais de constitution d'une ASBL ou de toute personne morale sans but lucratif ;
 - 2° les frais d'actes hypothécaires ;
 - b) pour les hôpitaux ou services hospitaliers en construction :
 - 1° les taxes sur la construction ;
 - 2° les frais d'assurance ;
 - 3° les frais de chauffage ;
 - 4° les frais de nettoyage avant la mise en service ;
 - 5° les charges financières d'emprunts ou de crédits intercalaires pour le financement de la partie propre ;
 - 6° les frais de notaire et d'enregistrement résultant des emprunts visés au 5°.

Pour l'application de cet arrêté, les charges de loyer sont assimilées aux charges d'amortissement.]³⁸

*Législation applicable en Communauté française **[Article 9...]⁴⁴*Législation applicable en Communauté germanophone †*[Article 9...]^{45bis}*Législation applicable en Commission Communautaire Commune ‡*[Article 9...]³⁴Article 10

La Sous-partie A2 du budget concerne les charges de crédits à court terme. Elle couvre les charges financières des crédits à court terme contractés en vue d'assurer le fonctionnement normal des unités de soins et des services visés à l'article 8.

Article 11

La Sous-partie A3 du budget couvre les charges d'investissement des services médico-techniques visés à l'article 8, c), tant pour l'équipement que pour les immeubles où ils sont installés.

Législation applicable en Communauté française[Article 11...]⁴⁴*Législation applicable en Communauté germanophone §*[Article 11...]^{45bis}*Législation applicable en Commission Communautaire Commune ***[Article 11...]³⁴

* Art. 48, § 1, 1° du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

† Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56, 5°, b) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

§ Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

** Art. 56, 5°, c) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

Sous-section 3 – Partie B du budget

Article 12

§ 1 La Sous-partie B1 du budget concerne les services communs :

- a) frais généraux ;
- b) entretien ;
- c) chauffage ;
- d) administration ;
- e) buanderie et lingerie ;
- f) alimentation ;
- g) internat.

§ 2 Les différents éléments constitutifs de chacun des services communs dont le coût est couvert par la Sous-partie B1 du budget sont :

a) pour les frais généraux :

- 1° les frais de personnel se rapportant aux concierges, portiers, veilleurs de nuit, gardiens de parkings, jardiniers, personnel d'ascenseur, conducteurs de voitures à l'exception des ambulances ;
- 2° les frais de fonctionnement et d'entretien des jardins d'agrément, chemins, cours, parkings, moyens de transport à l'exception des ambulances ;
- 3° les frais de transport :
 - interne et externe des biens de consommation ;
 - interne des patients ;
 - [externe, pour des raisons médicales, de patients admis dans les unités de soins ou séjournant au service des urgences vers un autre hôpital]^{85*}
 - du sang ;
- 4° les impôts et taxes, tels que taxes sur le patrimoine, précompte immobilier, impôt sur enlèvement des immondices et des déchets ou sur le raccordement aux égouts ainsi que sur les entreprises dangereuses, incommodes et insalubres, et sur le personnel occupé ;
- 5° les frais d'assurances contre les risques d'incendie, dégâts des eaux et autres risques, pour la responsabilité civile de l'établissement et du personnel occupé, [...] ⁵¹
- 6° les frais de lutte contre l'incendie ;
- 7° les frais de collecte et de traitement des immondices et des déchets ;
- 8° les frais du culte et des services assimilés ;
- 9° les frais de la morgue ;

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

- b) pour les frais d'entretien :
 - 1° les frais du personnel de nettoyage, d'entretien technique et de sécurité ;
 - 2° les frais normaux de nettoyage, d'entretien technique et de réparation d'ateliers ;
 - 3° les frais d'eau, de gaz et d'électricité ;
 - 4° les frais d'entretien des ascenseurs et du chauffage ;
- c) pour les frais de chauffage :
 - 1° les frais du personnel de surveillance des installations de chauffage ;
 - 2° les frais de combustibles ;
 - 3° les frais de réparation des installations de chaufferie ;
- d) pour les frais administratifs :
 - 1° les frais de personnel et de fonctionnement de la direction, de l'administration, de la comptabilité, du service du personnel, de l'accueil, du service social pour les patients, de la tarification, du contentieux, des archives centralisées, du service de caisse, de l'économe, des magasins, du central téléphonique, des messagers-huissiers, garçons de course et commissionnaires ;
 - 2° les frais de gestion et de représentation ;
 - 3° les frais d'informatique ;
 - 4° les frais d'affiliation aux organisations hospitalières ;
 - 5° les fournitures de bureau, imprimés et documentation ;
 - 6° les frais d'expédition ;
 - 7° les frais de recrutement du personnel, les frais de formation et de perfectionnement autres que ceux visés à l'article 15, 10° ;
 - 8° les frais de fonctionnement des différents conseils et comités institués en vertu de la législation en vigueur.

Si le gestionnaire accomplit des tâches se rapportant à la tarification, à la facturation et à la perception des honoraires, pour l'application du présent arrêté, les frais administratifs seront diminués forfaitairement, selon le cas, de 2 %, 4 % ou 6 % des honoraires perçus ou de tout autre montant pour autant que ce montant, correspondant au règlement relatif au fonctionnement du service de perception, soit retenu en application de l'article 140, § 2, de la loi sur les hôpitaux ;
- e) pour les frais de buanderie et lingerie :
 - 1° les frais de personnel et de fonctionnement de la buanderie-lingerie ;
 - 2° les frais d'achat de linge, literie, produits de lessivage et fournitures pour réparation ;

- f) pour les frais d'alimentation :
 - 1° les frais du personnel et de fonctionnement de la cuisine ;
 - 2° les frais d'achat des produits alimentaires et boissons ;
 - 3° les frais du personnel de cuisine diététique et les frais d'achat de produits diététiques ;
- g) pour les frais d'internat :
 - 1° les frais des locaux réservés au personnel interne occupé dans l'hôpital ou les services hospitaliers ;
 - 2° les frais des commodités prévues pour le personnel (vestiaires, réfectoires, repas).

Article 13

Les éléments constitutifs dont le coût est couvert par la Sous-partie B2 du budget sont :

- 1° les frais du personnel infirmier et soignant [, hormis les instrumentistes du quartier opératoire ;]³²
- 2° les frais des médicaments courants visés à l'article 1, 1° de l'arrêté royal du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur distribution, et les frais des gaz médicaux et préparations magistrales ;
- 3° [les pansements ;]⁵⁸
- 4° [les produits médicaux de consommation, les produits pour la dispensation des soins et les petits instruments ;]²
- 5° les frais de conservation du sang ;
- 6° les frais de rééducation et de réadaptation relatifs aux patients hospitalisés dans les services A, T, K, G et Sp ;
- [7° [...]^{85*}]²⁰

Article 14

La Sous-partie B3 du budget porte sur les services médico-techniques visés à l'article 8, c). Les éléments dont le coût est couvert par la Sous-partie B3 du budget, sont :

- 1° les frais d'entretien de l'équipement et des locaux ;
- 2° le coût des biens de consommation ;
- 3° les frais généraux ;
- 4° les frais du personnel infirmier et technique qualifié ;
- 5° les frais d'administration.

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

Article 15

La Sous-partie B4 comprend les moyens qui couvrent d'une manière forfaitaire les charges concernant :

- 1° l'amélioration de la qualité de la dispensation de soins visée à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée. Les moyens attribués représentent une partie du budget libéré par la désaffectation des lits ;
- 2° le médecin-chef ;
- 3° l'infirmière et le médecin hygiénistes hospitaliers et l'enregistrement des infections nosocomiales ;
- 4° l'enregistrement du résumé infirmier minimum, du résumé clinique minimum, du résumé psychiatrique minimum et de l'activité du service des urgences et du SMUR ;
- 5° le réviseur d'entreprise ;
- 6° le personnel accordé aux hôpitaux publics pour assurer le transport interne des patients hospitalisés ;
- 7° les accords de collaboration entre des institutions et services psychiatriques qui fonctionnent en tant que plate-forme de concertation et les initiatives portant sur la réalisation d'études pilotes relatives à la fonction de médiation dans le secteur psychiatrique ;
- 8° l'évaluation de la qualité des activités médicales et infirmières et la promotion de l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble des activités de l'hôpital ;
- 9° les coûts qui vont de pair avec les conventions de premier emploi ;
- 10° la formation permanente du personnel infirmier ;
- 11° [...] ¹⁰ le coût supplémentaire des contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi ;
- 12° les coûts relatifs au personnel chargé de coordonner d'une manière multidisciplinaire les soins pour les patients de manière à préparer la sortie du patient en vue d'assurer la continuité des soins efficaces et de qualité ;
- 13° pour les hôpitaux aigus, les coûts relatifs à l'analyse et à l'utilisation des données statistiques en vue de coordonner la stratégie de qualité de l'hôpital ;
- 14° les coûts relatifs à la fonction palliative ;
- 15° les moyens octroyés en vue de prendre en charge la hausse des cotisations patronales des pensions dans les hôpitaux publics ;

Législation applicable à partir du 01/07/2026

- [15° *les moyens octroyés en vue de prendre en charge la hausse des cotisations patronales des pensions dans les hôpitaux publics, en vue de compenser une partie des charges de cotisation pension de base et en vue de compenser une partie des charges de cotisation complémentaire de pensions au titre de responsabilisation individuelle résultant de la loi du 24 octobre 2011 assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales et des zones*

*de police locale et modifiant la loi du 6 mai 2002 portant création du fonds des pensions de la police intégrée et portant des dispositions particulières en matière de sécurité sociale et contenant diverses dispositions modificatives.*³⁸

- 16° les moyens octroyés en vue de prendre en charge le remplacement des absences de longue durée du personnel statutaire dans les hôpitaux publics ;
- 17° les moyens octroyés en vue de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum dans les maisons de soins psychiatriques ;
- 18° le coût des emplois accordés les 1^{er} juillet 1990, 1^{er} janvier 1991, le 1^{er} janvier 1992, 1^{er} janvier 1993 et 1^{er} janvier 1994 dans les hôpitaux psychiatriques comptant des services agréés T ;
- 19° les moyens octroyés en vue d'assurer le financement de la fonction agréée SMUR et reprise dans l'aide médicale urgente ;
- 20° les moyens octroyés en vue de la réalisation d'études pilotes portant sur l'enregistrement et la collecte de données permettant l'affinement du financement et l'amélioration de la qualité des soins ;
- 21° les moyens accordés en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge dans les structures psychiatriques, conformément aux conditions et modalités déjà définies à l'article 52, § 2 ;
- 22° les moyens octroyés en vue de promouvoir une politique efficace d'admissions et de sortie dans les hôpitaux aigus ;
- 23° [...] ^{29*}
- 24° les moyens octroyés en vue de la réalisation d'études pilotes portant sur les hôpitaux psychiatriques et, plus particulièrement, sur le traitement des patients avec des troubles comportementaux et/ou agressifs, sur la resocialisation des internés, sur le placement en familles des enfants atteints de troubles mentaux,
sur le traitement des enfants avec des troubles comportementaux et/ou agressifs et sur le traitement à domicile des enfants atteints de troubles mentaux ;
- 25° [...] ¹⁸
- 26° les moyens alloués au 30 juin 2002 en ce qui concerne les produits médicaux pour les transplantations, le personnel supplémentaire octroyé en vertu des accords sociaux, le personnel supplémentaire octroyé pour les lits agréés K, pour les lits d'oncologie pédiatrique, pour la constitution d'une équipe mobile, pour le personnel accompagnant le personnel infirmier et soignant nouvellement recruté ou ayant mis fin à une interruption de carrière et pour le personnel supplémentaire chargé des activités ludiques et du soutien psycho-social dans les lits E ;
- 27° les moyens alloués aux hôpitaux comptant des lits universitaires non visés par les dispositions de l'article 18 ;
- [28° les moyens alloués aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé « Médecine de reproduction B » ;

* Entrée en vigueur : 01.07.2011.

- 29° les moyens alloués pour couvrir forfaitairement les coûts liés à la fonction de médiation dans les hôpitaux aigus et les services Sp isolés ;]⁵
- [30° les moyens alloués aux hôpitaux visés à [l'article 74quater]¹⁷ ;]⁶
- [31° [des moyens alloués aux hôpitaux agréés selon les dispositions de l'arrêté royal du 4 juin 2008 fixant les normes auxquelles la section « centre d'expertise pour les patients comateux » doit répondre pour être agréée ;]^{27*}]¹³
- [32° les moyens alloués aux unités de traitement de grands brûlés en vue d'assurer la coordination du trajet de soins et de soutenir l'encadrement psychologique des patients grands brûlés ;
- 33° [...] ⁷⁶]³²
- [34° le montant spécifique, le cas échéant, visant à l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital tel que visé à l'article 91quater ;]¹⁸
- [35° le financement des emplois créés en vertu de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, Titre V, Chapitre III « Emploi des jeunes dans le secteur non marchand ;]³¹
- [36° des coûts relatifs à la technique de désintoxication rapide sous anesthésie de patients dépendants aux opiacés appelée « Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) ;]²⁶
- [37° le financement d'une prime annuelle octroyée à certains infirmiers selon les conditions définies dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ;]⁶³

Législation applicable en Communauté flamande [†]

[37° ...]⁷

- [38° le financement des dépenses pouvant être effectuées à charge du Fonds blouses blanches visé dans la loi du 9 décembre 2019 portant création d'un Fonds blouses blanches, pour l'année 2020.]^{78‡}
- [39° le financement du complément de spécialisation pour les infirmiers octroyé conformément à l'arrêté royal du 17 juillet 2022 instaurant un complément de spécialisation et modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables et l'arrêté royal du 25 septembre 2014 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans les soins infirmières à domicile,

* Entrée en vigueur : 01.07.2008.

† Art. 2 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 15.09.2017 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux – Entrée en vigueur : 02.09.2016.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2020.

en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers.]]^{81*}

[40° les coûts liés à la cybersécurité.]]^{81†}

[En outre, la sous-partie B4 couvre également les frais visés à l'article 101 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.]]⁷⁶

Article 16

La Sous-partie B5 couvre des coûts de fonctionnement de l'officine hospitalière.

Article 17

La Sous-partie B6 couvre les coûts visés par les dispositions de l'arrêté royal du 10 novembre 2001.

Article 18

§ 1 La Sous-partie B7A couvre les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées par les hôpitaux visés à l'article 7, 2), g), 1°.

§ 2 La Sous-partie B7B couvre les coûts spécifiques des hôpitaux visés à l'article 7, 2), g), 2°.

Article 19

[La Sous-partie B8 couvre les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patient très faible sur le plan socio-économique, à l'exception des coûts visés à l'article 7, 2°, b).]]²⁰

[Article 19bis

Les éléments dont le coût est couvert par la Sous-partie B9 sont les suivants :

- 1° les mesures de fin de carrière ;
- 2° le complément de la prime d'attractivité, visée au point 10 de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et au point 13 du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;
- 3° l'augmentation du pécule de vacances octroyé au personnel statutaire ;
- 4° [l'augmentation du pourcentage de supplément de salaire relatif aux prestations de nuit effectuées le dimanche et les jours fériés, de 50 à 56 % ;]]^{27‡}
- 5° les créations d'emplois, visées au point 9.3. de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et au point 11.5. du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;]]¹⁷
- [6° le financement d'un complément fonctionnel attribué aux infirmiers en chef, infirmiers chefs de service du cadre intermédiaire et paramédicaux en chef, ayant une ancienneté

* Entrée en vigueur : 01.01.2022.

† Entrée en vigueur : 01.07.2022.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2007.

- pécuniaire de 18 ans minimum et la formation requise par les arrêtés définissant leur fonction ;]^{27*}
- [7° l'élargissement de l'équipe mobile, le remplacement immédiat et la communication des horaires dans le secteur hospitalier visés aux points 8.4 et 9.3 de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et aux points 10.5 et 11.5. du protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;
- 8° l'affectation du solde de l'accord social 2005-2010 dans les hôpitaux du secteur public selon les modalités prévues dans un accord local pris en exécution du Protocole n° 2009/06 relatif aux négociations menées le lundi 21 décembre 2009 au sein du comité pour les services publics provinciaux et locaux (comité C) ;
- 9° les créations d'emplois visées au point IV de l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé 2011 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et au point III du protocole n° 2011/01 du comité pour les services publics provinciaux et locaux (comité C) du 21 février 2011 ;
- 10° l'attribution du barème 1.35 aux aides-soignants, visée au point 2.1 de l'accord social 2013 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur non marchand privé et public ;
- 11° le financement du surcoût résultant de la mise en place du modèle salarial IFIC dans les hôpitaux ressortissant à la commission paritaire 330 et dans les hôpitaux du secteur public, dans le cadre budgétaire défini dans l'accord social du 25 octobre 2017 ;
- 12° le financement de la mise en œuvre à 100 % du modèle salarial IFIC, comme prévu au point 1, a), de l'accord social 2021-2022, dans les hôpitaux ressortissant à la commission paritaire 330 et dans les hôpitaux du secteur public ;
- 13° le financement des mesures relatives à l'amélioration qualitative des conditions de travail du personnel visées au point 2 de l'accord social 2021-2022 ;
- 14° à partir de 2021, le financement des dépenses pouvant être effectuées à charge du Fonds blouses blanches telles que visées dans la loi du 9 décembre 2019 portant création d'un Fonds blouses blanches ;]⁷⁸
- [15° pour 2023, une participation au coût des dépenses visant à soulager le personnel de soins ;]^{81†}
- [16° les moyens alloués à la formation des candidats spécialisés.]^{81‡}

Sous-section 4 – Partie C du budget

Article 20

[...]³⁸

* Entrée en vigueur : 01.07.2008.

† Entrée en vigueur : 01.01.2023.

‡ Entrée en vigueur : 01.08.2021.

Article 21

La Sous-partie C2 du budget comprend les montants de rattrapage pour un manque ou un surplus de recettes par rapport à un budget fixé pour l'exercice en cours ou pour un ou plusieurs exercices antérieurs.

Article 22

[La Sous-partie C3 comprend le montant pour les chambres à un lit, pour lesquelles, conformément à l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus, et à raison duquel le budget des moyens financiers de l'hôpital est diminué.]^{27*}

Article 23

[...] ⁶²

* Entrée en vigueur : 01.01.2010.

CHAPITRE VI – Modalités de fixation du budget et critères selon lesquels les coûts sont admis

Section 1 – Partie A du budget

Sous-section 1 – Sous-partie A1 du budget

Article 24

Les charges d'investissement, couvertes par la Sous-partie A1 du budget sont amorties conformément aux dispositions et aux délais visés par [l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux.]²⁷

Législation applicable en Région wallonne*

[Article 24

...]⁴²

Législation applicable en Communauté française†

[Article 24

...]⁴⁴

Législation applicable en Communauté germanophone‡

[Article 24

...]^{45bis}

* Art. 2, 4° a) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

Art. 3 de l'arrêté précité :

« Les dispositions visées à l'art. 2 demeurent d'application :

- 1° pour le financement des investissements des infrastructures et des services médico-techniques assurés par l'autorité fédérale, pour le compte des communautés, conformément à l'art. 47/9, § 4, de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions ;
- 2° pour le financement des investissements qui constituent le prolongement nécessaire à la finalisation du calendrier de construction établi par le protocole d'accord conclu dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique du 19.06.2006. Les investissements visés au présent point répondent aux conditions cumulatives suivantes :
 - a) ils ont obtenu un accord sur avant-projet, notifié par le Ministre qui a la politique de santé dans ses attributions, pour l'ensemble des phases des investissements concernés ;
 - b) ils visent la reconstruction de plusieurs sites hospitaliers sur un seul site ;
 - c) ils ont débuté sur chantier avant le 01.01.2015.

Les investissements visés au 2° sont à charge de la Région. »

† Art. 48, § 1, 1° du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

*Législation applicable en Commission Communautaire Commune**[Article 24...]³⁴Article 25

§ 1 Les amortissements des charges de construction, [...] ^{27†}, d'équipement et d'appareillage sont calculés sur les valeurs réelles d'investissement et sont limités aux montants maxima déterminés à cet effet, sous déduction des subventions à fonds perdus, accordées par les autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution.

§ 2 [Les amortissements déterminés conformément au § 1, ne peuvent dépasser 40 % des valeurs réelles d'investissement, limitées aux montants maximums précités pour autant qu'il y ait eu subvention. Ces subventions doivent être prouvées par la décision de l'autorité concernée compétente en cette matière, visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 4 mai 1999 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa premier, de la loi sur les hôpitaux pour l'autorité compétente en matière de politique de santé sur base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les charges d'amortissement ne sont pas prises en compte.

En cas d'application de l'article 3, § 1, de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, le pourcentage de 40 % est porté à 70 %.

En cas d'application de l'article 3, § 1bis de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, le pourcentage de 40 % est porté à 90 %.]³¹

§ 3 [Les charges d'amortissement des investissements immeubles non subventionnables, visés à l'article 9, 1°, sont couvertes par le budget des moyens financiers à 100 % de leur valeur d'investissement réelle.

Les charges d'amortissement des investissements, visés à l'article 9, 5°, sont couvertes par le budget des moyens financiers à 100 % de leur valeur d'investissement réelle, sous déduction des subventions à fonds perdus accordées par les autorités compétentes en matière de politique de développement durable.]²⁷

§ 4 [Les charges d'amortissements des investissements réalisés en vue de répondre aux normes architecturales prévues pour la pharmacie hospitalière et pour l'hospitalisation chirurgicale de jour ne peuvent dépasser 40 % des valeurs réelles d'investissement limitées aux montants maxima visés au § 1, pour autant qu'il y ait eu subvention. Ces subventions doivent être prouvées par la décision de l'autorité concernée compétente en cette matière, visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 4 mai 1999 déterminant les critères

* Art. 56, 5°, d) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

† Entrée en vigueur : 01.01.2010.

généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa premier, de la loi sur les hôpitaux pour l'autorité compétente en matière de politique de santé sur base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les charges d'amortissement ne sont pas prises en compte.

En cas d'application de l'article 3, § 1bis de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, le pourcentage de 40 % est porté à 90 %.³¹

- § 5 Le prix d'achat du terrain est exclu de la possibilité d'amortissement telle que prévue aux §§ 1 à 4.
- § 6 Les amortissements visés aux §§ 1 et 4 peuvent être fixés de manière provisionnelle lors de la mise en exploitation de l'investissement concerné.
- [§ 7 Par hôpital, un montant de 2.200 € est attribué, à partir du 1^{er} juillet 2006, pour couvrir les frais du software permettant la collecte de données sur la situation financière et tous renseignements statistiques. Ce montant est compris dans les montants visés à l'article 29, § 3, 3^o, § 4, 3^o et § 5, 3^o.]¹⁸

Législation applicable en Région wallonne*

[Article 25

...]⁴²

Législation applicable en Communauté française†

[Article 25

...]⁴⁴

Législation applicable en Communauté germanophone‡

[Article 25

...]^{45bis}

* Art. 2, 4^o, a) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.
Voir commentaires dans la note en bas de page relative à l'article 24.

† Art. 48, § 1, 1^o du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

*Législation applicable en Commission Communautaire Commune **[Article 25]...]³⁴Article 26

[Pour les amortissements des charges de gros travaux d'entretien et des frais de première installation, visés à l'article 9, 3° et 7°, les charges réelles sont retenues.]^{27†}

Législation applicable en Région wallonne ‡[Article 26]...]⁴²*Législation applicable en Communauté française[§]*[Article 26]...]⁴⁴*Législation applicable en Communauté germanophone ***[Article 26]...]^{45biss}*Législation applicable en Commission Communautaire Commune ††*[Article 26]...]³⁴Article 26bis

[Les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement, visés à l'article 9, 4°, sont couvertes de la manière suivante :

- 1° les charges d'amortissements des travaux de reconditionnement réalisés avant le 1^{er} janvier 2010 sont couvertes par le budget des moyens financiers sur base des charges réelles.

* Art. 56, 5°, d) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

† Entrée en vigueur : 01.01.2010.

‡ Art. 2, 4° a) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.
Voir commentaires dans la note en bas de page relative à l'article 24.

§ Art. 48, § 1, 1° du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

** Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

†† Art. 56, 5°, d) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

- 2° Au 1^{er} janvier 2010, afin d'assurer une meilleure couverture par le budget des moyens financiers des charges d'amortissement des travaux de reconditionnement, un montant de 15.962.609 € est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué sera éventuellement récupéré, en totalité ou partiellement, lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2010 s'il est constaté que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement sont inférieures au financement octroyé en 2010 dans le budget des moyens financiers pour la couverture des charges d'amortissement des travaux de reconditionnement, en ce y compris le montant dont question ci-dessus.

- 3° Au 1^{er} janvier 2011, le montant susmentionné est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2011.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2011 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2011 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2011 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2011 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.]^{28*}

- [4° Au 1^{er} janvier 2012, un montant supplémentaire de 15.962.609 € est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2012.

* Entrée en vigueur : 01.01.2011.

S'il est constaté, lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2012, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement, amortissables la première fois en 2012, sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté, lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2012, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement, amortissables la première fois en 2012, sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.]³⁰

[5° Au 1^{er} janvier 2013, un montant supplémentaire de 15.962.609 € est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2013 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2013 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2013 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.]^{37*}

[6° Au 1^{er} janvier 2014, un montant supplémentaire de 15.962.609 € est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2014.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers, en 2014, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2014 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de

* Entrée en vigueur : 01.01.2013.

reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2014 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2014 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

- 7° Au 1^{er} janvier 2015, un montant forfaitaire est attribué à chaque hôpital, au prorata de son nombre de lits agréés tels que connus au moment du calcul, afin de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2015.

S'il est constaté, lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers, en 2015, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement, amortissables la première fois en 2015 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers, en 2015, que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois durant l'année revue sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.]^{38*}

- [8° Pour les travaux de reconditionnement non prioritaires, visés à l'article 47/9, § 4, alinéa 1, 3°, de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions, qui seront amortis, pour la première fois, au plus tôt à partir de 2016, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement doit disposer de l'accord du ministre compétent pour les communautés, pour la Commission communautaire commune, et le cas échéant, pour la Région Wallonne et pour la Commission communautaire française.]]^{38†}
- [9° A partir du 1^{er} janvier 2016, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement, amortissables la première fois durant l'année concernée, sont couvertes sur base de leurs coûts réels.]]^{38‡}

Législation applicable en Communauté flamande[§]

[9° ...]]³

* Entrée en vigueur : 01.01.2015.

† Entrée en vigueur : 01.07.2014.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2016.

§ Art. 1 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, pour ce qui concerne les charges d'investissement et les frais de pré-exploitation pris en compte pour la fixation du budget précité - Entrée en vigueur : 01.01.2016.

*Législation applicable en Région wallonne ***[Article 26bis**...]*⁴²*Législation applicable en Communauté française †**[Article 26bis**...]*⁴⁴*Législation applicable en Communauté germanophone ‡**[Article 26bis**...]*^{45bis}*Législation applicable en Commission Communautaire Commune^{B45}**[Article 26bis**...]*^{B4}**Article 27**

§ 1 [Pour les charges financières des emprunts contractés pour le financement des investissements, visés aux articles 25, 26 et 26bis, les charges réelles sont également retenues, les limitations de l'article 25, §§ 1, 2, 4, et 5, devant être respectées.]^{28**}

§ 2 Les charges financières visées au § 1, peuvent être fixées de manière provisionnelle lorsqu'elles se rapportent aux investissements dont question à l'article 25, § 1 et § 4.

*Législation applicable en Région wallonne ††**[Article 27**...]*⁴²

* Art. 2, 4° a) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

† Art. 48, § 1, 1° du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

§ Art. 56, 5°, d) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

** Entrée en vigueur : 01.01.2010.

†† Art. 2, 4° a) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.
Voir commentaires dans la note en bas de page relative à l'article 24.

*Législation applicable en Communauté française **[Article 27]...⁴⁴*Législation applicable en Communauté germanophone †*[Article 27]...^{45bis}*Législation applicable en Commission Communautaire Commune ‡*[Article 27]...³⁴Article 28

Les charges du loyer des bâtiments sont limitées au niveau des amortissements et des charges financières calculés conformément aux articles 25 et 27, comme si le gestionnaire eût été le propriétaire.

Législation applicable en Région wallonne §[Article 28]...⁴²*Législation applicable en Communauté française ***[Article 28]...⁴⁴*Législation applicable en Communauté germanophone ††*[Article 28]...^{45bis}

* Art. 48, § 1, 1^o du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

† Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56, 5^o, d) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

§ Art. 2, 4^o a) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.
Voir commentaires dans la note en bas de page relative à l'article 24.

** Art. 48, § 1, 1^o du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au f-financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

†† Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

*Législation applicable en Commission Communautaire Commune **[Article 28...]^{B4}Article 29

[§ 1 Par dérogation à l'article 25, sont couvertes forfaitairement, après la période d'amortissement des investissements subventionnés, les charges suivantes :

- 1° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical ;
- 2° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier ;
- 3° les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

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

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

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

	Groupe universitaire	< 200 lits	200 à 299 lits	300 à 449 lits	> 450 lits
Service d'urgences	3	3	3	5	3
Quartier opératoire	46	48	56	47	52
Maternité	1	3	5	4	4
Néonatalogie intensive	5	3	-	1	6
Soins intensifs	20	16	13	15	13
Autres services	25	27	23	28	22

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

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

* Art. 56, 5°, d) de l'Arrêté (Bruxelles) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

- d) le budget disponible pour les services de néonatalogie intensive est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés NIC ;
 - e) le budget disponible pour les soins intensifs est réparti entre les hôpitaux au prorata du nombre de points attribué à chaque hôpital en application de l'article 46, § 2, 2°, c) pour le dernier exercice connu ;
 - f) le budget disponible pour les autres services est réparti entre les hôpitaux au prorata du budget relatif à la Sous-partie B2 visé à l'article 45, § 7 pour le dernier exercice connu.
- 3° Les montants calculés en application du 2°, a) à f) sont additionnés pour chaque hôpital et le résultat est dénommé « le forfait ». Le passage du budget au 30 juin 2003 vers le forfait s'effectue progressivement.

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
 - au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
 - au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.
- 4° Dans les limites du budget national disponible de 20.876.995 € il est ajouté au montant visé au 3° un montant M calculé comme suit :

$$M = A + (B * C/D)$$

où :

- A est égal à 50 % du budget disponible divisé par le nombre d'hôpitaux, soit 90.769 €
- B est égal à 50 % du budget disponible
- C est égal au budget B2 attribué à l'hôpital au 1^{er} janvier 2005 conformément à l'article 45, §§ 1 et 9
- D est égal à la somme des budgets B2 attribués au 1^{er} janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément à l'article 45, §§ 1 et 9

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

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

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

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

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

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

$$M = A + (B * C/D)$$

où :

- A est égal à 60 % du budget disponible divisé par le nombre d'hôpitaux, soit 104.244 €
- B est égal à 40 % du budget disponible
- C est égal à la somme des budgets B1 et B2 attribués à l'hôpital au 1^{er} janvier 2005 conformément aux articles 33, § 3, 42 et 45, §§ 1 et 9
- D est égal à la somme des budgets B1 et B2 attribués au 1^{er} janvier 2005 pour tous les hôpitaux du pays conformément aux articles 33, § 3, 42 et 45, §§ 1 et 9

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

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

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

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

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

$$M = 216,29 \text{ €} * \text{Lihi}$$

où :

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

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

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

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

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

L'ajustement est fixé comme suit :

- au 1^{er} juillet 2003, 34 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1^{er} juillet 2004, 67 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003 ;
- au 1^{er} juillet 2005, 100 % de la différence entre le forfait et le budget au 30 juin 2003.

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

$$M = 177,68 \text{ €} * \text{Lihi}$$

où :

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

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

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

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

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

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

[Faisant suite au transfert, au 1^{er} juillet 2014, par l'Etat fédéral, aux communautés de la compétence en matière de financement des investissements des infrastructures et des services médico-techniques des hôpitaux, ces calculs ne sont plus effectués.]^{38*}

* Entrée en vigueur : 01.07.2014.

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

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

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

[§ 10 ...]³⁸

*Législation applicable en Région wallonne**

[Article 29

*...]*⁴²

Législation applicable en Communauté française†

[Article 29

*...]*⁴⁴

Législation applicable en Communauté germanophone‡

[Article 29

...]^{45bis}

* Art. 2, 4^o, a) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2017.
Voir commentaires dans la note en bas de page relative à l'article 24.

† Art. 48, § 1, 1^o du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

Législation applicable en Communauté flamande *

[Article 29]

§ 1 Par dérogation à l'article 25, sont couvertes forfaitairement, après la période d'amortissement des investissements subventionnés, les charges suivantes :

- 1° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical ;
- 2° les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement non médical, y compris l'appareillage d'informatique et le mobilier ;
- 3° les charges liées à l'amortissement du matériel roulant.

§§ 2 à 7 ...

§ 8 Les hôpitaux amortissant pour la première fois, à partir de l'exercice 1997, des investissements subventionnés bénéficient d'une révision basée sur les charges réelles d'amortissement pour autant que l'investissement subventionné fasse partie d'un projet d'extension et/ou de reconditionnement dont la valeur représente au moins 25 % du coût maximum à la construction calculé en application des arrêtés ministériels des 1^{er} et 4 septembre 1978 modifiant les arrêtés ministériels des 1^{er} juillet 1971 et 8 novembre 1973 fixant les coûts maxima par lit à prendre en considération pour l'application de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux. Si les charges réelles sont supérieures aux montants forfaitaires tels que calculés le 1^{er} juillet 2012 conformément aux §§ 2 à 5 inclus, la différence entre les charges réelles et ces montants forfaitaires est prise en compte. Les charges réelles prises en compte sont limitées aux montants tels qu'ils ont été calculés avant le 1^{er} janvier 2017 en application des §§ 2 à 5, augmentés de l'amortissement sur la partie non subsidiée de l'investissement subsidié.

§ 9 ...^{§6}

Législation applicable en Commission Communautaire Commune †

[Article 29]

...^{§4}

[Article 29bis]

Les frais de pré-exploitation sont admis sur la base des dépenses réelles, et sont inclus dans le budget des moyens financiers, conformément à l'article 2, 1°, de l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux.]³⁸

* Art. 18 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 14.07.2017 portant subventionnement des infrastructures hospitalières – Entrée en vigueur : 01.01.2017.

† Art. 56, 5°, d) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

Législation applicable en Région wallonne *[Article 29bis...]⁴²Législation applicable en Communauté française †[Article 29bis...]⁴⁴Législation applicable en Communauté germanophone ‡[Article 29bis...]^{45bis}Législation applicable en Commission Communautaire Commune §[Article 29bis...]⁵⁴Législation applicable en Communauté flamande **[Article 29ter

Par dérogation aux articles 25 à 28 et 29bis, les charges et les frais de pré-exploitation, visés aux articles précités, qui sont amortissables pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2016, ne sont pas pris en compte pour la fixation du budget des moyens financiers.

L'alinéa 1 ne s'applique pas aux charges et aux frais de pré-exploitation des investissements, visés à l'article 47/9, § 4, alinéa 1, 2° de la loi spéciale du 16 janvier 1986 relative au financement des Communautés et des Régions.]⁴³

Sous-section 2 – Sous-partie A2 du budgetArticle 30

[Les charges de crédit à court terme, visées à l'article 10, sont calculées selon la formule suivante :

P x B x T

* Art. 2, 4°, a) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

Voir commentaires dans la note en bas de page relative à l'article 24.

† Art. 48, § 1, 1° du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

§ Art. 56, 5°, d) de l'Arrêté (**Bruxelles**) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

** Art. 2 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 18.12.2015 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, pour ce qui concerne les charges d'investissement et les frais de pré-exploitation pris en compte pour la fixation du budget précité – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

où :

P est égal à 21 % pour hôpitaux généraux et 13 % pour les hôpitaux psychiatriques

B est égal au budget des moyens financiers, hors sous-partie A2 [...] ⁶², calculé pour l'exercice considéré et augmenté des interventions de l'assurance maladie du dernier exercice connu pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés

T = 2,68 %] ⁵⁸

Sous-section 3 – Sous-partie A3 du budget

Article 31

§ 1 Les charges d'investissement couvertes par la Sous-partie A3 du budget sont amorties conformément aux dispositions et dans les délais prévus par [l'arrêté royal du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux.] ²⁷

§ 2 [Sauf dispositions contraires, les amortissements des charges de construction, d'aménagement, d'équipement et d'appareillage calculés sur les valeurs d'investissement réelles sont diminués des subsides à fonds perdus accordés par les autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution.

Ces subventions doivent être prouvées par la décision de l'autorité concernée compétente en cette matière, visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 4 mai 1999 déterminant les critères généraux pour la fixation et l'approbation du calendrier visé à l'article 46bis, alinéa premier, de la loi sur les hôpitaux pour l'autorité compétente en matière de politique de santé sur base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les charges d'amortissement ne sont pas prises en compte.

En cas d'application de l'article 3, § 1bis de l'arrêté royal du 13 décembre 1966 déterminant le taux et certaines conditions d'octroi des subventions pour la construction, le reconditionnement, l'équipement et l'appareillage d'hôpitaux, le pourcentage de 40 % est porté à 90 %.

Lorsque la preuve précitée n'est pas fournie ou qu'il n'y a pas eu de subvention, les amortissements des coûts de construction ou d'aménagement et les charges financières d'emprunt s'y rapportant ne sont pas prises en compte.

En ce qui concerne les amortissements des charges de construction et d'aménagement et les charges financières des emprunts s'y rapportant, sont uniquement retenus les travaux se rapportant aux normes architecturales prévues par les arrêtés royaux fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les différents services médico-techniques concernés. Sont également retenues, les charges d'amortissements et les charges financières se rapportant aux gros travaux d'entretien.] ³¹

§ 3 Par dérogation aux §§ 1 et 2, les charges des équipements et appareillages sont couvertes forfaitairement de la manière suivante :

1 ° Pour le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe

à résonance magnétique avec ordinateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifiée par l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de 148.736,11 € est alloué.

Le forfait précité est accordé pendant une période de 7 ans, débutant l'année qui suit celle où l'investissement est réalisé. Ladite année sera déterminée sur production par l'hôpital de la facture d'achat. Si un investissement de remplacement ou d'upgrading, dont la valeur représente au moins 50 % de la valeur à neuf de l'appareillage, est effectué dans les 10 ans à partir de la date d'achat de l'appareillage initial, les forfaits précités sont maintenus au-delà des 7 ans précités et ce, pour une nouvelle période de 7 ans. La preuve de cet investissement est déterminée par la production de la facture concernée.

[Au 1^{er} janvier 2012, le montant susmentionné est diminué de 3.554,74 € par appareillage financé.]^{30*}

*Législation applicable en Communauté flamande **

- 1° *Pour le tomographe à résonance magnétique avec ordinateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec ordinateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifiée par l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de [114.188,92 euros]^{77bis} est alloué.*

Le forfait précité est accordé pendant une période de 7 ans, débutant l'année qui suit celle où l'investissement est réalisé. Ladite année sera déterminée sur production par l'hôpital de la facture d'achat. Si un investissement de remplacement ou d'upgrading, dont la valeur représente au moins 50 % de la valeur à neuf de l'appareillage, est effectué dans les 10 ans à partir de la date d'achat de l'appareillage initial, les forfaits précités sont maintenus au-delà des 7 ans précités et ce, pour une nouvelle période de 7 ans. La preuve de cet investissement est déterminée par la production de la facture concernée.

[...] ⁷⁷

- [2° Pour l'appareillage installé dans un service de radiothérapie agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd

* Entrée en vigueur : 01.01.2012.

* Art. 8 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 17.06.2016 portant subventionnement de l'équipement et des appareils des services médico-techniques des hôpitaux et modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, en ce qui concerne le financement des dépenses de l'équipement et des appareils précités – Entrée en vigueur : 01.01.2017.

au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 17 octobre 1991, il est attribué le financement ci-après :

- a) pour chaque service agréé, il est calculé un nombre de points comme mentionné à l'article 49, 2°, sur base des données du dernier exercice connu ;
- b) le nombre d'appareillages d'irradiation est déterminé comme suit :

- moins de 1.125 points :	1 appareillage d'irradiation
- de 1.125 à 1.874 points :	2 appareillages d'irradiation
- de 1.875 à 2.624 points :	3 appareillages d'irradiation
- de 2.625 à 3.374 points :	4 appareillages d'irradiation
- de 3.375 à 4.124 points :	5 appareillages d'irradiation
- de 4.125 à 4.874 points :	6 appareillages d'irradiation

 et un appareillage supplémentaire par tranche supplémentaire de 750 points ;
- [c] l'appareillage d'irradiation est valorisé à raison de 90.000 €, étant entendu qu'il doit être en exploitation et ne peut être qu'un accélérateur linéaire ou un appareillage « gamma knife » ;]³⁷
- d) le budget est égal au nombre d'appareillages multiplié par la valeur du point c) ci-dessus ;
- e) le montant octroyé au 1^{er} juillet de chaque exercice revêt un caractère provisoire. L'exercice terminé, il est revu en fonction des données de l'exercice considéré ;
- f) le financement de l'appareillage est accordé pendant une période de 10 ans débutant l'année qui suit celle où l'investissement est réalisé.

Au 1^{er} janvier 2012, le montant susmentionné au point c) est diminué de 2.150,97 € par appareillage financé.]]³²

- 3° Pour le tomographe à émission de positrons (PET scanner) installé dans un service de médecine nucléaire agréé conformément à l'arrêté royal du 12 août 2000, un montant forfaitaire de 282.598,62 € est alloué.

Législation applicable en Communauté flamande *

[3° Pour le tomographe à émission de positrons (PET scanner) installé dans un service de médecine nucléaire agréé conformément à l'arrêté royal du 12 août 2000, un montant forfaitaire de [175.645,26 €]⁶⁶ est alloué. [Pour l'appareillage supplémentaire dans les hôpitaux universitaires, qui est utilisé pour la recherche translationnelle et la formation, ce montant forfaitaire est limité à 100.000 €.]⁶⁴

* Art. 8 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 17.06.2016 portant subventionnement de l'équipement et des appareils des services médico-techniques des hôpitaux et modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, en ce qui concerne le financement des dépenses de l'équipement et des appareils précités – Entrée en vigueur : 01.01.2017.

*Législation applicable en Région wallonne ***[Article 31**...]⁴²**Législation applicable en Communauté française †**[Article 31**...]⁴⁴**Législation applicable en Communauté germanophone ‡**[Article 31**...]^{45bis}**Législation applicable en Commission Communautaire Commune §**[Article 31**...]^{§4}**Législation applicable en Communauté flamande ****[Article 31bis**Par dérogation à l'article 31 les charges suivantes ne sont pas prises en compte pour la fixation du budget des moyens financiers :*

- 1° les charges, visées au § 2 de l'article précité, qui sont amortissables pour la première fois le 1er janvier 2016 ;*
- 2° les charges de l'installation ou de la mise à niveau d'un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, visé au § 3, 1° de l'article précité, si cette installation ou mise à niveau a lieu au plus tôt le 1er janvier 2015 et que cette mise à niveau a lieu au plus tôt dans la huitième année après celle de l'installation de l'appareil ;*

* Art. 2, 4°, b) de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 17.12.2015 abrogeant et modifiant certaines dispositions relatives au subventionnement des investissements hospitaliers, prises en exécution de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10.07.2008 – Entrée en vigueur : 01.01.2016, **SAUF art. 31, § 3 abrogé au 01.07.2018.**

Voir commentaires dans la note en bas de page relative à l'article 24.

† Art. 48, § 1, 1° du décret-programme de la **Communauté française** du 10.12.2015 portant diverses mesures relatives à l'enseignement spécialisé, aux Bâtiments scolaires, à l'Enfance, à la Culture, à l'enseignement supérieur, au financement de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire et à l'enseignement de promotion sociale – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

‡ Art. 56 du décret-programme de la **Communauté germanophone** du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

§ Art. 56, 5°, e) de l'Arrêté (Bruxelles) du 03.10.2024 – Entrée en vigueur : 01.01.2025.

** Art. 3 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 18.12.2015 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, pour ce qui concerne les charges d'investissement et les frais de pré-exploitation pris en compte pour la fixation du budget précité – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

3° les charges de l'installation d'appareillage d'irradiation et d'un tomographe à émission de positrons, visés au § 3, 2° et 3° de l'article précité, si cette installation a lieu au plus tôt le 1^{er} janvier 2015.

*L'alinéa 1 ne s'applique pas aux charges des investissements, visés à l'article 47/9, § 4, alinéa 1, 2° de la loi spéciale du 16 janvier 1986 relative au financement des Communautés et des Régions.*⁴³

Section 2 – Partie B du budget

Sous-section 1 – Dispositions générales

Rubrique 1 – Sous-partie B1

Article 32

Les coûts couverts par la Sous-partie B1 du budget sont financés forfaitairement conformément aux dispositions des articles 37 à 44, ci-après.

Article 33

§ 1 Sont exclus du financement forfaitaire, visé à l'article 32, les hôpitaux où sont effectuées à la fois des prestations chirurgicales et médicales exclusivement pour enfants ou exclusivement en rapport avec les tumeurs. Sont assimilés à cette catégorie d'hôpitaux les unités de traitement de grands brûlés. Dans ce cas, les hôpitaux où sont situées ces unités restent, pour les autres types de services hospitaliers, visés par les dispositions de l'article 32.

§ 2 Sont également exclus du financement forfaitaire, visé à l'article 32, les hôpitaux dont le nombre de lits agréés au début de l'exercice de fixation du budget est augmenté ou diminué de 25 % par rapport au nombre de lits moyen agréés de l'année à laquelle se rapportent les données utilisées pour la détermination du nombre de lits justifiés visés à l'article 46.

§ 3 Le budget B1 des hôpitaux visés aux §§ 1 et 2 est fixé comme suit :

- pour les hôpitaux visés dans le § 1 première phrase et le § 2, la valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation de la Sous-partie B1 est maintenue ;
- pour les unités de grands brûlés, la valeur par lit du budget B1 est égale à 77.993,2 € pour les hôpitaux privés et 79.006,44 € pour les hôpitaux publics (index 1^{er} janvier 2002).

[A partir du 1^{er} juillet 2006, pour couvrir l'augmentation des coûts énergétiques, il est octroyé aux unités de traitement de grands brûlés un montant forfaitaire (x) calculé comme suit :

$$X = A/B * C$$

où :

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 € (index 01/07/2006)

B = total des m² des centres de frais 020 à 499 de tous les hôpitaux

C = total des m² des centres de frais 290 à 299 de l'hôpital]¹⁸

[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.]^{85*}

Article 34

Pour le calcul du financement forfaitaire visé à l'article 32, il est constitué 5 groupes d'hôpitaux sur base des caractéristiques définies à l'article 37.

Article 35

- § 1 Pour l'application des caractéristiques aux hôpitaux qui disposent, outre un service Sp ou une unité de grands brûlés, d'autres types de services hospitaliers, les services Sp et les unités de grands brûlés ne sont pas pris en considération.
- § 2 Les dispositions de la Section 2 s'appliquent séparément à tous les services Sp et aux hôpitaux psychiatriques.

Rubrique 2 – Sous-partie B2

Article 36

La Sous-partie B2 du budget des moyens financiers est déterminée sur base d'un système de points de base et de points supplémentaires par rapport aux activités justifiées de l'hospitalisation classique et de l'hospitalisation de jour chirurgicale.

Sous-section 2 – Sous-partie B1 du budget des hôpitaux aigus

Rubrique 1 – Composition des groupes d'hôpitaux

Article 37

En application de l'article 34, des groupes d'hôpitaux sont formés sur base des caractéristiques suivantes :

- a) le caractère universitaire ou non de l'hôpital ;
- b) la taille de l'hôpital.

Article 38

[Sont considérés comme un hôpital ayant un caractère universitaire les hôpitaux visés à l'article 7, 2°, g), 1°, ainsi que les hôpitaux dont 75 % des lits sont désignés comme universitaires.]⁵

Article 39

Il faut entendre par taille de l'hôpital, le nombre de lits agréés et existants au 1^{er} janvier précédant l'exercice de fixation du budget.

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

Article 40

Il est constitué cinq groupes d'hôpitaux, à savoir :

1. le groupe des hôpitaux avec un caractère universitaire, comme visé à l'article 38 ;
2. le groupe des hôpitaux de moins de 200 lits ;
3. le groupe des hôpitaux de 200 à 299 lits ;
4. le groupe des hôpitaux de 300 à 449 lits ;
5. le groupe des hôpitaux de 450 lits et plus.

Rubrique 2 – Fixation du forfait B1

Article 41

§ 1 La fixation du forfait B1 d'un hôpital concerne les services communs suivants :

1. frais généraux ;
2. entretien ;
3. chauffage ;
4. administration ;
5. buanderie-lingerie ;
6. alimentation ;
7. internat.

§ 2 Ne sont pas repris dans le forfait les frais visés aux articles 14, 15, 16, 17 et 19 couverts respectivement par les Sous-parties B3, B4, B5, B6 et B8.

Article 42

[§ 1]¹⁰ En vue de fixer le forfait B1, il est procédé aux opérations suivantes :

1^{ère} opération :

[[Le budget national disponible de chacun des groupes dont question à l'article 40 est constitué de l'addition des budgets dont disposaient les hôpitaux de chaque groupe le jour précédant l'exercice de fixation du budget B1, avant application de la 8^{ème} opération et déduction faite des frais d'internat.]]³⁷

A partir du 1^{er} juillet 2007, le budget national disponible est augmenté du montant de la Sous-partie B1 de l'hospitalisation chirurgicale de jour, octroyé au [30 juin 2007]²¹ en vue de couvrir les charges y afférentes.²⁰

[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.]^{85*}

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

2^{ème} opération :

A l'intérieur de chaque groupe, le budget disponible est réparti entre chaque service commun suivant les pourcentages ci-dessous :

Service commun	Pourcentage				
Groupes	Univ.	< 200 lits	200 à 299	300 à 449	450 et plus
Frais généraux	6	6	6	7	7
Entretien	29	30	29	30	30
Chauffage	2	2	2	2	2
Frais administratifs	35	30	29	29	28
Buanderie-lingerie	11	10	10	10	10
Alimentation	17	22	24	22	23

3^{ème} opération :

A l'intérieur de chaque groupe et pour chaque service commun, le budget disponible est réparti entre les hôpitaux du groupe sur base des clés de répartition ci-après :

1° Frais généraux :

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

où :

[A = le nombre de m² de l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour et le nombre de m² dans les services visés à l'article 8, a) à d), pondéré en fonction du nombre de m² par lit suivant les formules suivantes :]²⁰

a) pour les hôpitaux non universitaires :

Nombre de m ² par lit dans les unités et services visés à l'article 8	Unités d'œuvre retenues pour les frais généraux
Mli < 48	M ² i = 48 * Li
48 < Mli < 55	M ² i = (48 * Li) + [1/2 (Mli - 48) * Li]
55 < Mli	M ² i = (51,5 * Li) + [1/4 (Mli - 55) * Li]

où :

Mli = nombre de m² par lit dans les unités et services de l'hôpital i visés à l'article 8, a) et b)

Li = nombre de lits dans l'hôpital i

M²i = nombre de m² retenu pour l'hôpital i

b) pour les hôpitaux universitaires :

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

Les lettres reprises ci-dessus ont la même signification que pour les formules reprises sous a).

[B = le nombre de m² calculé sous A, a) et b) adapté en augmentant de 25 % la partie relative au quartier opératoire de l'hospitalisation classique et au quartier opératoire de l'hospitalisation chirurgicale de jour, aux services d'urgences, à l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour et aux lits C, D, E à caractère intensif dans l'ensemble des services et en diminuant de 25 % la partie relative à l'administration]²⁰

Pour calculer les surfaces relatives aux lits C, D, E à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de lits à caractère intensif tel que fixé conformément à l'article 46, § 2, 2°, c), par rapport au nombre total de lits C, D et E.

2° Entretien :

[Le nombre de m² des services visés à l'article 8, pondéré selon la formule reprise sous le point 1°, A), a) et b), augmenté de 50 % pour la partie relative au quartier opératoire de l'hospitalisation classique et de l'hospitalisation chirurgicale de jour et de 25 % pour l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour, hors quartier opératoire, la néonatalogie intensive, le service d'urgence et les lits C, D, E à caractère intensif dans l'ensemble des services et diminué de 50 % pour la partie relative à l'administration.]²⁰

Pour calculer les surfaces relatives aux lits C, D, E à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de lits à caractère intensif tel que fixé conformément à l'article 46, § 2, 2°, c), par rapport au nombre total de lits C, D et E.

3° Chauffage :

Le nombre de m² des services visés à l'article 8 pondéré selon la formule reprise sous le point 1°, A), a) et b).

4° Frais administratifs :

[le nombre résultant de la formule suivante :

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

où :

A = nombre d'admissions en hospitalisation classique et en hospitalisation chirurgicale de jour du dernier exercice connu

J₁ = nombre de journées en hospitalisation classique réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 % pour l'hospitalisation classique

J₂ = nombre de journées en hospitalisation chirurgicale de jour réalisées durant le dernier exercice connu

P = nombre de membres du personnel infirmier et soignant présents dans les unités et services visés à l'article 8, a), et b), exprimé en équivalents temps plein. Ce nombre tient compte des maxima suivants :

- pour les unités de soins, les normes visées à l'article 45, § 8, calculées sur base des lits agréés, augmentées du personnel octroyé en vertu des différents accords sociaux ;

- pour les lits à caractère intensif, le nombre de lits calculé conformément à l'article 46, § 2, 2°, c), multiplié par 2 équivalents temps plein ;
- pour le bloc opératoire de l'hospitalisation classique et de l'hôpital chirurgical de jour, l'urgence et la stérilisation centrale, le nombre de points attribués en application de l'article 46, § 3, 2°, a), b), et d), divisé par 2,5 ;
- pour l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour, le nombre de points attribués, en application du point 4 de l'annexe 3, est divisé par 2,5 ;
- 1 ETP chef du département infirmier par hôpital ;
- 1 ETP cadre intermédiaire par 150 lits agréés ;
- pour les hôpitaux publics, le personnel financé pour les remplacements des absences de longue durée ;
- pour les conventions de premier emploi, le nombre limité à 1,8 % de l'effectif exprimé en équivalent temps plein occupé au 30 juin de l'année civile précédant l'exercice considéré ;
- pour les contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental pour la promotion de l'emploi, le nombre exprimé en équivalents temps plein occupés pendant l'année civile considérée ;
- l'infirmier(e) en hygiène hospitalière dont le nombre est fixé en application de l'article 56 ;
- le personnel recruté « Maribel Social » ;
- le personnel octroyé en application de l'article 51 ;
- le personnel supplémentaire visé à l'article 15, 26° du présent arrêté.]²⁰

5° **Buanderie-lingerie :**

[Le nombre de journées d'hospitalisation classique réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 %, et le nombre de journées réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour, étant entendu que les journées réalisées dans l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour et dans les services C, M, [y compris les journées réalisées dans les lits MIC,]⁷³ NIC, G et lits D et E à caractère intensif sont pondérées par un coefficient égal à 1,25.]²⁰

Pour calculer le nombre de journées d'hospitalisation réalisé dans les lits à caractère intensif, il est tenu compte d'un pourcentage de journées d'hospitalisation, fixé conformément à l'article 46, § 2, 2°, c), par rapport au nombre de journées d'hospitalisation des services D et E.

6° **Alimentation :**

[Le nombre de journées d'hospitalisation classique réalisées durant le dernier exercice connu, limité toutefois à une occupation de 100 % et le nombre de journées réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour pondérées par 1 coefficient de 0,44.]²⁰

4^{ème} opération :[...]³²**5^{ème} opération :**...]¹⁸**6^{ème} opération]⁵ :**

[Les montants calculés conformément à la 3^{ème} opération sont additionnés pour chaque hôpital.]³⁷

Le montant ainsi obtenu est, le cas échéant, adapté linéairement afin que pour l'ensemble des hôpitaux, le budget national disponible soit attribué. Le budget ainsi obtenu est appelé le budget B1.

7^{ème} opération]⁵ :

Le passage du budget actuel vers le budget B1 s'effectue progressivement.

L'ajustement est fixé à :

- 34 % de la différence entre le budget fixé au 1^{er} juillet 2002 et le budget actuel visé à la 1^{ère} opération mais y compris l'internat ;
- [20 %]⁵ de la différence entre le budget fixé au 1^{er} juillet 2003 et le budget actuel visé à la 1^{ère} opération mais y compris l'internat ;
- [...] ⁵
- [- 25 % de la différence entre le budget fixé au 1^{er} juillet 2004 et le budget actuel visé à la 1^{ère} opération mais y compris l'internat ;]¹⁰
- [- 60 % de la différence entre le budget fixé au 1^{er} juillet 2005 et le budget actuel visé à la 1^{ère} opération mais y compris l'internat ;
- 100 % de la différence entre le budget fixé au 1^{er} juillet 2006 et le budget actuel visé à la 1^{ère} opération mais y compris l'internat.]³²

[Par budget actuel, il faut entendre le budget dont question à la 1^{ère} opération, y compris l'internat.]⁵ [...] ³²

8^{ème} opération]⁵ :

[50 % des montants obtenus après la 3^{ème} opération en ce qui concerne les éléments frais généraux, entretien, chauffage et frais administratifs et 100 % des montants obtenus après la 3^{ème} opération en ce qui concerne les éléments buanderie-lingerie et alimentation sont adaptés en les divisant par le nombre de journées d'hospitalisation, en ce compris les journées d'hospitalisation chirurgicale de jour, réalisées durant l'exercice de référence pour le calcul des lits justifiés visés à l'article 46 et en les multipliant par le nombre de journées justifiées calculées selon les modalités de l'annexe 3 au présent arrêté.

La différence entre les montants ainsi obtenus et les montants obtenus après la 3^{ème} opération sont retenus à raison de 60 % à partir de l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2005. La différence précitée est retenue à 100 % à partir de l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2006.]³⁷

[9^{ème} opération]⁵ :

Les montants obtenus après les [7^{ème} et 8^{ème} opérations]⁸ sont additionnés et ne peuvent, pour l'ensemble des hôpitaux, dépasser le budget national disponible pour cette Sous-partie.

[Au montant calculé au terme de la 9^{ème} opération sont ajoutés les frais d'internat.]³⁷

[10^{ème} opération]⁵ :

[Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1 et 2, le financement accordé en vue de couvrir les charges liées à l'hospitalisation chirurgicale de jour est fixé à la valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation de la Sous-partie B1.]²⁰

[11^{ème} opération]⁵ :

1° Dans les limites du budget disponible et afin de renforcer le service social de l'hôpital, il est octroyé :

- a) aux hôpitaux pour lesquels des lits justifiés G sont attribués en application de l'article 46, un montant forfaitaire calculé comme suit :

A + B

où :

A = 25 % du budget disponible divisé par le nombre hôpitaux concernés.
Pour déterminer le nombre d'hôpitaux concernés, les hôpitaux bénéficiant de lits justifiés G mais ne disposant pas de lits agréés G sont comptés pour 0,25

B = 75 % du budget disponible divisé par le nombre total de lits justifiés G et multiplié par le nombre de lits justifiés G de l'hôpital concerné

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

- les hôpitaux sont classés en déciles selon la valeur croissante [du score déterminé [à l'article 78bis]^{85*}.]^{31†}

A chaque décile est attribué le coefficient multiplicateur suivant :

1 ^{er} décile	:	1,50
2 ^{ème} décile	:	1,40
3 ^{ème} décile	:	1,30
4 ^{ème} décile	:	1,20
5 ^{ème} décile	:	1,10
6 ^{ème} décile	:	1,00
7 ^{ème} décile	:	0,90
8 ^{ème} décile	:	0,80
9 ^{ème} décile	:	0,70
10 ^{ème} décile	:	0,60

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

† Entrée en vigueur : 01.07.2008.

- le nombre de journées justifiées de l'hôpital visées à l'annexe 3 est pondéré en y appliquant le coefficient multiplicateur correspondant à la place occupée par l'hôpital dans le classement en déciles visé au premier tiret ;
- le budget disponible est divisé par le nombre total de journées justifiées dont question au deuxième tiret et multiplié par le nombre de journées justifiées dont question au deuxième tiret de l'hôpital concerné.

[...]²⁷

[Pour conserver ce montant, les hôpitaux doivent implémenter et/ou développer la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins conformément aux principes définis par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement en concertation entre les hôpitaux et le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions.]^{28*}

2° Aux hôpitaux disposant de lits agréés Kjour et/ou Knuit, il est alloué, en vue de prendre en charge les frais de transport des patients, un montant forfaitaire de :

- 2.478,94 € pour les services de moins de 5 lits ;
- 12.394,68 € pour les services comptant de 5 à 10 lits ;
- 24.789,35 € pour les services comptant de 11 à 15 lits ;
- 37.184,03 € pour les services comptant plus de 15 lits.

[...]²⁷

[3° ...]⁵¹

[§ 2 La prochaine actualisation des calculs des 6 premières opérations intervient le 1^{er} juillet 2026 et ensuite tous les 2 ans.]^{87†}

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

$$X = A/B * C$$

où :

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 € (index 01/07/2006)

B = total des m² des centres de frais 020 à 499 de tous les hôpitaux

C = total de m² des centres de frais 020 à 289, 300 à 309 et 320 à 499 de l'hôpital]¹⁸

* Entrée en vigueur : 01.07.2010.

† Entrée en vigueur : 01.07.2025.

Sous-section 3 – Sous-partie B1 des services G isolés et des services Sp

Article 43

[§ 1 Le budget B1 des services G isolés et des services Sp hormis les services Sp-soins palliatifs est fixé à sa valeur au 30 juin précédant l'exercice de fixation du budget B1. Cependant, pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002, le budget B1 est calculé de la manière suivante :

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

2° si $JR = Q$
 $B1 * Q$

3° si $JR < Q$
 $B1 * JR$

où

JR = journées réalisées pendant l'exercice 2000

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

B1 = valeur par jour au 30 juin 2002 de la Sous-partie B1 hors application des moyens relatifs aux frais d'affiliation visés à l'article 15, 23°

[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.]^{85*}

§ 2 Pour les services G isolés et les services Sp de 80 lits et plus, un montant forfaitaire de 20.427,88 € (index 01/07/2006) est alloué à partir du 1^{er} juillet 2006 en vue de renforcer le service social du service.

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

§ 3 Le budget B1 des services Sp-soins palliatifs est fixé à 17.821,03 € (index 1^{er} janvier 2002) par lit.

[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 € (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les services concernés en fonction de leur part dans ce budget disponible.]^{85†}

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

† Entrée en vigueur : 01.01.2024.

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

$$X = A/B * C$$

où :

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 € (index 01/07/2006)

B = total des m² des centres de frais 020 à 499 de tous les hôpitaux

C = total de m² de l'hôpital suivant les conditions suivantes :

- pour les services Sp : centres de frais 310 à 319 à l'exclusion de 314 ;
- pour les services Sp soins palliatifs : centres de frais 314 ;
- pour les services Sp isolés, hors Sp soins palliatifs : centres de frais 020 à 199 et 310 à 319, sauf 314 ;
- pour les services Sp soins palliatifs isolés : centres de frais 020 à 199 et 314 ;
- pour les services G isolés : centres de frais 020 à 199 et 300 à 309.]³²

Sous-section 4 – Sous-partie B1 des hôpitaux psychiatriques

Article 44

§ 1 Le budget B1 des hôpitaux psychiatriques est fixé à sa valeur au 30 juin précédant l'exercice de fixation du budget B1. Cependant, pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002, le budget B1 est calculé de la manière suivante :

$$B1 * Q$$

où :

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 visé à l'article 54 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

B1 = valeur par jour au 30 juin 2002 de la Sous-partie B1 hors application des moyens relatifs aux frais d'affiliation visés à l'article 15, 23°

[A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget visé à l'alinéa précédent est diminué d'un montant de 169.784,63 € (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les hôpitaux psychiatriques en fonction de leur part dans ce budget.]^{85*}

§ 2 Les dispositions de l'[article 42, 11^{ème} opération, 2° ,]⁸ sont d'application pour les hôpitaux psychiatriques.

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

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

Le montant (M) est calculé comme suit :

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

où :

- 1.445.000 € (index 01/07/2005) est égal au budget disponible
- lits_{hi} = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005 de l'hôpital
- lits_{hz} = le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier 2005 des hôpitaux répondant à la condition visée au 1^{er} alinéa

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

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

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

$$2.445.000 * [(\Sigma_1^n A / \Sigma_1^n N * 0,9 * N) - A] / \Sigma_1^n [(\Sigma_1^n A / \Sigma_1^n N * 0,9 * N) - A]$$

où :

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

N = nombre de référence de l'hôpital

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

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

$$2.445.000 * [(\Sigma_1^n A / \Sigma_1^n N * 1,1 * N) - A] / \Sigma_1^n [(\Sigma_1^n A / \Sigma_1^n N * 1,1 * N) - A]$$

où :

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

N = nombre de référence de l'hôpital]³³

- [§ 4 A partir du 1^{er} juillet 2006, pour couvrir l'augmentation des coûts énergétiques, il est octroyé aux hôpitaux psychiatriques un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A/B * C$$

où :

A = budget disponible pour tous les hôpitaux du Royaume de 4.434.000 € (index 01/07/2006)

B = total des m² des centres de frais 020 à 499 de tous les hôpitaux

C = total des m² des centres de frais 020 à 199, 315 et 340 à 439 de l'hôpital]¹⁸

Sous-section 4bis – Dispositions communes à la sous-partie B1 des hôpitaux généraux et psychiatriques

[Article 44bis]

A partir du 1^{er} juillet 2013, la sous-partie B1 du budget des moyens financiers de tous les hôpitaux est diminuée d'un montant de 5 millions € en base annuelle.

Le calcul s'effectue de la manière suivante :

$$X = A/B * C$$

où :

A = 5 millions €

B = somme de la valeur de la sous-partie B1 de chaque hôpital, telle que notifiée dans le budget des moyens financiers du 1^{er} janvier 2013

C = valeur de la sous-partie B1 de l'hôpital, telle que notifiée dans le budget des moyens financiers du 1^{er} janvier 2013]³⁷

[Article 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 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 du nombre de points de chaque hôpital calculé selon une pondération basée sur leur nombre de lits justifiés et/ou agréés, en ce compris les lits agréés Sp, Sp soins palliatifs et les unités de traitement de grands brûlés.

Pour le premier semestre 2024, le nombre de lits justifiés est le nombre utilisé dans le budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2023 et le nombre de lits agréés est le nombre tel que connu du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier 2023.

Pour le deuxième semestre 2024, le nombre de lits justifiés est le nombre utilisé dans le budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2024 et le nombre de lits agréés est le nombre tel que connu du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier 2024.

La pondération est la suivante :

- hôpitaux jusqu'à 200 lits : 2,5 points par lit ;
- hôpitaux de 201 à 300 lits : 2 points par lit ;
- hôpitaux de 301 et 450 lits : 1,5 points par lit ;
- hôpitaux de plus de 450 lits : 1 point par lit.]^{85*}

Sous-section 5 – Sous-partie B2 du budget des hôpitaux aigus

Article 45

§ 1 Le budget global pour la Sous-partie B2 est réparti entre les hôpitaux sur base d'un système de points. De cette répartition sont exclus les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1 et 2.

Le budget B2 des hôpitaux visés dans l'article 33, §§ 1 et 2, est fixé comme suit :

- [pour les hôpitaux visés à l'article 33, § 1, 1^{ère} phrase, et § 2, la valeur au 30 juin de l'exercice de fixation de la Sous-partie B2 est maintenue. [...]^{85†} [A partir du 1^{er} juillet 2025, le budget B2 est diminué d'un montant de 344.431,31 euros (index 1^{er} juillet 2025).]^{87‡}]²⁰
- [pour les unités de grands brûlés, le budget B2 par lit est égal à 207.191,33 € (index 01/07/2005) pour les hôpitaux privés et à 209.808,32 € (index 01/07/2005) pour les hôpitaux publics.]¹⁷

[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.]^{85§}

[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.]^{85**}

[A partir du 1^{er} juillet 2025, le budget global disponible visé à l'alinéa 1^{er} est augmenté d'un montant de 11.170.337,68 euros (index 1^{er} juillet 2025).]^{87††}

§ 2 Les modalités du système de points visé au § 1, ne peuvent être revues que tous les trois ans, à dater de l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002. Cependant, l'affinement et/ou l'ajout de paramètres peuvent être effectués pendant la période de trois ans.

[Les paramètres visés sont ceux dont question à :

- l'article 46, § 2, 2^o c) : les prestations de réanimation ;

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

† Entrée en vigueur : 01.07.2025.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2025.

§ Entrée en vigueur : 01.01.2024.

** Entrée en vigueur : 01.01.2024.

†† Entrée en vigueur : 01.07.2025.

- l'article 46, § 2, 2° a) : les prestations médicales et chirurgicales [, ...]⁷³ et le nombre de points-NRG, tel que déterminé en vertu de l'annexe 18 au présent arrêté ;
- l'article 46, § 2, 2° b) : les prestations chirurgicales et médicales [, ...]⁷³ et le nombre de points-NRG, tel que déterminé en vertu de l'annexe 18 au présent arrêté ;
- l'article 46, § 3, 2° a) : les temps standards ;
- l'article 46, § 3, 2° b) : les prestations médicales d'urgence, les points de base par 100 lits et les enregistrements RHM des patients pris en charge au service des urgences ;
- l'article 46, § 3, 2° c) : les prestations médicales.⁴⁰

Dans le cas où il serait fait application de cette disposition pendant la période de 3 ans, cela n'entraîne pas de modification des autres Sous-parties du budget dont la fixation fait référence aux dispositions des articles 45 et 46.

§ 2bis [Pour le calcul du nombre de points attribué à chaque hôpital, l'actualisation des données, dont question à l'article 46, § 4, interviendra, la prochaine fois, au 1^{er} juillet 2007 et, ensuite, tous les deux ans.]^{33*}

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

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

1° si $JR > Q$

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

2° si $JR < Q$

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

3° si $JR = Q$

$$(B2 * Q)$$

où

JR = journées réalisées pendant l'exercice 2000

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

x = 25 % sauf si l'hôpital a bénéficié en 2001 d'un nombre DJN fixé en application de l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986. Dans ce cas, x devient 60 % pour les journées entre 90 et 95 % d'occupation et/ou 45 % pour les journées réalisées en 2000 qui sont supérieures aux journées réalisées en

* Entrée en vigueur : 01.07.2007.

1996. Pour les journées réalisées en 1996 encore réalisées en 2000 et qui sont supérieures aux journées 1989, x devient 45 % pour autant que ces journées aient été indemnisées à 45 % lors d'un exercice se situant entre 1990 et 1996

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

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

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

Au budget ainsi déterminé pour chaque hôpital, il est ajouté le montant relatif à la Sous-partie B2 des prestations réalisées en hospitalisation chirurgicale de jour visée au [point 4]⁷⁶ de l'annexe 3 découlant de la répartition du budget disponible pour l'hôpital de jour chirurgical entre les Sous-parties B1 et B2 sur base de la valeur relative de chacune de ces Sous-parties B1 et B2 pour chaque hôpital.

2° Au 1^{er} juillet 2005, le budget global disponible au 30 juin 2005 est augmenté de 3.546.000 €. [Au 1^{er} juillet 2018, le budget global disponible au 30 juin 2018 est augmenté de 6.357.186 €.]⁶²

3° [...] ^{85*}

4° [...] ^{85†} ^{33‡}

§ 4 A chaque hôpital est attribué un nombre de points conformément aux modalités prévues à l'article 46.

§ 5 Le nombre de points attribué à chaque hôpital est additionné afin de déterminer le nombre total de points pour l'ensemble des hôpitaux.

§ 6 La valeur du point est déterminée en divisant le budget global pour la Sous-partie B2, visé au § 3, par le nombre total de points visé au § 5.

§ 7 A chaque hôpital est attribué un montant représenté par la multiplication du nombre de points de l'hôpital visé au § 4 par la valeur du point fixée conformément au § 6. [Le budget B2 ainsi adapté est appelé le budget définitif B2.]³²

§ [8]³² [Le passage du budget actuel B2 vers le budget définitif B2 s'effectue progressivement, étant entendu que l'ajustement est fixé à 60 % pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2005. Cet ajustement est fixé à 100 % pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2006 [...] ^{85§}.]³²

[... ...]⁶²

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

† Entrée en vigueur : 01.07.2025.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2007.

§ Entrée en vigueur : 01.07.2025.

- [§ 10 Pour le calcul de la valeur des prestations médicales, à partir du 1^{er} juillet 2023, les prestations à basse variabilité visées par la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité qui ont été facturées à zéro, sont prises en compte à un montant théorique correspondant au remboursement intégral.]^{81*}

Article 46

§ 1 Le nombre de points attribué à chaque hôpital est fixé conformément aux règles reprises dans les paragraphes suivants. Pour l'application des paragraphes ci-après il faut entendre par :

- 1° **[par lits justifiés** : le nombre de lits déterminé en application de [l'annexe 3]⁷⁶ du présent arrêté [...] ^{85†}];⁶⁵
- 2° **valeur des prestations médicales** : le montant dû par l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité pour les prestations, reprises à l'annexe 4 du présent arrêté, dispensées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre et figurant dans les tableaux statistiques visés au chapitre XIV, section 4 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et se rapportant à l'exercice concerné et aux premier et deuxième trimestres de l'exercice suivant ;
- 3° **par lit occupé** : le nombre de journées d'hospitalisation pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est due, réalisées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre et figurant dans les tableaux statistiques précités et se rapportant à l'exercice concerné et aux premier et deuxième trimestres de l'exercice suivant, divisé par 365 ;
- [4° **les NRG (nursing related groups)** : système de classification destiné à répartir, par épisode de soins, les patients hospitalisés dans des groupes homogènes. Cette classification est basée sur une cohérence clinique des soins infirmiers de laquelle découle le déploiement des ressources qui s'y rapportent pour réaliser des soins de qualité.]⁷³

§ 2 Unités de soins

1° Financement de base

a) Pour les coûts de personnel des services hospitaliers repris ci-après, des points par lit justifié sont attribués comme suit :

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| - pour les lits C, D, E, B et L : | 1 point |
| - pour les lits M : | 1,46 point |
| | (y compris le quartier obstétrique) |
| - pour les lits MIC : | 3,75 points |

Les points octroyés pour les lits M sont augmentés pour la fonction de soins néonataux locaux (fonction N*), en tenant compte du nombre

* Entrée en vigueur : 01.07.2023.

† Entrée en vigueur : 01.07.2025.

d'accouchements réalisés durant le dernier exercice connu étant entendu qu'il est attribué pour :

- une maternité réalisant moins de 1.000 accouchements par an : 15 points, si une maternité réalise moins de 400 accouchements par an, l'article 18 de l'Arrêté Royal du 30 janvier 1989 doit être appliqué ;
- une maternité réalisant 1.000 accouchements et plus : pour les 1.000 premiers accouchements : 17 points augmentés de 3 points par tranche complète supplémentaire de 150 accouchements ;
- les lits NIC : 6,25 points
- les lits G : 1,36 point
(y compris les ergothérapeutes et les logopèdes)
- les lits H : 0,68 point
- les lits A : 1,33 point
- les lits K : 2 points
- pour les lits IB : 4,69 points]^{25*}
- les lits A de jour : 1,17 point à partir du 1^{er} juillet 2017
- les lits A de nuit : 1,19 point à partir du 1^{er} juillet 2017
- les lits K de jour : 1,67 point à partir du 1^{er} juillet 2017
- les lits K de nuit : 1,75 point à partir du 1^{er} juillet 2017]⁶²

[b)]⁵ Pour les chefs de services infirmiers et le cadre intermédiaire, des points sont attribués selon les modalités suivantes :

- hôpitaux jusqu'à 149 lits justifiés : 6,45 points
- hôpitaux de 150 à 250 lits justifiés : 7,63 points
- hôpitaux de 251 à 299 lits justifiés : 9,50 points
- hôpitaux de 300 à 449 lits justifiés : 12,29 points
- hôpitaux de 450 à 500 lits justifiés : 13,95 points
- hôpitaux de 501 à 599 lits justifiés : 16,22 points
- hôpitaux de 600 à 749 lits justifiés : 19,45 points
- hôpitaux de 750 à 899 lits justifiés : 22,86 points
- hôpitaux de 900 à 1.200 lits justifiés : 27,28 points
- hôpitaux de plus de 1.200 lits justifiés : 35,02 points

* Entrée en vigueur : 20.03.2008.

2° Financement complémentaire

Le nombre de points attribué conformément au point 1°, a), pour les lits justifiés C, hormis les lits C d'hospitalisation de jour, D et E est augmenté selon les modalités reprises ci-après :

a) pour les lits justifiés C et D, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

1° sur base de la valeur totale par lit occupé C et D des prestations chirurgicales et médicales pour des patients hospitalisés dans les services C et D pendant les deux derniers exercices connus, calculée conformément à la nomenclature précitée, à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante desdites prestations par lit C et D occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires selon leur appartenance à un décile, soit :

[Déciles	Nombre de points supplémentaires par lit
1	0
2	0
3	0
4	0,02
5	0,06
6	0,09
7	0,14
8	0,18
9	0,27
10	0,34] ⁵

Les points ainsi attribués sont retenus à raison de [20 %]³². Les points représentant les [80 %]³² restants sont totalisés pour l'ensemble du pays et sont répartis conformément [au point 2°]³² ci-après.

2° [Les points représentant les 80 % restants dont question au point 1° ci-dessus sont répartis entre les hôpitaux selon les points NRG en fonction de la part de marché de l'hôpital, établie sur base de la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, de l'ensemble des épisodes de soins (intensifs et non intensifs) réalisés en C, D, L, C+D, CI, DI et HI.]⁷³

3° [...] ³²

b) pour les lits justifiés E, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

1° sur base de la valeur totale des prestations chirurgicales et médicales par lit E occupé, calculée conformément à la nomenclature susvisée et octroyée aux patients admis dans un service E pendant les deux derniers exercices connus à l'exception des prestations de biologie

clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations par lit occupé.

Les hôpitaux reçoivent des points supplémentaires par lit justifié selon leur appartenance à un décile, soit :

[Déciles	Nombre de points supplémentaires par lit
1	0
2	0,01
3	0,05
4	0,10
5	0,13
6	0,15
7	0,18
8	0,20
9	0,25
10	0,38] ⁵

Les points ainsi attribués sont retenus à concurrence de 70 %.

Les points représentant les 30 % restants sont totalisés pour le pays et répartis conformément à l'alinéa 2 ci-après.

2° [Les points représentant les 30 % restants dont question au point 1° ci-dessus sont répartis entre les hôpitaux selon les points NRG en fonction de la part de marché de l'hôpital, établie sur base de la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, de l'ensemble des épisodes de soins (intensifs et non intensifs) réalisés en E et EI.]⁷³

c) Pour les lits justifiés C, D et E, il est attribué un nombre de points supplémentaires calculé comme suit :

c.1) Premier calcul :

Sur base de la valeur totale des prestations de réanimation octroyées aux patients hospitalisés dans les services C, D, E et G dans les deux derniers exercices connus, calculée conformément à la nomenclature des prestations médicales, il est accordé un nombre de points supplémentaires par lit justifié dans les index C, D et E.

En vue de ce calcul, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations de réanimation par lit occupé dans les

services C, D et E. Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme suit :

[Déciles	Nombre de points par lit
1	0,08
2	0,08
3	0,08
4	0,08
5	0,10
6	0,13
7 moitié inférieure	0,15
7 moitié supérieure	0,17
8 moitié inférieure	0,20
8 moitié supérieure	0,21
9 moitié inférieure	0,24
9 moitié supérieure	0,28
10 moitié inférieure	0,33
10 moitié supérieure	0,41] ⁵

Les points ainsi attribués par lit justifié sont retenus à raison de 20 %.

[c.2) Deuxième calcul :

Les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du rapport établi entre la somme des points résiduels, tels que définis dans l'annexe 18, des épisodes de soins intensifs réalisés en C, D, E, C+D, L, HI, CI, DI, EI et le nombre de jours C, D et E (intensifs et non intensifs).

Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris au tableau figurant au premier calcul et retenu à raison de 40 %.]⁷³

c.3) Troisième calcul :

Sur base des scores calculés conformément à l'annexe 8 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du score. Le nombre de points supplémentaires par lit justifié est fixé comme repris au tableau figurant au premier calcul et retenu à raison de 40 %.

c.4) Quatrième calcul :

Les points par lit justifié résultant des premier, deuxième et troisième calculs sont additionnés. Le résultat est multiplié par le nombre de lits justifiés C, D et E, ce qui représente le nombre de points supplémentaires pour les lits à caractère intensif.

Le nombre de lits à caractère intensif est déterminé en divisant le résultat de la multiplication visée à l'alinéa premier par 4.

c.5) Le maintien du bénéfice des points supplémentaires visés au quatrième calcul est subordonné à la participation à un programme

d'évaluation des prestations de réanimation organisée par la Structure de concertation entre gestionnaires d'hôpitaux, médecins et organismes assureurs.

[d) ...]⁷³

3° **Totalisation du financement de base et du financement complémentaire**

Les nombres de point calculés selon les dispositions des points 1° et 2° sont additionnés pour chaque hôpital.

§ 3 Pour les coûts du quartier opératoire, du service d'urgences, de la stérilisation et ceux visés dans l'article 13, [2° jusqu'au 6°]⁴⁸, des points sont attribués. En vue de cet octroi, une distinction est faite entre quatre types d'activité :

- a) les coûts du personnel du quartier opératoire ;
- b) les coûts de personnel du service d'urgences ;
- c) les coûts des produits médicaux : les coûts visés à l'article 13, 2° à 6° y compris, en les subdivisant entre ceux relatifs au quartier opératoire, ceux relatifs au service d'urgences et ceux relatifs aux unités de soins ;
- d) les coûts pour le personnel de la stérilisation centrale.

Les points sont attribués de la manière suivante :

[1° pour chacune de ces activités pour tous les hôpitaux du pays, il est attribué un nombre de points correspondant à un pourcentage du nombre total de points pour tous les hôpitaux du pays attribués conformément au § 2.

Ce pourcentage est fixé comme suit :

[– personnel du quartier opératoire : 11,48 % ;]^{87*}

- personnel de service d'urgence : 6,32 % ;
- personnel de stérilisation centrale : 1,94 % ;
- coût des produits médicaux : 6,18 % pour le quartier opératoire, 0,53 % pour le service d'urgence et 7,91 % pour les unités de soins.]⁷⁶

2° Le nombre de points déterminés en application du point 1° est réparti entre les hôpitaux conformément aux règles suivantes :

a) **Pour le quartier opératoire :**

7,50 points sont attribués par salle d'opération. Le nombre de salles d'opérations est déterminé de la manière suivante :

a.1) **Premier calcul**

[Par intervention chirurgicale figurant en annexe 9 du présent arrêté, il est attribué un temps standard tel que repris dans la même annexe, à l'exception de/des intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

de l'intervention principale ou des prestations pouvant être remboursées à 50 % seulement, où un coefficient de 0,5 est appliqué sur les temps standards de l'annexe. [Les prestations mentionnées dans le « code service 002 » sont attribuées à l'hôpital qui a réalisé ces prestations sur base du code « lieu de prestation ».]⁴⁰

Ces temps standards sont augmentés :

- pour tenir compte des délais nécessaires pour le rangement de matériel et la préparation de la salle, de 33 % pour les interventions dont la durée est strictement inférieure à 210 minutes, de 25 % pour les interventions dont la durée est comprise entre 210 et 269 minutes et de 20 % pour les interventions dont la durée est supérieure ou égale à 270 minutes ;

[- ...]³⁷

- d'un coefficient égal au rapport entre le nombre total de journées d'hospitalisation du service de chirurgie et le nombre de journées d'hospitalisation facturés aux organismes assureurs pour le même service.

Les organismes assureurs dont question sont :

- l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes ;
- l'Union Nationale des Mutualités Socialistes ;
- l'Union Nationale des Mutualités Libérales ;
- l'Union Nationale des Mutualités Libres ;
- la Caisse Auxiliaire Maladie-Invalidité ;
- l'Union Nationale des Mutualités Neutres ;
- la Société Nationale des Chemins de fer Belge dès que les données y relatives seront intégrées dans les profils de l'A.M.I..

Sur cette base est calculé par hôpital un nombre de salles comme suit :

$$\frac{\text{nombre d'interventions} * \text{temps adapté}}{1\,520 * 3} = \text{nombre de salles}]^{28}$$

a.2) [Deuxième calcul] : salle d'opération disponible en permanence

En plus des points attribués conformément au point a.1), sont attribués 20 points par salle d'opération, dans les services de chirurgie, maintenue disponible en permanence.

Pour déterminer le nombre de salles d'opération maintenues disponibles en permanence, il est fait application des critères ci-après.

Pour tous les hôpitaux, une salle est octroyée si :

- l'hôpital est repris dans l'aide médicale urgente ;
- le nombre de salles déterminé en fonction du premier calcul est au moins de 5 ;

- l'hôpital dispose d'un programme de soins global « pathologie cardiaque » B agréé, composé des programmes partiels B1, B2 et B3, ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant le dernier exercice connu, au minimum 250 interventions chirurgicales [, pour des patients relevant d'un des organismes assureurs tels que visés au a.1) premier calcul,]⁵³ comprenant au minimum 150 interventions reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400.

Une salle supplémentaire est octroyée si, en outre :

- le nombre de salles déterminé suivant le premier calcul est au moins 8 ;
- l'hôpital dispose, selon qu'il n'ait pas été repris pour l'attribution de la première salle, d'un programme de soins global « pathologie cardiaque » B agréé, composé des programmes partiels B1, B2 et B3, ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant le dernier exercice connu, au minimum 250 interventions chirurgicales [, pour des patients relevant d'un des organismes assureurs tels que visés au a.1) premier calcul,]⁵³ comprenant au minimum 150 interventions reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400.]^{37*}

[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.]^{85†}

a.3) Totalisation des points

Les points attribués en fonction des premier et deuxième calculs sont additionnés. Le total des points pour le pays est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre total de points retenu pour les quartiers opératoires pour tout le pays étant entendu que le nombre de points minimum par hôpital est 15.

b) Pour le service des urgences :

[b.1) Calcul

Le nombre de points, visé au § 3, 1°, est réparti proportionnellement entre les hôpitaux sur base du nombre de points d'unités d'urgence déterminé selon les modalités de l'annexe 6 au présent arrêté.

A partir du 1^{er} juillet 2014, un nombre de points supplémentaires, correspondant à 20 % de la somme des budgets octroyés aux hôpitaux mentionnés dans l'annexe 16 du présent arrêté, à l'exclusion des hôpitaux généraux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou

* Entrée en vigueur : 01.01.2014.

† Entrée en vigueur : 01.07.2024.

l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et des hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1er et 2 du présent arrêté, est ajouté au budget disponible pour le personnel des urgences et est réparti entre les hôpitaux concernés sur base de leur nombre d'unités d'urgence, telles que calculées selon les modalités décrites dans l'annexe 6 du présent arrêté.

La répartition des points doit garantir l'attribution d'au moins 15 points aux hôpitaux agréés pour une fonction « soins urgents spécialisés » ou une fonction de soins intensifs. S'il y a dépassement du nombre total de points retenu pour le pays, un coefficient de réduction linéaire est appliqué aux points calculés supérieurs à 15 afin de rester dans le nombre total de points disponible pour le pays.

Dès que l'hôpital est agréé, soit pour la fonction de première prise en charge des urgences, soit pour la fonction « soins urgents spécialisés », le minimum d'une seule fois 15 points par hôpital, quel que soit le nombre de sites, lui est assuré pour une seule des deux fonctions.

Pour les hôpitaux agréés pour une fonction « soins urgents spécialisés » et qui répondent aux conditions suivantes :

- se situer à au moins 25 km d'un autre hôpital disposant d'une fonction agréée « soins urgents spécialisés » ou se situer dans une communauté où les seules fonctions agréées « soins urgents spécialisés » sont distantes de plus de 25 km,
- et disposer au maximum de 200 lits agréés,

le minimum de 15 points est porté à 30 points, étant entendu qu'après application de cette règle, le nombre de points attribué pour l'ensemble du pays ne peut dépasser le nombre total de points disponibles pour le pays. S'il y a dépassement du nombre total de points retenu pour le pays, un coefficient de réduction linéaire est appliqué aux points calculés supérieurs à 15 ou 30, selon le cas, afin de rester dans le nombre total de points disponible pour le pays.

b.2) Le maintien des points précités est subordonné à la collecte et la transmission de données relatives à l'activité du service d'urgences.]⁷⁶

c) **Pour les activités visées au point c) dans la phrase introductive, des points sont attribués :**

- pour le quartier opératoire : le nombre total de points retenu pour tout le pays pour les coûts des produits médicaux des quartiers opératoires est réparti entre les hôpitaux au prorata des points attribués conformément au a) ci-dessus ;
- pour le service d'urgences : le nombre total de points retenu pour tout le pays pour les coûts des produits médicaux relatifs aux services d'urgences est réparti entre les hôpitaux au prorata des points attribués conformément au b) ci-dessus ;

- pour les unités de soins, des points sont octroyés par lit justifié. Ce nombre de points est différent selon l'indice d'agrément du lit, soit :
 - pour les lits A : 0,18 point
 - pour les lits C : 1 point
 - pour les lits D : 1,03 points
 - pour les lits E : 1,19 points
 - pour les lits G : 0,63 point
 - pour les lits M : 1,91 points
 - pour les lits K : 0,04 point
 - pour les lits à caractère intensif : 11,33 points
 - pour les lits NIC : 8,11 points
 - pour les lits H : 0,09 point
 - [- pour les lits IB : 0,18 point]^{25*}

Un nombre de points supplémentaire est attribué [en fonction de la valeur normalisée par lit occupé]⁵ des prestations médicales, calculé conformément à la nomenclature précitée, à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires. [La valeur normalisée par lit occupé des prestations médicales est déterminée conformément aux dispositions de l'annexe 14 du présent arrêté.]⁵

Pour l'application de l'alinéa précédent, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations.

Par décile, les points attribués ci-dessus sont multipliés par un facteur différent selon le décile.

[Ce facteur est :

- pour les hôpitaux qui appartiennent au 1^{er} décile : 0,8
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 2^{ème} décile : 1,1
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 3^{ème} décile : 1,4
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 4^{ème} décile : 1,7
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 5^{ème} décile : 2,0
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 6^{ème} décile : 2,3
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 7^{ème} décile : 2,6
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 8^{ème} décile : 2,9
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 9^{ème} décile : 3,2
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 10^{ème} décile : 3,5]⁵

[Pour déterminer la valeur par lit occupé, il n'est pas tenu compte des prestations médicales et des journées d'hospitalisation dans les lits agréés A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB. Pour les hôpitaux dont le nombre de lits justifiés sous l'index G est supérieur à la moyenne nationale exprimée en lits justifiés, hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB, les journées d'hospitalisation sont

* Entrée en vigueur : 20.03.2008.

diminuées d'un nombre de journées correspondant aux journées d'hospitalisation G multiplié par le pourcentage suivant :

$$\frac{\text{Nbre de lits Ghi} - \text{Nbre de lits G moyen national}}{\text{Nbre de lits Ghi}} * 100$$

où :

- nombre de lits Ghi = Nombre de lits justifiés G de l'hôpital considéré ;
- nombre de lits G moyen national = le nombre total de lits justifiés de l'hôpital considéré, hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB, multiplié par le pourcentage moyen de lits justifiés G constaté au niveau national par rapport au nombre total de lits justifiés hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB.

[Par journées d'hospitalisation G, on entend : les journées MZG à l'exception de celles relatives aux séjours en A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn et IB * (jours G réalisés de Finhosta nombre total de jours réalisés de Finhosta à l'exception de ceux réalisés en A, Ad, An, T, Td, Tn, K, Kd, Kn et IB). Les jours réalisés extraits de Finhosta et des MZG se rapportent à l'année de référence servant à déterminer les valeurs nationales normalisées par lit occupé pour les prestations médicales par APR-DRG, telles que décrites à l'annexe 14.]^{87*,†]}⁶⁵

Le nombre de points ainsi obtenu est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre de points retenu pour tout le pays pour les coûts des produits médicaux dans les unités de soins.

- d) Pour les activités visées sous le point d) dans la phrase introductive, des points sont octroyés qui sont calculés en appliquant un pourcentage de 10,22 % aux points attribués selon le point c) ci-dessus.

Le nombre de points ainsi attribué est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre de points, retenu pour tout le pays pour le personnel de la stérilisation centrale.

[§ 4 Le total des points attribués pour le personnel à chaque hôpital en application des §§ 2 et 3 est adapté de la manière suivante :

- a) le nombre de points est modifié pour tenir compte de la charge moyenne salariale de chaque hôpital par rapport à la charge salariale moyenne nationale.

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

† Note de la rédaction : l'article semble avoir été traduit erronément en français et la formule est incomplète. Sur la base de la précédente version de l'article, en voici une version corrigée : « Par journées d'hospitalisation G, on entend : les journées **RHM** à l'exception de celles relatives aux séjours en A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB * (**journées** réalisées G de Finhosta / nombre total de **journées** réalisées de Finhosta à l'exception de celles réalisées en A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB). Les **journées** réalisées extraites de Finhosta et **du RHM** se rapportent à l'année de référence servant à déterminer les valeurs nationales normalisées par lit occupé pour les prestations médicales par APR-DRG, telles que décrites à l'annexe 14. »

Dans ce cas, la formule suivante est appliquée :

$$\frac{\text{Nombre points relatif au personnel} \times \text{charge moyenne salariale de l'hôpital}}{\text{Charge moyenne salariale nationale}}$$

b) le calcul de la moyenne salariale de l'hôpital et de la moyenne salariale nationale est établi sur base de barèmes théoriques tenant compte des éléments suivants :

b.1) les barèmes des pouvoirs publics subordonnés du 1^{er} novembre 1993, augmentés de 3,5 % pour le secteur privé et de 4,93 % pour le secteur public, correspondant à chaque grade ou fonction.

Les fonctions retenues sont les suivantes :

- Chef du département infirmier
- Infirmier-chef de service (cadre intermédiaire)
- Infirmier en chef 1.78s
- Infirmier en chef 1.77
- Infirmier en chef 1.61
- Infirmier gradué/bachelier 1.77
- Infirmier gradué/bachelier 1.61
- Infirmier gradué/bachelier 1.55
- Infirmier breveté 1.55
- Infirmier breveté 1.43
- Assistant en soins hospitaliers 1.57
- Assistant en soins hospitaliers 1.40
- Paramédical 1.80
- Paramédical A1
- Paramédical A2
- Psychologue service A, K, T et/ou IB
- Educateur A, K, T et/ou IB
- Aide-soignant 1.35
- Aide-soignant 1.26
- Aide-soignant 1.22
- Personnel 54bis

[b.2) le nombre de personnes ETP par fonction.

Pour les fonctions bénéficiant d'une échelle barémique en carrière plane, le nombre total d'équivalents temps plein de la fonction doit être scindé pour tenir compte des sauts d'échelle prévus par le barème.

Le nombre d'ETP, pris en compte pour le calcul de la correction moyenne salariale est obtenu en divisant la somme des points de base, des points supplémentaires, des points attribués pour les places d'hospitalisation chirurgicale de jour, le personnel du bloc opératoire, le personnel du service des urgences et le personnel de la stérilisation, par 2,5 points, à quoi il faut ajouter un nombre d'ETP correspondant aux financements complémentaires accordés en sous-partie B4, à l'article 74, et en sous-partie B7, à l'article 77, pour financer le coût de la différence de

normes de personnel infirmier et soignant applicables aux lits universitaires et aux lits non universitaires.

A partir du 1^{er} juillet 2014, dans le cas où le nombre de lits justifiés, calculé pour l'exercice de financement considéré, est inférieur au nombre de lits agréés tel que connu au moment du calcul, le nombre d'ETP correspondant aux points de base pris en considération pour le calcul de la correction moyenne salariale est calculé en tenant compte du nombre de lits justifiés et de la moitié de la différence, calculée par indice de lits, entre le nombre de lits agréés tel que connu au moment du calcul et le nombre de lits justifiés ;]⁴⁰

- b.3) l'ancienneté pécuniaire moyenne pour chaque fonction. La scission visée au point précédent est également d'application.

Pour calculer l'ancienneté pécuniaire moyenne, il y a lieu de tenir compte des principes suivants :

- le cas échéant, l'ancienneté pécuniaire du membre du personnel doit être limitée au maximum d'ancienneté prévue dans l'échelle barémique ;
- l'ancienneté pécuniaire est calculée sur base des anciennetés constatées le 31 décembre du dernier exercice connu en tenant compte également du personnel sorti pendant l'année considérée ;
- la formule de calcul est la suivante :

$$(\Sigma \text{ Ancienneté pécuniaire} \times \text{ETP}) / \Sigma \text{ ETP}$$

[Est d'abord pris en considération le personnel dont le coût moyen salarial est le plus élevé ;]⁴⁰

- b.4) les charges sociales en prenant en considération le statut pécuniaire effectif du personnel ;

- b.5) la rémunération des prestations irrégulières calculée sur base d'un pourcentage moyen distinct par hôpital, de la rémunération brute. Ce pourcentage est établi comme suit :

- calculer un nombre total d'ETP financés par la sous-partie B2, soit le nombre de points attribués pour le personnel divisé par 2,5 ;
- [- calculer un nombre d'ETP pour les lits à caractère intensif en multipliant par 2 le nombre de lits à caractère intensif fixé sur base du modèle NRGnew tel que défini dans l'annexe 18. Ce montant d'ETP ne peut jamais être inférieur à 12 ;]⁷³
- calculer un nombre d'ETP pour le service des urgences en divisant par 2,5 le nombre de points personnel attribué pour ce service. Ce nombre d'ETP ne peut jamais être inférieur à 6 ;
- sur base du coût réel de la rémunération des prestations extraordinaires constaté pour le dernier exercice connu, calculer le pourcentage réel, au niveau national, du coût de la rémunération des prestations extraordinaires par rapport au montant brut de la rémunération, et cela

distinctement pour les soins intensifs, le service des urgences et les autres services hospitaliers ;

- en appliquant à chacun de ces pourcentages une pondération fixée sur base du poids relatif du personnel de chacun des trois secteurs ainsi déterminés, sur l'ensemble du personnel financé par la sous-partie B2, on obtient un pourcentage moyen du montant brut de la rémunération représentant le coût de la rémunération des prestations extraordinaires dans l'hôpital concerné ;
- le pourcentage moyen ainsi calculé est appliqué pour calculer les rémunérations du personnel qualifié hors Direction du département infirmier et cadre intermédiaire.

Pour le personnel 54bis et aide-soignant, le pourcentage est fixé à 10 % du pourcentage retenu pour le personnel qualifié. Pour le personnel 54bis et aide-soignant des soins intensifs et du service des urgences, ce pourcentage est égal à zéro.³⁷

[Au 1^{er} juillet 2021, le nombre de points, issu du calcul effectué au 1^{er} juillet 2020 selon les dispositions du présent paragraphe, est utilisé à hauteur de deux tiers de sa valeur.

Au 1^{er} juillet 2022, le nombre de points, issu du calcul effectué au 1^{er} juillet 2020 selon les dispositions du présent paragraphe, est utilisé à hauteur d'un tiers de sa valeur.

Au 1^{er} juillet 2023, le nombre de points, issu du calcul effectué au 1^{er} juillet 2020 selon les dispositions du présent paragraphe, n'est plus utilisé.]^{78*}

Article 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.]^{85†}

[Article 46ter

[...]^{87‡}]^{81§}

Sous-section 6 - [Sous-partie B2 des services G isolés et des services Sp]³²

Article 47

§ 1 [Pour les services G isolés et les services Sp]³³ hormis les services Sp-soins palliatifs, le budget de la Sous-partie B2 est fixé à sa valeur au 30 juin qui précède l'exercice de fixation du budget B2. Toutefois, pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002, le budget est calculé comme suit :

1° si $JR > Q$

* Entrée en vigueur : 01.07.2021.

† Entrée en vigueur : 01.07.2024.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2025.

§ Entrée en vigueur : 01.01.2023.

$$(B2 * Q) + [(JR - Q) * 0,25 * B2]$$

2° si $JR \leq Q$

$$B2 * JR$$

où

JR = journées réalisées durant l'exercice 2000

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 fixé en application de l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

B2 = valeur par jour de la Sous-partie B2 au 30 juin 2002 hors application des moyens visés à l'article 15, 26°

[Hormis les services Sp-soins palliatifs, la Sous-partie B2 des services Sp isolés, combinés ou non à des services G, provenant de la reconversion de lits S ou V et comptant au moins 40 lits agréés à l'exclusion des lits des services Sp-maladies chroniques, est augmentée à partir du 1^{er} juillet 2003 d'un montant de 1.492 € (valeur 1^{er} juillet 2003) par lit agréé.]⁵

[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.]^{85*}

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

$$M = A - B$$

Si $B \geq A$ alors $M = 0$

où :

B = budget B2 visé au § 1 au 30 juin 2005

A = ETP * 47.774,09 € (index 01/07/2005) * 1,05 où ETP représente les normes de personnel infirmier, soignant et paramédical suivantes :

- services Sp affections cardio-pulmonaires, neurologiques, locomotrices et chroniques : 17 ETP par 30 lits ;
- services Sp affections psycho-gériatriques situés en dehors d'un hôpital psychiatrique : 17,16 ETP par 30 lits ;
- services G isolés : 13,33 ETP par 24 lits ;
- un(e) directeur(trice) des soins infirmiers pour les services Sp isolés et les services G isolés ;
- un cadre intermédiaire par 150 lits.

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

M est octroyé à raison d'1/3 au 1^{er} juillet 2005, de 2/3 au 1^{er} juillet 2006 et de 3/3 au 1^{er} janvier 2007.]³³

§ [3]³³ Le budget de la Sous-partie B2 des services agréés Sp-soins palliatifs est fixé au 1^{er} juillet 2002 (index 1^{er} janvier 2002) à 75.832,74 € par lit.

[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.]^{85*}

[Sous-section 6bis – Dispositions communes à la Sous-partie B2 des hôpitaux généraux

[Article 47bis

...]⁵¹

[Article 47ter

§ 1 a) Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2014, il est alloué à chaque hôpital repris dans l'annexe 16 du présent arrêté, le montant mentionné en regard de sa dénomination pour couvrir les coûts découlant des situations suivantes en hospitalisation de jour :

- pour tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier ;
- pour toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/produits sanguins labiles par une perfusion intraveineuse.

L'administration des solutions de sels ou de sucres comme pratiqué pour la perfusion de garde thérapeutique et le rinçage d'un port-cathéter ne tombe pas sous cette définition.

b) [A partir du 1^{er} juillet 2014, 80 % des montants, repris dans l'annexe 16, § 2, octroyés aux hôpitaux non visés à l'article 7, 2^o, g), 1. et 100 % des montants repris dans l'annexe 16, § 2, octroyés aux hôpitaux non concernés, au 1^{er} juillet 2014, par les dispositions des articles 45 et 46 du présent arrêté, sont maintenus.]⁴⁵

c) Les coûts découlant des situations décrites en a), liés à des patients ne relevant pas d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, seront, en ce qui concerne l'année 2013, transmis par l'hôpital au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et seront octroyés aux hôpitaux concernés dans le cadre de l'indemnisation résultant de la révision du budget des moyens financiers relative [à l'année 2014 et suivantes.]⁴⁵

§ 2 [A partir d'une date à définir par le Roi]⁴⁵, les budgets visés au § 1, b) et c), sont répartis entre les hôpitaux, non visés à l'article 7, 2^o, g), 1., selon des modalités à définir par le Roi, pour cibler en priorité les activités d'oncologie, d'hématologie et de rhumatologie.]⁴⁰

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

Sous-section 7 – Sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques

Article 48

- [§ 1 Le budget de la Sous-partie B2 des hôpitaux psychiatriques est fixé à sa valeur au 30 juin précédant l'exercice de fixation du budget étant entendu que les normes reprises ci-dessous doivent être respectées.

Services	Normes/lits	Occupations
A (j+n)	16/30	entre 80 et 100 %
A (j)	10/30	entre 80 et 100 %
A (n)	11/30	entre 80 et 100 %
T (j+n)	20/60	entre 80 et 100 %
T (j)	11,25/60	entre 80 et 100 %
T (n)	12,37/60	entre 80 et 100 %
T (Vp)	12/30	entre 80 et 100 %
K (j+n)	26/20	entre 70 et 100 %
K (j)	13/20	entre 70 et 100 %
K (n)	13/20	entre 70 et 100 %
Sp affections psychogériatriques	17,16/30	entre 80 et 100 %
Direction Nursing	1	par hôpital pour les hôpitaux de 150 lits et moins
Cadre intermédiaire	1	par 150 lits pour les hôpitaux de plus de 150 lits
IB adultes : Service de traitement intensif des patients psychiatriques	15	par unité de 8 lits

Toutefois, pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002, le budget B2 est fixé de la manière suivante :

$B2 * Q$

où :

Q = quota de journées d'hospitalisation 2002 fixé en application de l'article 54 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

$B2$ = valeur par jour de la Sous-partie B2 au 30 juin 2002 hors le financement du personnel visé à l'article 15, 26°

- § 2 Au 1^{er} juillet 2005, le budget de la Sous-partie B2 est augmenté d'un montant M calculé comme suit :

$M = A * B * C$

où :

A représente la différence de pourcentage de qualification du personnel infirmier, soignant et paramédical en comparant la norme de qualification moyenne de l'hôpital et la situation réelle de l'année 1997.

Pour calculer la norme de qualification moyenne, il est fait application de la formule suivante :

$$\sum = \frac{Ns * lits_s}{lits_h}$$

où :

Ns = norme de qualification du service considéré, à savoir :

A :	81,25 %
Aj :	100 %
An :	81,82 %
T :	81,25 %
Tj :	100 %
Tn :	81,82 %
T Vp :	81,25 %
K :	80,95 %
Kj :	100 %
Kn :	80 %
Sp psychogériatriques :	65,03 %

Lits_s = nombre de lits agréés du service considéré au 01/01/2005

Lits_h = total du nombre de lits agréés de l'hôpital au 01/01/2005

B = normes de personnel établies conformément au §1 pour les lits agréés au 01/01/2005

C = 4.500 € (index 01/07/2005) représentant la différence moyenne de coût entre le personnel qualifié et le non qualifié

L'ensemble des montants M pour le pays ne peut pas dépasser 1.000.000 euros (index 01/07/2005). Le cas échéant, un coefficient de réduction linéaire est appliqué.]³²

[§ 3. A partir du 1^{er} janvier 2024, le budget de la sous-partie B2 est diminué d'un montant de 231.619,17 € (index 1^{er} janvier 2024). Cette diminution est répartie entre les hôpitaux psychiatriques en fonction de leur part dans ce budget.]^{85*}

Sous-section 7bis – Dispositions communes à la Sous-partie B2 des hôpitaux généraux et psychiatriques

[Article 48bis

[A partir du 1^{er} janvier 2010, un budget de 44.700.000 € est réparti entre les hôpitaux en vue d'étendre la valorisation des prestations inconfortables du personnel présent « au chevet du malade » travaillant dans les services visés aux points a), b) et e) de l'article 8 selon les modalités d'octroi prévues dans l'arrêté du 22 juin 2010 relatif à l'exécution du plan d'attractivité de la profession infirmière concernant les primes des titres et qualifications professionnels particuliers et des prestations inconfortables.

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

Par personnel « au chevet du malade », on entend l'infirmier, l'aide-soignant et la personne qui exerce la fonction d'éducateur dans les services psychiatriques.

Le budget est réparti, en provision, au prorata du total de la Sous-partie B2 des hôpitaux au 30 juin 2009.

Le budget octroyé à chaque hôpital sera revu, dans les limites du budget national, lors de la révision de l'année 2010, sur base du nombre réel d'ETP au chevet des patients répondant aux conditions définies dans l'arrêté royal du 22 juin 2010 susmentionné.

Pour conserver le budget précité, les gestionnaires hospitaliers doivent faire parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de ces avantages au personnel précité à compter du 1^{er} janvier 2010. Cette attestation doit être envoyée pour le 15 octobre 2010 et doit être contresignée par le conseil d'entreprise pour le secteur privé, par le comité de concertation local pour le secteur public ou, à défaut, par la délégation syndicale.]²⁷ *]²⁵

[...]^{85†}

[Article 48ter

A partir du 1^{er} janvier 2016, la diminution budgétaire de 18.727.024 € (valeur au 1^{er} janvier 2016) est répartie entre tous les hôpitaux au prorata du nombre de leurs lits agréés tel que connu le 15 décembre 2015.]⁴⁶

Sous-section 8 – Sous-partie B3 du budget

Article 49

La Sous-partie B3 est fixée de la manière suivante :

- 1° Pour le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré installé dans un service d'imagerie agréé conformément à l'arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, modifiée par l'arrêté royal du 26 février 1991, un montant de 220.641,46 € pour les hôpitaux privés et 220.218,95 € pour les hôpitaux publics (index 1^{er} janvier 2002) est alloué.

[...]²⁷

- [2° Pour un service de radiothérapie, agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 précité à l'article 31, § 3, 2°, il est accordé un montant calculé comme suit :

- a) pour chaque service de radiothérapie agréé, il est accordé un nombre de points, calculé comme suit :

$$\Sigma \text{ nbre de prestations} * \text{ nbre de points par prestation}$$

* Entrée en vigueur : 01.01.2010.

† Entrée en vigueur : 01.07.2024.

Les prestations et le nombre de points par prestation sont les suivants :

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

- b)
- pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est inférieur à 1.125, un montant de 226.688 € (index 01/07/2005) est alloué ;
 - pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 1.124 et inférieur à 1.875, un montant de 294.694 € (index 01/07/2005) est alloué ;
 - pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 1.874 et inférieur à 2.625, un montant de 383.102 € (index 01/07/2005) est alloué ;
 - pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 2.624 et inférieur à 3.375, un montant de 498.713 € (index 01/07/2005) est alloué ;
 - pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 3.374 et inférieur à 4.125, un montant de 648.327 € (index 01/07/2005) est alloué ;
 - pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 4.124 et inférieur à 4.875, un montant de 841.012 € (index 01/07/2005) est alloué ;
 - pour les services pour lesquels le nombre de points calculé est supérieur à 4.874, un montant de 1.094.903 € (index 01/07/2005) est alloué.

[« Les montants susmentionnés sont majorés de 239,20 € (valeur au 1^{er} juillet 2021) par point.

A partir du 1^{er} juillet 2021, un financement supplémentaire de 187.187,47 € (valeur au 1^{er} juillet 2021) est octroyé par tranche entamée de 750 points au-delà de 5.624 points.

Le montant octroyé au 1^{er} juillet de chaque exercice revêt un caractère provisoire. L'exercice terminé, il est revu en fonction des données de l'exercice considéré.]]^{78†]}³²

- 3° Pour le tomographe à émission de positrons (PET-scanner) installé dans un service de médecine nucléaire agréé conformément à l'arrêté royal du 12 août 2000, un montant de [90.000 € (valeur 1^{er} janvier 2016)]⁴⁶ est alloué.

[Par dérogation à l'alinéa précédent, il est attribué 50 % du montant mentionné dans l'alinéa précédent pour [...] ⁷³ [...] ⁷⁶ un second tomographe à émission de positrons (PET-

* Entrée en vigueur : 01.01.2022.

† Entrée en vigueur : 01.07.2021.

scanner) dans un hôpital universitaire repris dans l'arrêté royal du 10 août 2005 désignant des hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire.]]⁵³

Sous-section 9 – Sous-partie B4 du budget

Article 50

- § 1 Afin de garantir et/ou d'augmenter l'emploi dans l'hôpital, il peut être ajouté au budget des moyens financiers un montant, correspondant à 7,5 % des moyens financiers libérés en fonction des règles sous mentionnées, pour les hôpitaux qui établissent un plan de restructuration qui a pour but de désaffecter un nombre de lits, en application des articles 4, 5 et 6, sauf en ce qui concerne la désaffectation des lits C, D, G et E en lits Sp, de l'arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles, visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers, l'article 4 de l'arrêté royal du 16 juin 1999 fixant le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service ainsi que les règles relatives à la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux comme visé à l'article 35 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et de l'article 3 de l'arrêté royal du 16 juin 1999 précisant la réduction équivalente d'un certain nombre de lits comme visé à l'article 5, § 4, alinéa 1, de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins.
- § 2 Dans les limites d'un budget [de 3.945.969 € (index 01/01/2005)]³² provenant entre autres des 2,5 % des moyens financiers libérés suite à la désaffectation de lits telle que précisée au § 1 et déterminée par Nous, la Sous-partie B4 est augmentée, selon les règles et des modalités encore à préciser par Nous, d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux psychiatriques qui prennent part à la réalisation de projets visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Ces projets doivent faire l'objet d'une convention écrite avec le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.

Article 51

- § 1 La Sous-partie B4 du budget des hôpitaux généraux comprend le cas échéant le montant du recyclage attribué au 30 juin 2002.
- § 2 Pour les hôpitaux aigus qui, dans le cadre d'une restructuration, d'une fusion, d'une association, d'un groupement ou d'une collaboration avec un ou plusieurs hôpitaux, ferment volontairement des lits à partir du 1^{er} juillet 2002 jusqu'au 30 juin 2004, qui entraîne une diminution de leur budget en application de l'article 88, § 1, la Sous-partie B4 est augmentée, pour autant que la fermeture concerne au moins 30 lits, d'un montant égal à 20 % du budget des Sous-parties B1 et B2 libéré par cette fermeture en vue de maintenir l'emploi dans l'hôpital. L'octroi de ce montant est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'établissement et le Ministre qui a le budget des moyens financiers dans ses attributions.

[Article 51bis]

Au 1^{er} janvier 2017, les montants attribués conformément à l'article 50, § 1 et à l'article 51, § 1, tels que fixés à leur valeur au 31 décembre 2016, sont diminués de 10 % par hôpital.]⁵¹

Article 52

[A partir du 1^{er} juillet 2011, pour financer les coûts de fonctionnement des associations comme plate-forme de concertation, agréées visées dans l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, un budget de 2.139.383,70 € (index 01/01/2011) est réparti entre les associations selon les modalités définies ci-dessous.

1° Le financement est calculé en 2 opérations :

- a) 1^{ère} opération : il est octroyé une indemnité de base à certaines associations, comme suit :
 - 20.000 € (index 01/07/2011) aux associations desservant jusqu'à 300.000 habitants ;
 - 10.000 € (index 01/07/2011) aux associations desservant de 300.001 à 500.000 habitants ;
 - 4.000 € (index 01/07/2011) aux associations desservant de 500.001 à 899.999 habitants ;
 - aucune indemnité de base pour les associations desservant 900.000 habitants et plus.
- b) 2^{ème} opération : le solde du budget est réparti au prorata du nombre d'habitants desservis par chaque association.

Chaque année, le financement est adapté en fonction du nombre d'habitants desservi par l'association, sur base des derniers chiffres de population connus.

2° Le montant du financement calculé en vertu des points a) et b) est attribué à un des hôpitaux agréés faisant partie de l'association.

Ce financement est transmis à l'association. Une convention écrite, passée entre l'association et l'hôpital concerné, règle les modalités de la transmission du financement.

3° Pour entrer en ligne de compte pour le financement, le pouvoir organisateur de l'association doit transmettre au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions :

- une copie de l'arrêté d'agrément et de prorogation d'agrément. Le pouvoir organisateur en est dispensé si l'autorité ayant octroyé l'agrément transmet elle-même cette décision au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions ;
- une copie de la convention et de ses avenants, visée à l'article 9 de l'arrêté du 10 juillet 1990 précité.

4° Pour conserver le bénéfice du financement prévu à l'alinéa premier, les associations doivent communiquer chaque année, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, DG1, Service Soins de santé psychosociaux, un rapport relatif à leurs activités pendant l'exercice écoulé.]²⁸

Législation applicable en Communauté flamande *[Article 52]...]⁵Législation applicable en Région wallonne †[Article 52]...]²Article 53

Afin de répondre aux obligations légales concernant le médecin-chef, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers est augmentée d'un montant forfaitaire égal à 191,83 € pour les hôpitaux privés et 190,71 € pour les hôpitaux publics, valeur fixée au 1^{er} janvier 2002, par lit agréé et existant au 1^{er} janvier qui précède l'exercice de fixation du budget. Le financement ainsi octroyé doit obligatoirement être imputé en déduction des coûts relatifs à l'exercice de la fonction de médecin-chef.

Article 54

Afin de satisfaire à l'obligation de désignation d'un réviseur d'entreprise prévue à l'article 80 de la loi sur les hôpitaux, la Sous-partie B4 du budget est augmentée de manière forfaitaire :

- 1° pour tous les hôpitaux agréés sous l'index Sp et pour tous les hôpitaux psychiatriques : de 20,89 €, valeur fixée au 1^{er} janvier 2002, pour le secteur privé et de 20,47 € pour le secteur public par lit agréé et existant au 1^{er} janvier qui précède l'exercice de fixation du budget ;
- 2° pour tous les autres hôpitaux et services : 40,74 €, valeur fixée au 1^{er} janvier 2002, pour le secteur privé et de 40,57 € pour le secteur public par lit agréé et existant au 1^{er} janvier qui précède l'exercice de fixation du budget.

[Article 55]

[§ 1 Pour le financement de l'enregistrement des données visées dans l'arrêté royal du 14 décembre 1987 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire de l'hôpital de la situation financière, des résultats d'exploitation, du rapport du réviseur d'entreprise et de tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement, dans l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et dans l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précisant les règles selon lesquelles certaines données d'urgence doivent être communiquées au ministre compétent en matière de Santé publique, une partie fixe et une partie variable sont octroyées.

* Art. 1 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 07.07.2017 abrogeant l'article 52 de l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux – Entrée en vigueur : 01.01.2017.

† Art. 284 de l'arrêté du **Gouvernement wallon** du 25.04.2024 modifiant le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé concernant la santé mentale et ses services actifs en Wallonie – Entrée en vigueur : 01.01.2024.

§ 2 La partie fixe est composée des deux éléments suivants :

- 1° le montant de base le plus élevé, entre l'allocation au secteur privé ou au secteur public, alloué précédemment en vertu de l'article 55 tel qu'il existait avant la modification apportée par l'arrêté royal du 8 janvier 2015 et de l'article 61 tel qu'il existait avant son abrogation par l'arrêté royal du 8 janvier 2015 ;
- [2° pour tous les hôpitaux ayant reçu auparavant ce financement par le biais d'un contrat de projet-pilote, le montant de 12.734,50 € (index au 1^{er} juillet 2019) pour participer au système HUBs-Metahub portant sur le dossier santé électronique partagé. Le maintien du financement est soumis à l'échange continu d'informations informatisées de santé entre les prestataires de soins de chaque hôpital et le système HUBs-Metahub. La connexion active susmentionnée est objectivée par les statistiques de chaque hub.

Une connexion active se caractérise par les éléments suivants :

- a) mise à disposition de la lettre de sortie et de la lettre de renvoi vers un autre prestataire de soins, et communication électronique de cette mise à disposition aux médecins référents, au moyen du système HUBs-Metahub, en cas de renvoi ou de sortie du patient;
- b) consultation, via les hubs et les `coffres-forts', tels que définis par la plateforme eHealth, des dossiers santé d'autres établissements, du Summarized Electronic Health Records (SumEHR) et de la liste de médicaments par les prestataires de soins de l'établissement;
- c) mise à disposition d'autres données de santé électroniques des patients à d'autres prestataires de soins via le système HUBs-Metahub. Les informations doivent être échangées dans un format qui en permet l'utilisation;
- d) accessibilité des documents selon la matrice d'accès définie par la plateforme eHealth;
- e) accessibilité du patient à la liste des mises à disposition d'informations le concernant via le système HUBs-Metahub;
- f) possibilité de recevoir des rapports/statistiques de façon automatisée depuis le hub en ce qui concerne le nombre de publications et de consultations; ces rapports devront être mis à la disposition aussi bien de l'hôpital que du SPF Santé publique.]^{49]}^{72]}

§ 3 La partie variable est constituée d'un montant par lit agréé, tel que connu au moment du calcul, fixé comme suit :

- 1° pour les hôpitaux non psychiatriques, un montant supplémentaire de 325,31 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) par lit agréé, à l'exception des lits agréés sous les index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques et de 101,84 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) par lit agréé sous les index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques ;

2° pour les hôpitaux psychiatriques, un montant supplémentaire de 78,77 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) par lit agréé sous les index A, T, K, IB, Aj, An, Kj, Kn, Tj, Tn et Sp psychogériatriques.][⁴⁰

[§ 4 Pour financer l'obligation d'enregistrement des données définies dans l'arrêté royal du 25 avril 2014 modifiant les règles selon lesquelles les hôpitaux doivent communiquer les données relatives au « Treatment Demand Indicator » au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, la sous-partie B4 des hôpitaux est augmentée, à partir du 1^{er} juillet 2021 jusqu'au 30 juin 2025, d'un montant X forfaitaire calculé annuellement comme suit :

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

où :

A = budget disponible de 389.675,60 € (valeur au 1^{er} juillet 2021) ;

B = nombre d'enregistrements TDI de chaque hôpital de la pénultième année avant celle du financement fourni par Sciensano ;

C = nombre d'enregistrements TDI de tous les hôpitaux relatif à l'année n-2.

A partir du 1^{er} juillet 2025, le calcul du financement est effectué tous les deux ans.

Si les données du Treatment Demand Indicator ne sont pas communiquées au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, conformément aux modalités fixées dans l'arrêté royal du 25 avril 2014 susmentionné, le forfait octroyé l'année précédant celle de l'enregistrement est récupéré.][^{78*}

Législation applicable en Communauté flamande [†]

[Article 55/1

§ 1 *Pour le financement de l'enregistrement par les services gériatriques isolés, visés à l'article 5, § 1, l, 3°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, et les services isolés de traitement et de réadaptation, visés à l'article 5, § 1, l, 4°, de la loi spéciale précitée, des données visées à l'arrêté royal du 14 décembre 1987 fixant les modalités et le délai de communication par le gestionnaire de l'hôpital de la situation financière, des résultats d'exploitation, du rapport du réviseur d'entreprise et de tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement et à l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, une partie fixe et une partie variable sont accordées.*

§ 2 *La partie fixe, visée au § 1, se compose du montant de base le plus élevé, entre l'allocation au secteur privé ou au secteur public, alloué précédemment en vertu des articles 55 et 61.*

* Entrée en vigueur : 01.07.2021.

† Art. 3 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 15.09.2017 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux – Entrée en vigueur : 01.07.2016.

§ 3 *La partie variable, visée au § 1, se compose d'un montant par lit agréé, tel que connu au moment du calcul, qui est fixé comme suit :*

- 1° *un montant supplémentaire de 325,31 € par lit agréé, à l'exception des lits agréés sous l'indice affections psychogériatriques Sp ;*
- 2° *un montant supplémentaire de 101,84 € par lit agréé sous l'indice affections psychogériatriques Sp.⁷*

Article 56

[§ 1 Afin de répondre aux obligations légales concernant l'infirmier(e) hygiéniste hospitalier(e) et le médecin hygiéniste hospitalier, visées à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, la sous-partie B4 du budget des hôpitaux généraux, hors les hôpitaux et services isolés Sp de moins de 150 lits agréés, hors les hôpitaux et services isolés G de moins de 150 lits agréés et hors les hôpitaux et services Sp soins palliatifs et du budget des hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et qui disposent d'au moins 150 lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp, est augmentée, à partir du 1^{er} juillet 2007, pour les deux fonctions de 53.105 € (index 1^{er} juillet 2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 € (index 1^{er} juillet 2007) par médecin en hygiène hospitalière équivalent temps plein.

Le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière : $Li * C / 1.000$
- pour le médecin en hygiène hospitalière : $Li * C / 2.400$

étant entendu que chaque hôpital concerné doit disposer du financement d'au minimum un ETP infirmier(e) hygiéniste et 0,5 ETP médecin hygiéniste,

où :

Li = nombre de lits justifiés déterminés conformément à l'annexe 3 du présent arrêté pour le service concerné au 1^{er} juillet de l'exercice. 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 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]⁵⁸

C = coefficient par service

Ce coefficient par service est fixé comme suit :

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

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 % du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées.

§ 1bis A partir du 1^{er} janvier 2010, afin de répondre aux obligations légales concernant l'infirmier(e) hygiéniste hospitalier(e) et le médecin hygiéniste hospitalier, visées à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, la sous-partie B4 du budget des hôpitaux et services Sp isolés de moins de 150 lits agréés, des hôpitaux et services G isolés de moins de 150 lits agréés et du budget des hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et qui disposent de moins de 150 lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp, est augmentée sur base d'un montant de 53.105 € (index 1^{er} juillet 2007) par ETP infirmier(e) en hygiène hospitalière et de 81.709,74 € (index 1^{er} juillet 2007) par ETP médecin en hygiène hospitalière, selon les modalités suivantes :

- 1) pour les hôpitaux et services Sp isolés de moins de 100 lits agréés, les hôpitaux et services G isolés de moins de 100 lits agréés et les hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et qui disposent de moins de 100 lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp, le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière : $Li * C / 1.000$
- pour le médecin en hygiène hospitalière : $Li * C / 2.400$

étant entendu que chaque hôpital concerné doit disposer du financement d'au minimum 0,25 ETP infirmier(e) hygiéniste et 0,1 ETP médecin hygiéniste,

Où :

[Li = nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée]⁵⁸

C = coefficient par service

Sp	0,2
G	1

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 % du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées.

- 2) pour les hôpitaux et services Sp isolés qui ont entre 100 et 149 lits agréés, les hôpitaux et services G isolés qui ont entre 100 et 149 lits agréés et les hôpitaux qui disposent de lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp en combinaison avec des lits agréés sous les index A, T ou K et qui disposent entre 100 et 149 lits agréés sous l'index G et/ou l'index Sp, le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière : $Li * C / 1.000$
- pour le médecin en hygiène hospitalière : $Li * C / 2.400$

étant entendu que chaque hôpital concerné doit disposer du financement d'au minimum 0,50 ETP infirmier(e) hygiéniste et 0,25 ETP médecin hygiéniste,

Où :

[Li = nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée]⁵⁸

C = coefficient par service

Sp	0,2
G	1

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 % du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées.]⁵⁴

- § 1^{er} Afin de répondre aux obligations légales concernant l'infirmier(e) hygiéniste hospitalier(e) et le médecin hygiéniste hospitalier, visées à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, la Sous-partie B4 du budget des hôpitaux psychiatriques est augmentée, à partir du 1^{er} juillet 2007, pour les deux fonctions de 53.105,00 € (index 01/07/2007) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein et 81.709,74 € (index 01/07/2007) par médecin en hygiène hospitalière équivalent temps plein.

Le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière : $Li * C / 1.000$
- pour le médecin en hygiène hospitalière : $Li * C / 2.400$

Où :

[Li = nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année considérée]⁵⁸

C = coefficient par service

Ce coefficient par service est fixé comme suit :

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

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 % du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées.

§ 2 [A partir du 1^{er} juillet 2017, [les hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs,]^{76*} sont financés pour participer aux initiatives « Surveillance des infections nosocomiales ».

La surveillance porte obligatoirement sur :

- Staphylococcus aureus (SARM) résistant à la méticilline selon le protocole [de Sciensano]⁶⁰ et du laboratoire national de référence ;
- les septicémies au niveau de tout l'hôpital selon le protocole [de Sciensano ;]⁶⁰
- les bactéries multi résistantes à Gram négatif selon le protocole [de Sciensano]⁶⁰ et du laboratoire national de référence.

La surveillance doit aussi porter, au choix, sur l'un des protocoles additionnels aux protocoles suivants :

- Clostridium difficile selon le protocole [de Sciensano]⁶⁰ et du laboratoire national de référence ;
- entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) selon le protocole [de Sciensano]⁶⁰ et du laboratoire national de référence ;
- pneumonies et des bactériémies dans les unités de soins intensifs selon le protocole [de Sciensano ;]⁶⁰
- infections des plaies opératoires selon le protocole [de Sciensano.]⁶⁰

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

Chaque année, le budget disponible de 1.450.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2017) est réparti de manière égale entre les hôpitaux concernés.

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

- la récolte des données relatives aux protocoles précités et aux indicateurs de qualité ;
- à la transmission des données mentionnées ci-dessus [à Sciensano]⁶⁰ selon les délais de livraison spécifiés dans les protocoles respectifs ;
- au versement [à Sciensano]⁶⁰, sur le compte BE08 0011 6604 8013 de l'ISP-Patrimoine, d'un montant égal à 85 % du financement octroyé, avec la mention 'Surveillance et le nom de l'hôpital', étant entendu que sous ce terme de

* Entrée en vigueur : 01.07.2020.

« Surveillance », on entend la surveillance des infections nosocomiales, le suivi des indicateurs de qualité relatifs à la politique d'hygiène hospitalière et en matière d'antibiotiques. Le versement doit intervenir avant fin mars de chaque année.

[Sciensano]⁶⁰ communique à chaque hôpital un feedback qui contient l'analyse de données individuelles et de données nationales. Il fournit également tous les douze mois au Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, un rapport reprenant notamment les données nationales ainsi que les avis ou recommandations en la matière. De plus, il assure un soutien administratif en la matière au Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, selon les termes d'une convention signée avec le Directeur général de la Direction générale 'Soins de santé' du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

[Sciensano]⁶⁰ crée, en outre, un 'Outbreak support team'. En collaboration avec les services compétents des entités fédérées, cet 'Outbreak support team' soutient les établissements de soins qui demandent une aide pour faire face aux foyers d'infections multi résistantes.]⁵³

§ 3 [Pour conserver le bénéfice des financements prévus aux § 1, § 1bis et § 1ter,]²⁷ les hôpitaux doivent participer à une plate-forme de collaboration en matière d'hygiène hospitalière dont les objectifs seront fixés par convention entre la plate-forme et le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Le nombre de plate-formes est fixé à une par province avec un maximum de dix pour tout le pays. Pour couvrir les frais de secrétariat de ladite plate-forme, un montant de 2.478,94 € est alloué via la Sous-partie B4 d'un des hôpitaux participant à la plate-forme. Une convention à cet effet doit être conclue entre l'hôpital et la plate-forme et doit être communiquée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé.

[§ 4 A partir du [1^{er} janvier 2024]^{85*}, afin de stimuler la coordination des activités de qualité et de sécurité dans les hôpitaux, un budget de [41.590.015,27 euros (index 1^{er} janvier 2024)]^{85†} est réparti entre les hôpitaux qui, sur base volontaire, concluent une convention avec le Directeur général de la 'DG Soins de santé' du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.]⁶⁵

Article 57

En vue du paiement du traitement pour les missions administratives des Médecins-chefs de service, visés par la loi du 26 juin 1990, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux qui admettent des malades mentaux faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 est majorée comme suit :

1° d'un montant forfaitaire de 4.970,72 € pour le secteur privé et de 4.935,18 € pour le secteur public (index 1^{er} janvier 2002) par an, à condition qu'au moins un malade mental faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 ait été admis à l'hôpital durant l'exercice précédant l'exercice de fixation du budget ;

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

† Entrée en vigueur : 01.01.2024.

- 2° d'un montant forfaitaire de 248,54 € pour le secteur privé et de 246,76 € pour le secteur public (index 1^{er} janvier 2002) par malade mental admis durant l'exercice précédant l'exercice de fixation du budget, faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990.

[Si les données reprises aux points 1° et 2° ne sont pas disponibles pour l'exercice précédent l'exercice de fixation du budget, les données les plus récentes disponibles au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul sont prises en compte pour le calcul.]²⁷

Article 58

- [§ 1]²⁵ En vue d'assurer la formation permanente du personnel infirmier, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers comprend un montant forfaitaire dont la valeur est égale à celle du 30 juin 2002.

- [§ 2 Au 1^{er} janvier 2009, un montant supplémentaire de 1.000.000 € est ajouté au montant défini ci-dessus et est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]²⁵

Article 59

En vue de couvrir les charges découlant de l'octroi d'un membre de personnel 3/4 temps, pour assurer le transport interne des patients hospitalisés, par 30 lits occupés, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux publics est majorée d'un montant dont la valeur est égale à celle du 30 juin 2002.

Article 60

- [§ 1 A partir du 1^{er} juillet 2018, les hôpitaux généraux et les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj ou Kn, sont financés pour la mise au travail des contractuels relevant du Fonds budgétaire interdépartemental de promotion de l'emploi, à hauteur de 24.145,83 € (index 1^{er} juillet 2018) par ETP, tel que fixé en annexe 2.

- § 2 A partir du 1^{er} juillet 2018, les hôpitaux psychiatriques sont financés pour la mise au travail des contractuels subventionnés relevant du Fonds budgétaire interdépartemental de promotion de l'emploi, à hauteur de 29.653,43 € (index 1^{er} juillet 2018) par ETP, tel que fixé en annexe 2.]⁶²

Article 61

- [§ 1 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 (hubs-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.
- § 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, §§ 1er 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 1er janvier de l'année considérée.

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.

- 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 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.]^{85*}

Législation applicable en Communauté flamande[†]

[Article 61/1

§ 1 *En vue de la réalisation dans les services gériatriques isolés, visés à l'article 5, § 1, l, 3°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, et les services isolés de traitement et de réadaptation, visés à l'article 5, § 1, l, 4°, de la loi spéciale précitée, du dossier patient informatisé, arrêté dans le point d'action 2 du Roadmap 2.0 du plan d'action e-santé, ci-après dénommé DPI, dont le contenu est défini dans les Belgian Meaningful Use Criteria, ci-après dénommés les BMUC, qui sont repris en annexe 20 au présent arrêté, un financement forfaitaire est prévu aux conditions suivantes.*

Pour les services gériatriques isolés, visés à l'article 5, § 1, l, 3° de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, et les services isolés de traitement et de réadaptation, visés à l'article 5, § 1, l, 4°, de ladite loi spéciale, une enveloppe de 654.209 € est répartie comme suit sous forme de forfaits :

- 1° un socle par hôpital ;*
- 2° un socle par lit agréé ;*
- 3° un budget accélérateur ;*
- 4° un budget « early adopter ».*

§ 2 *Le socle par hôpital, visé au § 1, alinéa 2, 1°, est calculé annuellement et est identique pour tous les hôpitaux concernés. Ce socle s'élève à :*

- 1° le 1^{er} juillet 2016, 20 % du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;*
- 2° le 1^{er} juillet 2017, 15 % du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;*
- 3° le 1^{er} juillet 2018, 10 % du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;*
- 4° le 1^{er} juillet 2019, 5 % du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2.*

Pour pouvoir bénéficier du financement, visé à l'alinéa 1, l'hôpital doit annuellement respecter les conditions de transmission des données, visées à l'article 55/1, § 1.

Si un hôpital ne respecte pas les conditions de transmission des données visées à l'article 55/1, § 1, le budget octroyé pour l'année concernée est récupéré dans le suivant budget des moyens financiers. Le budget récupéré est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux au moment où le budget suivant des moyens financiers est octroyé.

§ 3 *Le socle par lit agréé, visé au § 1, alinéa 2, 2°, est calculé annuellement. Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par l'Agence Soins et Santé au 1^{er} janvier de l'année concernée. Le socle par lit agréé s'élève à :*

- 1° le 1^{er} juillet 2016, 25 % du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;*

* Entrée en vigueur : 01.07.2024.

† Art. 4 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 15.09.2017 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux - Entrée en vigueur : 01.07.2016.

- 2° le 1^{er} juillet 2017, 20% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;
- 3° le 1^{er} juillet 2018, 15% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;
- 4° le 1^{er} juillet 2019, 10% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2.

Pour être éligible au financement, visé à l'alinéa 1, l'hôpital doit répondre annuellement aux conditions de la transmission des données, visées à l'article 55/1, § 1.

Si un hôpital ne respecte pas les conditions de transmission des données visées à l'article 55/1, § 1, le budget octroyé pour l'année concernée est récupéré au moment où le budget suivant des moyens financiers est octroyé.

Le budget récupéré est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux au moment où le budget suivant des moyens financiers est octroyé.

§ 4 *Le budget accélérateur, visé au § 1, alinéa 2, 3°, est un budget supplémentaire octroyé aux hôpitaux comme incitant à l'accélération du processus. Le budget accélérateur est calculé annuellement par hôpital. Le budget accélérateur s'élève à :*

- 1° le 1^{er} juillet 2016, 55% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;
- 2° le 1^{er} juillet 2017, 60% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;
- 3° le 1^{er} juillet 2018, 65% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;
- 4° le 1^{er} juillet 2019, 70% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2.

Pour pouvoir bénéficier du financement, visé à l'alinéa 1, 1°, l'hôpital doit avoir envoyé, à l'adresse e-mail revalidatie@zorg-en-gezondheid.be, pour le 1^{er} janvier 2018, un plan d'approche décrivant les mesures qu'il va prendre pour implémenter et utiliser effectivement un DPI intégré pour le 1^{er} janvier 2019.

Pour pouvoir bénéficier du financement, visé à l'alinéa 1, 2°, l'hôpital doit, avant le 31 mars 2018, soit conclure un contrat avec un fournisseur de logiciels pour la mise en oeuvre d'un DPI intégré qui répond aux critères définis dans les BMUC dont il fournit une copie à l'Agence Soins et Santé, soit, dans l'hypothèse où l'hôpital choisit de mettre en oeuvre son DPI en interne, fournir des pièces justificatives concrètes permettant d'évaluer le résultat final défini dans la feuille de route.

Pour pouvoir bénéficier du financement, visé à l'alinéa 1, 3°, l'hôpital doit déterminer, avant le 31 mars 2018, une date de mise en oeuvre de son DPI intégré et établir une feuille de route indiquant les dates d'implémentation des sept fonctionnalités de base décrites dans les BMUC. L'hôpital est financé, au 1^{er} juillet 2018, au prorata du nombre de critères atteints des BMUC, au 1^{er} janvier 2018, étant entendu qu'un critère atteint ouvre le droit à un septième du financement.

Pour pouvoir bénéficier du financement, visé à l'alinéa 1, 4°, l'hôpital doit respecter tous les critères définis dans le stade 1 des BMUC, repris en annexe 20 au présent arrêté, au 1^{er} janvier 2019.

Au 1^{er} juillet 2016 et au 1^{er} juillet 2017, le budget accélérateur disponible est réparti de manière provisionnelle entre tous les hôpitaux sur base d'un système de points. Il n'est maintenu dans le budget des moyens financiers suivant qu'en cas de respect des conditions, visées aux alinéas 2 à 5 inclus. Le budget est réparti à l'aide d'un système de points, selon lequel l'hôpital qui répond aux conditions, obtient un point par lit agréé. Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que

connu par l'Agence Soins et Santé au 1^{er} janvier de l'année concernée. Chaque année, le budget disponible est divisé par la somme des points obtenus pour déterminer la valeur d'un point dans l'enveloppe « accélérateur ». Le montant du financement de l'hôpital est déterminé en multipliant son nombre de points par la valeur du point. Si un hôpital ne remplit pas ses obligations, le budget octroyé pour l'année concernée est récupéré au moment où un budget ultérieur des moyens financiers est octroyé. Le budget non octroyé aux hôpitaux qui ne répondent pas aux conditions, est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux au moment où un budget ultérieur des moyens financiers est octroyé.

§ 5 *Le budget « early adopter », visé au § 1, alinéa 2, 4°, est un budget supplémentaire octroyé aux hôpitaux comme incitant à la mise en oeuvre des fonctionnalités de base des BMUC avant le 1^{er} janvier 2019. Le budget « early adopter » est calculé annuellement pour chaque hôpital. Le budget « early adopter » s'élève à :*

- 1° le 1^{er} juillet 2017, 5% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;*
- 2° le 1^{er} juillet 2018, 10 % du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2 ;*
- 3° le 1^{er} juillet 2019, 15% du budget disponible, visé au § 1, alinéa 2.*

Le Ministre flamand chargé de la politique en matière de santé arrête les modalités de répartition de chaque budget annuel entre les hôpitaux.

§ 6 *Pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016, un budget supplémentaire de 237.866 €, accordé une seule fois en plus de l'enveloppe visée au § 1, alinéa 2, est réparti entre les hôpitaux visés au § 1, alinéa 2, selon les conditions pour l'année 2016, visées aux §§ 2, 3 et 4.*

§ 7 *Dans le présent article, on entend par l'agence Soins et Santé : l'agence créée par l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 mai 2004 portant création de l'agence autonomisée interne « Zorg en Gezondheid » (Soins et Santé)]⁵⁷*

[Article 61bis

§ 1 A partir du 1^{er} janvier 2025, pour le financement individuel des hôpitaux en matière de cybersécurité, un budget de 10.674.505 euros (valeur 1^{er} janvier 2025) pour les hôpitaux généraux et un budget de 1.810.296,17 euros (valeur 1^{er} janvier 2025) pour les hôpitaux psychiatriques sont répartis entre les hôpitaux de chaque groupe concerné de la manière suivante :

- 50 % en parts égales entre tous les hôpitaux ;
- 50 % au prorata du 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.

§ 2 A partir du 1^{er} janvier 2025, un budget de 1.381.013,96 euros (valeur 1^{er} janvier 2025) pour les hôpitaux généraux et un budget de 234.207,05 euros (valeur 1^{er} janvier 2025) pour les

hôpitaux psychiatriques sont répartis à part égale entre les hôpitaux de chaque groupe concerné pour couvrir les frais collectifs d'adhésion à un organisme tiers.

- § 3 A partir du 1^{er} janvier 2025, un budget de 780.300 euros (valeur 1^{er} janvier 2025) est réparti à part égale entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques pour le financement des contributeurs et du partage des documents.]^{87*}

[Article 61ter

- [§ 1 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.]^{85†}

Article 62

Les montants octroyés au 30 juin 2002 pour l'évaluation de la qualité des activités médicales et infirmières et la promotion de l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble des activités de l'hôpital, restent d'application à partir du 1^{er} juillet 2002.

Article 63

- [§ 1 Dans les limites du budget disponible fixé, [au 1^{er} janvier 2025, à 62.318.250 euros]^{87‡}, la sous-partie B4 des hôpitaux généraux est augmentée d'un montant forfaitaire pour participer à la réalisation d'études pilotes.

Ces études peuvent viser l'amélioration et l'évaluation des procédures concernant la gestion hospitalière dans les hôpitaux généraux, la qualité multidisciplinaire des soins hospitaliers, l'examen de nouveaux mécanismes d'organisation des soins ou de financement des hôpitaux généraux. 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 collaboration avec des partenaires externes à l'hôpital. Elles peuvent couvrir une intervention dans les frais relatifs à la prise en charge de la surveillance ou du traitement en cas de crise temporaire de santé publique. [Ces études peuvent permettre la couverture de certaines charges de financement d'associations professionnelles ou de patients qui se verraient confier des missions spécifiques en lien avec la politique hospitalière.]^{87§}

* Entrée en vigueur : 01.01.2025.

† Entrée en vigueur : 01.01.2024.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

§ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

- § 2 Dans les limites du budget disponible, fixé [au 1^{er} janvier 2025, à 322.948.982 €]^{87*}, la sous-partie B4 des hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes ayant trait à des thématiques relatives à la santé mentale ou spécifiques à des hôpitaux psychiatriques est augmentée d'un montant forfaitaire.

Ces études peuvent viser l'amélioration et l'évaluation des procédures concernant la gestion hospitalière, la qualité multidisciplinaire des soins psychiatriques, des alternatives de soins psychiatriques ou l'examen de nouveaux mécanismes de financement de soins hospitaliers fournis en hôpital ou en dehors de l'hôpital. Elles peuvent également porter sur la coordination fédérale et la formation à des innovations et des actions de sensibilisation envers les acteurs hospitaliers ainsi que des incitants à la collaboration avec des partenaires externes à l'hôpital. [Ces études peuvent permettre la couverture de certaines charges de financement d'associations professionnelles ou de patients qui se verraient confier des missions spécifiques en lien avec la politique hospitalière.]^{87†}

- § 3 Dans les limites du budget disponible, fixé [au 1^{er} janvier 2025 à 2.365.968 €]^{87‡}, la sous-partie B4 est augmentée d'un montant forfaitaire pour les hôpitaux qui participent à la réalisation d'études pilotes.

Les études pilotes peuvent viser le développement ou l'utilisation d'outils télématiques dans les hôpitaux, de codification des données, d'usage de terminologies standardisées, de collecte de données hospitalières spécifiques ou de maintenance d'un outil informatique utile à tous les hôpitaux.

[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 collaboration avec des partenaires externes à l'hôpital. [Ces études peuvent permettre la couverture de certaines charges de financement d'associations professionnelles ou de patients qui se verraient confier des missions spécifiques en lien avec la politique hospitalière.]^{87§}^{85**}

- § 4 L'appel d'offres des études pilotes visées aux §§1 à 3 ci-dessus doit mentionner les critères et conditions de prise en considération des études pilotes.

Les études retenues font l'objet de conventions écrites entre le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, les hôpitaux concernés et, le cas échéant, le promoteur de l'étude. Ces études pilotes doivent porter sur un sujet qui concerne l'ensemble des hôpitaux généraux ou psychiatriques, ou une catégorie de ceux-ci, et les résultats de l'étude doivent pouvoir être généralisés à ces hôpitaux après évaluation positive par un comité d'évaluation. Les données de l'étude proviennent d'un ou de plusieurs hôpitaux.

Ces conventions mentionnent notamment, les critères qui ont servi de base à la sélection des hôpitaux concernés et, le cas échéant, du promoteur de l'étude, l'objet et la durée de

* Entrée en vigueur : 01.01.2025.

† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

§ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

** Entrée en vigueur : 01.01.2024.

l'étude, le financement accordé à l'hôpital, le mode de justification des dépenses le cas échéant, le montant et la manière par laquelle l'hôpital rémunère le promoteur de l'étude ainsi que, le cas échéant, les obligations de ce promoteur en matière de feed-back vers les hôpitaux participants, de contrôle par un comité d'accompagnement, d'évaluation phasée selon la durée de l'étude, de rapport à fournir au Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions. Elles doivent être complétées par une déclaration de conflit d'intérêts.]]^{73*}

[Article 63bis]

A partir du 1^{er} janvier 2014, tous les hôpitaux agréés pour un service de gériatrie [...] ^{76§} sont financés pour organiser en leur sein une liaison gériatrique interne telle que décrite dans la section IV du chapitre V de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

Le financement de l'équipe de liaison interne est calculé comme suit, en tenant compte d'un coût salarial annuel de 58.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) par équivalent temps plein :

- le nombre de séjours en hospitalisation classique de patients de 75 ans et plus pris en charge exclusivement dans des unités non-gériatriques, diminués de la différence entre le nombre de séjours correspondant à un taux d'occupation moyen, en service de gériatrie, de 85 % et le nombre de séjours réels en service de gériatrie si ce taux d'occupation de 85 % n'est pas atteint ;
- 2 ETP pour les 1.000 premiers séjours ;
- 0,25 ETP supplémentaire par tranche entamée de 500 séjours supplémentaires au-delà de 1.000.

Le financement est garanti pour un minimum de 2 ETP et un maximum de 6 ETP.]]^{40†}

[Article 63ter]

A partir du 1^{er} juillet 2014, tous les hôpitaux agréés pour un service de gériatrie [...] ^{76‡} sont financés pour organiser en leur sein une hospitalisation de jour pour le patient gériatrique telle que décrite dans la section III du chapitre V de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

Un forfait annuel, exprimé à la date du 1^{er} juillet 2014, est octroyé en fonction du nombre de séjours de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour pour le patient gériatrique.

* Entrée en vigueur : 01.01.2020.

† Entrée en vigueur : 01.01.2014.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2020.

Nombre de séjours de patients par an	Forfait annuel
entre 0 et 520 séjours	81.900 €
entre 521 et 1.040	136.500 €
entre 1.041 et 1.560	227.500 €
entre 1.561 et 2.080	318.500 €
2.081 séjours et plus	409.500 €

Pour la fixation du nombre de séjours de patients gériatriques, il est tenu compte du nombre de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour pour le patient gériatrique tel que renseigné dans le dernier résumé hospitalier minimum connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Une actualisation du nombre de séjours de patients gériatriques admis en hospitalisation de jour est faite tous les 2 ans à partir du 1^{er} juillet 2014.]⁴⁰

[Article 63quater

A partir du 1^{er} janvier 2014, [tous les hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs,]^{76*} sont financés pour la mise en place d'une équipe algologique multidisciplinaire sous la condition d'enregistrer les données relatives à la composition et aux activités de l'équipe et de tenir ces données à disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Ces données doivent être transmises, sur demande de celui-ci, par voie électronique.

Cette équipe doit disposer de compétences médicales, infirmières et psychologiques et est chargée :

- de coordonner la prise en charge de la douleur dans la structure hospitalière ;
- de sensibiliser l'ensemble des prestataires à la nécessité d'une prise en charge correcte de la douleur ;
- d'apporter un soutien aux équipes de soins dans le cadre de l'identification et de la prise en charge de la douleur ;
- d'identifier les besoins de formation du personnel des différentes équipes soignantes et d'organiser la formation du personnel soignant à l'évaluation et la prise en charge de la douleur ;
- de faciliter l'implémentation de guidelines de prise en charge de la douleur chronique dans les unités de soins ;
- de participer à l'éducation des patients souffrant de douleur chronique, en collaboration avec les équipes soignantes ;
- d'assurer la continuité des soins en servant de relai avec un centre multidisciplinaire pour le traitement de la douleur chronique et avec le médecin traitant et les autres intervenants à domicile ou dans une structure de soins ;
- d'organiser la participation de l'hôpital au travail en réseau avec les prestataires externes et avec les autres hôpitaux.

* Entrée en vigueur : 01.07.2020.

Un médecin exerçant au moins à mi-temps dans le domaine de l'algologie, est désigné responsable de l'équipe. A défaut d'un tel profil au sein de l'hôpital, un médecin anesthésiste peut être désigné comme responsable de manière transitoire.

Sauf s'il a développé lui-même un centre multidisciplinaire pour le traitement de la douleur chronique reconnu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement le contractant doit conclure un accord de collaboration avec un hôpital disposant d'un tel centre. Cet accord de collaboration portera sur la mise en place d'un réseau de partage de connaissance et précisera notamment les initiatives qui seront développées par le centre pour soutenir et encadrer les équipes algologiques multidisciplinaires et offrir son expertise dans la formation des équipes soignantes.

Afin de financer le fonctionnement des équipes algologiques multidisciplinaires, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire, exprimé à la valeur au 1^{er} janvier 2014, calculé comme suit :

Composition	Coût salarial de référence	Pour les 100 premiers lits agréés	+ par tranche entamée de 100 lits agréés supplémentaires
Médecin	120.000 €	0,10 ETP	0,01 ETP
Infirmier	58.000 €	0,22 ETP	0,10 ETP
Psychologue	69.000 €	0,22 ETP	0,02 ETP

Pour le calcul du financement, il est tenu compte du nombre de lits agréés, pour l'ensemble de l'hôpital, tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.⁴⁰

[Article 63quinquies]

A partir du 1^{er} janvier 2014, [tous les hôpitaux, à l'exception des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux Sp soins palliatifs,]^{76*} sont financés pour mettre en place un système qualité de la chaîne transfusionnelle, sous la responsabilité d'une équipe multidisciplinaire d'hémovigilance-transfusion, constituée, en autres, d'un infirmier référent en transfusion, du responsable de la banque de sang hospitalière et d'un médecin disposant d'une expertise clinique dans le domaine de la transfusion sanguine.

Cette équipe est chargée d'assurer, en collaboration avec le comité de transfusion, notamment, les missions suivantes en lien avec le prélèvement pré-transfusionnel, la conservation et l'administration de sang et de composants sanguins :

- la prévention des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- la notification des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- l'analyse des incidents graves et des réactions transfusionnelles ;
- l'implémentation d'actions d'amélioration suite à l'analyse des incidents graves et réactions ;
- la notification des incidents graves et des réactions transfusionnelles à l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé et lui transmettre le formulaire de notification annuelle de réactions et d'incidents indésirables ;

* Entrée en vigueur : 01.07.2020.

- la formation et la sensibilisation des collaborateurs hospitaliers impliqués dans le processus de transfusion ;
- l'élaboration et/ou la poursuite du développement des procédures de contrôle informatisées et de la traçabilité informatisée des patients et des composants sanguins ;
- la participation à l'enquête bisannuelle élaborée par Belgian Quality in transfusion (BeQuinT).

Pour financer les coûts de fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire d'hémovigilance-transfusion, un budget de 4.340.000 € (valeur au 1^{er} janvier 2014) est réparti entre les hôpitaux concernés selon les modalités suivantes :]⁴¹

- 1° un forfait de 10.000 € est octroyé à chaque hôpital pour financer l'équipement (software) nécessaire à la traçabilité et au contrôle des produits sanguins ;
- 2° dans une enveloppe de 1.000.000 €, un montant complémentaire lié à la consommation de poches de sang par l'hôpital est calculé comme suit :

$$X = A * B/C$$

où :

A = budget disponible de 1.000.000 €

B = nombre de poches de sang consommées dans l'hôpital concerné

C = nombre de total de poches de sang consommées dans tous les hôpitaux concernés

- 3° un montant complémentaire de 2.300.000 € (valeur 1^{er} janvier 2017) est octroyé au prorata du nombre de lits pondérés.

Les pondérations suivantes sont appliquées aux index de lits agréés :

- 1 point pour les lits E, M, G et L ;
- 2 points pour les lits C, D, C+D, I et NIC.

Pour le calcul, il est tenu compte du nombre de lits agréés sous les index E, M, G, L, C, D, C+D, I et NIC tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul et du nombre de poches de sang consommées dans chaque hôpital tel que fourni, au moment du calcul, par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

Une actualisation du nombre lits agréés et du nombre de poches de sang consommées dans chaque hôpital est faite tous les 2 ans à partir du 1^{er} juillet 2014.]]⁴⁰

[Article 63sexies

A partir du 1^{er} juillet 2014, les hôpitaux agréés pour une fonction de soins intensifs reçoivent un financement pour la fonction agréée « coordination locale des donneurs », telle que visée dans l'arrêté royal du 10 novembre 2012 fixant les normes auxquelles une fonction « coordination locale des donneurs » doit répondre pour être agréée et le rester.

Pour financer les frais de fonctionnement de la fonction « coordination locale des donneurs » agréée, un montant par hôpital est calculé de la manière suivante :

- 1° un nombre est obtenu en multipliant le nombre total de lits agréés de l'hôpital par le coefficient NPERCIZ de la dernière année connue, tel défini dans l'annexe 8 du présent arrêté ;

- 2° un montant forfaitaire est accordé selon le nombre obtenu en 1° ci-dessus :
- si le nombre calculé est inférieur à 2.000, un montant de 30.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué ;
 - si le nombre calculé est supérieur ou égal à 2.000 et inférieur à 4.000, un montant de 50.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué ;
 - si le nombre calculé est supérieur ou égal à 4.000 et inférieur à 6.000, un montant de 70.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué ;
 - si le nombre calculé est supérieur ou égal à 6.000 et est inférieur à 8.000, un montant de 90.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué ;
 - si le nombre calculé est supérieur ou égal à 8.000, un montant de 110.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) est alloué.

Un montant supplémentaire de 20.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) est accordé aux hôpitaux agréés également pour un centre de transplantation, au sens de l'arrêté royal du 23 juin 2003 fixant les normes auxquelles un centre de transplantation doit répondre pour être agréé, afin de permettre à l'équipe de ce centre de renforcer l'encadrement des hôpitaux qui ont signé un accord de collaboration avec leur centre via :

- l'organisation de séminaires, congrès et formations destinés au personnel médical et infirmier occupant la fonction de coordination de don ;
- la mise à disposition de procédures de prise en charge de donneurs potentiels aux hôpitaux qui ont signé un accord de collaboration avec le centre de transplantation.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés, pour l'ensemble de l'hôpital, tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]⁴⁰

[Article 63septies]

A partir du 1^{er} juillet 2014, [tous les hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs,]^{76*} sont financés pour organiser en leur sein une équipe nutritionnelle. Cette équipe, coordonnée par un responsable nutritionnel, se compose au minimum d'un diététicien, d'un infirmier, d'un médecin, d'un pharmacien et du responsable de la cuisine.

Cette équipe se réunit au minimum une fois par trimestre et assure les tâches suivantes :

- développer et mettre en œuvre au sein de l'hôpital une stratégie relative au dépistage des patients à risque de dénutrition ou d'obésité, basée sur un outil de dépistage validé, applicable lors de leur admission à l'hôpital, en cours de séjour et à leur sortie ;
- développer et mettre en œuvre au sein de l'hôpital une stratégie d'intervention nutritionnelle ciblée, accompagnée d'un plan nutritionnel individuel, pour tous les patients à risque de dénutrition ou d'obésité basé sur un examen nutritionnel approfondi effectué par un diététicien et ayant comme objectif de documenter les paramètres nutritionnels objectifs et subjectifs, de déterminer des facteurs de risques nutritionnels, d'identifier les manques spécifiques et de définir les besoins nutritionnels de chaque patient ;

* Entrée en vigueur : 01.07.2020.

- assurer le suivi de l'implémentation de ces procédures par un système d'enregistrement des résultats du dépistage et du suivi nutritionnel à réaliser et tenir à jour ces résultats ;
- rédiger et tenir à jour des directives et des recommandations en ce qui concerne notamment les thérapies nutritionnelles spéciales, basées sur les recommandations d'instances scientifiques ou des organismes officiels et les traduire en protocoles concrets directement utilisables par les professionnels de la santé au sein de l'hôpital ;
- assurer le suivi de tous les patients concernés par la nutrition parentérale, entérale et orale, y compris la préparation à la sortie de l'hôpital et l'information à transmettre aux prestataires en charge du patient après sa sortie de l'hôpital ;
- participer aux réunions organisées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à l'attention des équipes nutritionnelles ;
- transmettre, à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et après anonymisation, les données enregistrées sur les documents de suivi informatisés ainsi que les informations nécessaires à l'évaluation des activités de l'équipe nutritionnelle, sous format électronique et selon le schéma communiqué par celui-ci.

Pour faciliter l'enregistrement des données qui doivent lui être transmises concernant les résultats des actions de dépistage et les modalités de suivi des patients, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement met à la disposition des hôpitaux un instrument permettant le suivi des patients basé sur un planning alimentaire et une table de composition des aliments.

Afin de financer le fonctionnement de l'équipe nutritionnelle, la sous-partie B4 des hôpitaux concernés est augmentée d'un montant forfaitaire, basé sur le nombre de lits agréés sous les index C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp soins palliatifs, A, Aj, An, T, K, Kj et Kn, calculé comme suit :

- 1° à chaque lit agréé pris en considération est associé un nombre de points, qui tient compte du risque de dénutrition, établi comme suit :
 - lit C : 5,10 points
 - lit D : 7,45 points
 - lit C+D, I : 6,275 points
 - lit E : 8,5 points
 - lit G : 7,15 points
 - lit Sp, Sp pall : 5,44 points
 - lit A, Aj, An, T, K, Kj et Kn : 6,24 points
- 2° un total de points est calculé pour chaque hôpital ;
- 3° un forfait de 15.000 € est garanti à chaque hôpital concerné et couvre les 800 premiers points ;
- 4° un montant complémentaire est calculé en multipliant le nombre de points dépassant 800 par un montant de 2,60 €.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés sous les index C, D, C+D, I, E, G, Sp, Sp soins palliatifs, A, Aj, An, T, K, Kj et Kn, tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Une actualisation du nombre lits agréés est faite tous les 2 ans à partir du 1^{er} juillet 2014.]⁴⁰

Article 63octies

[...]⁴⁵

Article 64

[Les mesures ci-dessous sont prévues dans le Plan Cancer [...]]²⁸*

§ 1[†] A partir du 1^{er} juillet 2008, afin d'offrir au patient un soutien infirmier et psychosocial, une équipe multidisciplinaire est financée, dans les hôpitaux disposant d'un programme de soins d'oncologie agréé, au prorata du nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées par l'assurance maladie-invalidité. Ces ETP sont attachés et travaillent effectivement pour ce programme de soins.

Le financement est calculé comme suit :

- un ETP licencié/master en psychologie par 250 COM, à concurrence de 55.243 € par ETP. Il doit avoir une expérience pratique de soutien aux patients oncologiques ou avoir suivi une formation en oncopsychologie ;
- un ETP infirmier par 250 COM, à concurrence de 50.112 € par ETP. Il doit prioritairement être spécialisé en oncologie ou posséder une expérience pratique de soutien aux patients oncologiques ou avoir suivi une formation apportant une plus-value à la qualité des soins prodigués à ces patients ;
- et 0,5 ETP assistant social par 250 COM, à concurrence de 47.035 € par ETP.

[Par COM, on entend les codes de prestations de santé remboursées par l'assurance soins de santé suivants : 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302.

Au 1^{er} juillet 2017, le montant de la provision octroyée est égal au montant financé au 30 juin 2017.

Ce financement est revu annuellement dans le cadre de la révision du budget des moyens financiers, sur base de l'affectation effective, de la qualification, de l'expérience ou de la formation requise des ETP décrits ci-dessus ainsi que du nombre réel de COM, dont les codes sont repris ci-dessus, prestées pendant l'année considérée et comptabilisées par l'assurance maladie invalidité jusqu'au 30 juin de la deuxième année suivant l'année de prestation.]⁵⁴

§ 2[‡] A partir du 1^{er} juillet 2008, afin d'améliorer la qualité des soins, il est financé dans les hôpitaux disposant d'un programme de soins d'oncologie agréé, un ETP de niveau universitaire par 1.000 consultations oncologiques multidisciplinaires remboursées par l'assurance maladie-invalidité (COM), à concurrence de 55.242 € par ETP.

Pour bénéficier de ce financement particulier complémentaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- l'ETP est attaché et doit travailler effectivement pour le programme de soins ;

* Entrée en vigueur : 01.01.2011.

† Entrée en vigueur : 01.07.2008.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2008.

- l'ETP occupe la fonction de data manager ;
- il doit avoir suivi une formation préalable auprès du Registre du cancer sur l'encodage des données ;
- il est responsable de l'enregistrement auprès du Registre du cancer et de l'évaluation du suivi des recommandations du manuel oncologique de l'hôpital ainsi que de l'évaluation du respect des décisions des COM où il assiste obligatoirement.

[Par COM, on entend les codes de prestations de santé remboursées par l'assurance soins de santé suivants : 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302.

Au 1^{er} juillet 2017, le montant de la provision octroyée est égal au montant financé au 30 juin 2017.

Ce financement est revu annuellement dans le cadre de la révision du budget des moyens financiers, sur base de l'affectation effective, de la qualification, de l'expérience ou de la formation requise des ETP décrits ci-dessus ainsi que du nombre réel de COM, dont les codes sont repris ci-dessus, prestées pendant l'année considérée et comptabilisées par l'assurance maladie invalidité jusqu'au 30 juin de la deuxième année suivant l'année de prestation.]⁵⁴

§ 3* A partir du 1^{er} juillet 2008, un financement supplémentaire d'un ETP licencié/master en psychologie, à concurrence de 55.240 € par ETP, et d'un ETP paramédical, kinésithérapeute, assistant social ou puéricultrice à concurrence de 47.000 € par ETP, est octroyé à chaque hôpital qui dispose de lits d'oncologie pédiatrique répondant aux critères repris en annexe 1 de l'arrêté ministériel du 29 décembre 1997 fixant, pour l'exercice 1998, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers.

Ce financement est limité à 8 ETP psychologues et 8 ETP autre fonction pour le Royaume.

§ 4† A partir du 1^{er} janvier 2009, afin d'apporter un soutien structurel aux banques et aux unités de thérapie cellulaire pour les cellules souches hématopoïétiques et de sang du cordon, il est octroyé aux hôpitaux disposant de telles structures ayant signés une convention avec le ministre qui a la santé publique dans ses attributions, un financement calculé comme suit :

- a) pour les banques de cellules souches hématopoïétiques agréées [...] ^{28‡} par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et reconnue par « the European Group for Blood and Marrow Transplantation », ou en cours de reconnaissance :
- 0,2 ETP médecin gestionnaire de la banque, à concurrence de 100.000 € par ETP ;
 - un ETP bachelier technologue de laboratoire, à concurrence de 55.240 € par ETP ;

* Entrée en vigueur : 01.07.2008.

† Entrée en vigueur : 01.01.2009.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2011.

- un ETP coordinateur de qualité, à concurrence de 55.240 € par ETP ;
 - 0,5 ETP gestionnaire de données, à concurrence de 36.000 € par ETP ;
 - et un forfait pour frais de fonctionnement et de stockage de 60.000 €.
- b) [pour les banques de sang du cordon accréditées NETCORD, ou en voie de l'être, exploitées en combinaison avec une banque de cellules souches hématopoïétiques répondant aux conditions reprises ci-dessus, est ajouté au financement repris au point a) :
- 0,1 ETP médecin gestionnaire de la banque, à concurrence de 100.000 € par ETP ;
 - un ETP bachelier technologue de laboratoire, à concurrence de 55.240 € par ETP ;
 - 0,5 ETP gestionnaire de données, à concurrence de 36.000 € par ETP ;
 - et un forfait pour frais de fonctionnement et de stockage de 60.000 €.]^{28*}

§ 5[†] A partir du 1^{er} janvier 2009, afin de soutenir les tumorothèques existantes dans les hôpitaux bénéficiant d'un financement au titre de la Sous-partie B7 et étant agréés pour un programme de soins d'oncologie et afin de créer une tumorothèque virtuelle inter-universitaire au sein du Registre du cancer, un financement forfaitaire de 300.000 € est ajouté à la Sous-partie B4 des hôpitaux concernés.

Pour pouvoir bénéficier de ce financement particulier complémentaire, les hôpitaux doivent répondre aux conditions suivantes :

- avoir signé une convention avec le ministre qui a la santé publique dans ses attributions ;
- la tumorothèque doit être déjà installée et opérationnelle, être attachée au laboratoire d'anatomopathologie de l'hôpital ou à un laboratoire d'anatomopathologie externe avec lequel l'hôpital a conclu un accord de coopération ;
- elle doit posséder une gestion et un stockage centralisés des échantillons et au moins 1.000 échantillons tumoraux ;
- elle doit disposer et appliquer des procédures standardisées pour la préparation, la congélation et la conservation des échantillons.

Le financement forfaitaire, accordé à une seule tumorothèque remplissant les conditions reprises ci-dessus par hôpital et par laboratoire d'anatomopathologie, est octroyé pour couvrir les frais suivants :

- un gestionnaire de la tumorothèque, responsable de l'enregistrement et de la conservation des échantillons ainsi que de leur utilisation correcte ;

* Entrée en vigueur : 01.01.2009.

† Entrée en vigueur : 01.01.2009.

- un technologue de laboratoire responsable de la réception, de la préparation et de la congélation des échantillons, ainsi que de l'extraction éventuelle de leur ADN en vue de leur conservation ;
- les frais de fonctionnement liés à la préparation, la congélation, l'enregistrement et au transport des échantillons (informatique, azote liquide, réactifs, ...) ;
- le matériel nécessaire au stockage des échantillons et à la sécurisation du local.

Pour pouvoir bénéficier de ce financement, les hôpitaux doivent s'engager à verser 10 % de ce montant au Registre du cancer en guise de contribution aux frais de gestion de la tumorotheque virtuelle faîtière.

§ 6* A partir du 1^{er} janvier 2009, afin de coordonner la recherche translationnelle en encourageant les collaborations entre les médecins et les scientifiques afin que les patients puissent bénéficier le plus rapidement possible des découvertes de leurs travaux, un financement forfaitaire de 191.240 € est ajouté à la Sous-partie B4 des hôpitaux bénéficiant d'un financement au titre de la Sous-partie B7 et étant agréés pour un programme de soins d'oncologie et ayant signé une convention avec le ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Ce financement concerne au maximum 13 hôpitaux.

Le financement forfaitaire est octroyé pour couvrir les frais de fonctionnement d'une cellule de coordination par hôpital composée de :

- 1 ETP médecin coordinateur de la recherche translationnelle disposant d'une expérience dans le domaine de la recherche et d'une expérience clinique d'au moins cinq ans ;
- 1 ETP secrétaire pour le soutien administratif et logistique ;
- 1 ETP data manager pour l'aide à l'encodage des données.

Pour pouvoir bénéficier de ce financement particulier complémentaire, les hôpitaux doivent posséder une expertise dans le domaine de la recherche translationnelle démontrée au moyen des éléments suivants :

- publications scientifiques dans le domaine de la recherche translationnelle ;
- lancement d'au moins 10 études cliniques par an dans le domaine de l'oncologie ;
- études en cours dans le domaine de la recherche translationnelle ;
- équipe de recherche translationnelle existante ;
- existence d'une infrastructure technologique pour la réalisation d'études translationnelles en oncologie (techniques d'imagerie métabolique : PET, RMN...) ;
- collaboration scientifique nationale et/ou internationale dans le domaine de la recherche en oncologie ;
- partenariat avec l'industrie pharmaceutique ou avec des nouvelles technologies dans le domaine de l'oncologie.]²⁵

* Entrée en vigueur : 01.01.2009.

[§ 7 A partir du 1^{er} janvier 2011, afin de renforcer le soutien nutritionnel des patients atteints de cancer, un budget de 7.544.871 € (index 01/01/2011) est réparti entre les hôpitaux agréés pour un programme de soins de base en oncologie ou un programme de soins d'oncologie.

Le budget disponible permet de financer des diététiciens pour assurer ce soutien nutritionnel, qui se compose du développement d'une politique nutritionnelle spécifique orientée vers le patient oncologique, de la sensibilisation des professionnels à l'importance de la nutrition et de la détection précoce des problèmes nutritionnels, y compris par l'application de méthodes de dépistage validés. De plus, les diététiciens assurent le lien avec le fournisseur des repas, la communication avec les partenaires externes de l'hôpital et l'éducation nutritionnelle au patient oncologique.

Le diététicien doit remplir les conditions suivantes :

- répondre aux conditions de l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin ;
- disposer, de préférence, d'une expérience professionnelle en diététique oncologique ou, à défaut, d'une expérience professionnelle en diététique utile pour la prise en charge de patients oncologique ;
- être attaché et travailler effectivement dans le programme de soins de base en oncologie ou le programme de soins d'oncologie et faire partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire de ce programme de soins ;
- développer des concertations et des collaborations avec les autres services et dispositifs de prise en charge nutritionnelle mis en place au sein de l'hôpital.

Dans le cadre de l'évaluation et du suivi de cette initiative, les diététiciens doivent enregistrer et rapporter annuellement des données concernant leurs activités, selon le schéma et le timing qui sera précisé par le SPF Santé publique. Ils doivent également participer aux échanges de pratique organisés par le SPF Santé publique.

Au 1^{er} janvier 2011, le budget mentionné ci-dessus est réparti comme suit, au prorata de nombre de consultations oncologiques multidisciplinaire (COM) remboursées par l'assurance maladie-invalidité au cours de l'année 2008 et à concurrence de 46.146 € (index 01/01/2011) par ETP :

- 1 ETP diététicien jusqu'à 500 COM ;
- 1,5 ETP diététicien de 501 à 750 COM ;
- 2 ETP diététicien de 751 à 1.000 COM ;
- 2,5 ETP diététicien de 1.001 à 1.250 COM ;
- 3 ETP diététicien de 1.251 à 1.500 COM ;
- 3,5 ETP diététicien de 1.501 à 1.999 COM ;
- 4 ETP diététicien à partir de 2.000 COM.

Ce financement est révisable annuellement, sur base de la qualification et de l'affectation effective dans un programme de soins.]]^{28*}

- [§ 8 Un budget de 246.000 € (index 01/01/2013) est octroyé aux hôpitaux agréés pour une fonction « liaison pédiatrique », au sens de l'arrêté royal du 15 novembre 2010 fixant les normes auxquelles une fonction « liaison pédiatrique » doit répondre pour être agréée.]]³⁷

Article 65

[Au 1^{er} juillet 2007, en vue de financer les coûts relatifs à une équipe mobile ou une équipe mobile de support pour la fonction palliative agréée, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers est augmentée :

1° d'un montant fixe, calculé comme suit :

- (a) hôpitaux généraux, hors hôpitaux et services, isolés, Sp de moins de 200 lits, hôpitaux et services, isolés, G de moins de 200 lits, hôpitaux et services Sp soins palliatifs et unités de traitement de grands brûlés :]]²¹

- pour les hôpitaux de moins de 500 lits, d'un montant de 100.663,10 € (index 01/07/2007) correspondant à l'occupation de 0,5 ETP médecin avec la formation requise et/ou l'expérience en soins palliatifs, de 0,5 ETP infirmier(e) gradué(e) et de 0,5 ETP psychologue ;
- pour les hôpitaux de 500 lits et plus, d'un montant de 100.663,10 € (index 01/07/2007) multiplié par le nombre de lits de l'hôpital et divisé par 500.

[Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]]²⁵

- (b) Hôpitaux et services, isolés, Sp de moins de 200 lits et hôpitaux et services, isolés, G de moins de 200 lits, à l'exception des lits Sp - soins palliatifs et des hôpitaux bénéficiant d'un financement suivant les modalités visées au point a) :]]²¹

- pour les services comptant moins de 40 lits d'un montant forfaitaire de 15.894,18 € (index 01/07/2007) ;
- pour les services comptant 40 lits et plus d'un montant forfaitaire de 28.256,33 € (index 01/07/2007).

[Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]]²⁵

2° d'un montant variable, calculé comme suit :

un montant variable de 1.783.018,89 € (index 01/07/2007) est réparti entre tous les hôpitaux, visés au point 1°, sur base des séjours d'hospitalisation classique enregistrés dans le cadre des deux derniers semestres connus du résumé clinique minimum dans tous les index de service à l'exception des index NIC, A, M et Sp-soins palliatifs.

* Entrée en vigueur : 01.01.2011.

[Les séjours pris en considération sont :

- les séjours avec un code ICD10-CM de diagnostic secondaire - Z515,
- et les séjours avec un niveau de sévérité 3 ou 4 et un niveau de mortalité 3 ou 4 dans la classification [3M™ APR DRG Classification System Definitions Manuals.]^{78*}]²⁰

[...] ²⁷

Article 66

Pour l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum dans les maisons de soins psychiatriques, l'hôpital psychiatrique qui a conclu une convention avec une ou plusieurs maisons de soins psychiatriques se voit octroyer, sur base annuelle, un montant de base de 2.478,94 € par maison de soins psychiatriques, majoré de 53,73 € (valeur au 1^{er} janvier 2002) par lit de maison de soins psychiatriques agréé et existant au 1^{er} janvier qui précède l'exercice de fixation du budget. Ce montant est, sur la base de la convention visée à l'alinéa 1, intégralement versé par le gestionnaire à la maison de soins psychiatriques concernée.

[...] ²⁷

Article 67

La Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux psychiatriques contient au 1^{er} juillet 2002 les montants octroyés au 30 juin 2002 pour les emplois dit « T1 et T2 ».

Article 68

En vue de financer la fonction agréée SMUR, il est octroyé un montant forfaitaire de 222.145,85 € (valeur au 1^{er} janvier 2002).

[Le maintien de ce financement est subordonné à la collecte et à la transmission de données relatives à l'activité de la fonction SMUR [...] ⁴⁸].⁴

Article 69

[A partir du 1^{er} janvier 2010, afin de soutenir la technique de désintoxication rapide sous anesthésie de patients dépendants aux opiacés appelée « Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) », la Sous-partie B4 des hôpitaux, ayant signé une convention avec le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, est augmentée.]²⁶

Article 70

[...] ²⁶

[A partir du 1^{er} janvier 2013, afin de mettre en place des structures d'hospitalisation prolongée pour les patients atteints de tuberculose multirésistante, la sous-partie B4 des hôpitaux agréés pour des lits d'index L et ayant signé une convention avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions est augmentée d'un budget de 806.870 €.

* Entrée en vigueur : 01.07.2021.

Ce montant correspond à :

- une équipe soignante ayant une expérience en matière de traitement de maladies infectieuses composée de 6 infirmiers, 3 aides-soignants, 3 paramédicaux, un quart temps infirmier hygiéniste et un quart temps médecin hygiéniste ;
- l'achat du matériel spécifique nécessaire à l'exercice de la mission, comme le matériel de base pour pouvoir accueillir dans des conditions optimales de sécurité pendant une semaine, les 3 premiers patients présentant une pathologie respiratoire aiguë hautement contagieuse nécessitant une hospitalisation dans des unités ad hoc et le matériel nécessaire pour pouvoir opérer en routine les patients avec une tuberculose multirésistante.]]^{37*}

Article 71

[§ 1]⁴⁹ [A partir du 1^{er} janvier 2010, dans le cadre du Plan d'attractivité pour la profession infirmière, pour valoriser les titres professionnels particuliers (TPP) et les qualifications professionnelles particulières (QPP) des infirmiers agréés et travaillant effectivement dans un service, une fonction ou un programme de soins prévoyant cette spécialisation, la Sous-partie B4 des hôpitaux est augmentée, dans les limites d'un budget de 25.350.000 € (index 01/01/2010), selon les modalités d'octroi prévues dans [l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables.]]⁶³

- 1° pour chaque ETP infirmier porteur d'un titre professionnel particulier agréé par le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions : un montant de 3.341,50 € brut (index 01/01/2010), à verser au travailleur sous forme de prime annuelle ;
- 2° pour chaque ETP infirmier pouvant se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière agréée par le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions : un montant de 1.113,80 € brut (index 01/01/2010), à verser au travailleur sous forme de prime annuelle.

Le montant financé aux hôpitaux, pour les ETP infirmiers porteurs d'un TPP ou pouvant se prévaloir d'une QPP travaillant effectivement dans un service, une fonction ou un programme de soins prévoyant cette spécialisation, est majoré d'un taux de charges patronales de 34,67 %.

Pour conserver les financements précités, les gestionnaires hospitaliers doivent faire parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de ces avantages au personnel précité à compter du 1^{er} janvier 2010. Cette attestation doit être envoyée pour le 15 octobre 2010 et doit être contresignée par le conseil d'entreprise pour le secteur privé, par le comité de concertation local pour le secteur public ou, à défaut, par la délégation syndicale.]]^{27†}

[§2 Pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016, un budget supplémentaire unique non récurrent de 10 millions € (valeur 1^{er} juillet 2016) est réparti entre les hôpitaux privés au

* Entrée en vigueur : 01.01.2013.

† Entrée en vigueur : 01.01.2010.

prorata de la valeur de la partie B de leur budget des moyens financiers notifié au 1^{er} juillet 2015. Ce montant n'est pas révisable.][⁴⁹

- [§ 3 A partir du 1^{er} septembre 2018, le financement prévu au § 1 n'est plus octroyé à l'hôpital relevant du champ d'application de la commission paritaire des établissements et des services de santé 330 pour leurs infirmiers agréés, à partir du 1^{er} septembre 2018, pour un titre professionnel particulier et/ou une qualification professionnelle particulière.

Néanmoins, le financement de la prime annuelle visée au § 1, 1^o et/ou 2^o, est maintenu pour l'infirmier qui change de fonction dans le même hôpital relevant de la commission paritaire 330 précitée ou qui change d'hôpital relevant de la commission paritaire 330 précitée pour autant qu'il continue d'exercer une fonction d'infirmier.

- § 4 Le financement de la prime annuelle visée au § 1, 1^o et/ou 2^o, pour l'infirmier travaillant dans un hôpital ne relevant pas de la commission paritaire 330 précitée, qui change d'employeur pour un employeur relevant de la commission paritaire 330 précitée, est maintenu pour autant qu'il continue d'exercer une fonction d'infirmier.][⁶³

- [§ 5 A partir du 1^{er} septembre 2022, le financement prévu au § 1 n'est plus octroyé à l'hôpital du secteur public pour ses infirmiers agréés à partir du 1^{er} septembre 2022, pour un titre professionnel particulier et/ou une qualification professionnelle particulière.

Néanmoins, le financement de la prime annuelle visée au § 1, 1^o et/ou 2^o, est maintenu pour l'infirmier qui change de fonction dans le même hôpital ou qui change d'hôpital pour autant qu'il continue d'exercer une fonction d'infirmier et qu'il n'a pas opté pour le barème IFIC.][^{81*}

Législation applicable en Communauté flamande[†]

Article 71

...][⁷

[Article 71/1

A partir du 1^{er} janvier 2022, pour financer le complément de spécialisation octroyé aux infirmiers agréés pour un titre professionnel particulier (TPP) ou une qualification professionnelle particulière (QPP) selon les modalités d'octroi prévues dans l'arrêté royal du 17 juillet 2022 instaurant un complément de spécialisation et modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les

* Entrée en vigueur : 01.09.2022.

† Art. 5 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 15.09.2017 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux - Entrée en vigueur : 02.09.2016.
Art. 8 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 15.09.2017 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux - Entrée en vigueur : 02.09.2016.
L'article 8 stipule : « Si des hôpitaux emploient des infirmiers agréés auxquels s'applique la disposition transitoire, visée à l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15.07.2016 modifiant l'article 1 de l'arrêté royal du 28.12.2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables, l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux continue à s'appliquer, tel qu'en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent arrêté ».

prestations inconfortables et l'arrêté royal du 25 septembre 2014 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans les soins infirmières à domicile, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers, un budget provisionnel de 22.958.600 euros (valeur 1^{er} janvier 2022) est réparti entre tous les hôpitaux au prorata de leur nombre d'ETP payés issu de la collecte FINHOSTA de l'année 2019 ou de l'année 2018 quand 2019 n'était pas disponible, dans les grades-fonctions 24140 à 24156 repris dans les centres de frais 020 à 499, 550 à 552 et 555.

Lors de la révision annuelle de la mesure, l'hôpital reçoit pour chaque ETP infirmier porteur d'un titre professionnel particulier (TPP) et pour chaque ETP infirmier pouvant se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière (QPP), pour autant qu'il soit rémunéré selon le nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé 'IFIC' et qu'il répond aux conditions d'octroi prévues dans l'arrêté royal du 17 juillet 2022 susmentionné, un financement correspondant à :

- 1° TPP : 2.500 euros (valeur 1^{er} janvier 2022) majorés de 34,67 % pour couvrir les charges patronales, soit 3.366,75 euros par ETP ayant droit, en sachant que pour l'année 2022 le droit est limité à 8/12^e de la prime ;
- 2° QPP : 833 euros (valeur 1^{er} janvier 2022) majorés de 34,67 % pour couvrir les charges patronales, soit 1.121,80 euros par ETP ayant droit, en tenant compte du fait que le droit est limité à 8/12^e de la prime pour l'année 2022.

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

- 1° des infirmiers membres du personnel détachés d'un C.P.A.S., d'une intercommunale ou d'une autre autorité publique ;
- 2° des infirmiers 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 infirmiers 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 ;
- 4° des infirmiers de projet, tels que visés dans le chapitre III de la loi mentionnée au point 3°, dans la mesure où le recours à ce personnel est nécessaire pour assurer des objectifs de qualité et d'innovation de soins.]^{87*}

Article 72

[...]⁴⁶

[Article 73]¹⁷

- § 1 Les montants octroyés au 30 juin 2002 et se rapportant aux coûts visés à l'article 15, 15° et 26° du présent arrêté sont maintenus au 1^{er} juillet 2002.

* Entrée en vigueur : 01.01.2022.

- § 2 Les charges relatives aux conventions de premier emploi telles que visées à l'article 15, 9°, sont adaptées sur base des dépenses constatées pour l'année civile 2005, étant entendu que le nombre est limité, le cas échéant, à 1,8 % de l'effectif présent, exprimé en ETP, au 30 juin de l'année précédente.
- § 3 Les charges relatives aux augmentations du taux de cotisations patronales de pensions, appliquées de 2005 à 2007, pour les nouveaux affiliés, au « pool 2 de l'Office national de Sécurité sociale - Administrations provinciales et locales (ONSS-APL) », telles que visées à l'article 15, 15°, sont financées sur base des coûts réels renseignés par l'ONSS-APL.
- [§ 4 A partir du 1^{er} juillet 2019 et ensuite chaque année civile, il est octroyé un forfait (X) aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales pour compenser une partie des charges qui résultent de la loi du 24 octobre 2011 assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales et aux hôpitaux privés qui disposent de personnel nommé à titre définitif mis à leur disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné.

Le personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales pris en considération est celui renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.

Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont, pour chaque année de référence, l'addition de la charge totale de cotisation de pension de base de la masse salariale de l'hôpital et, le cas échéant, du montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle de l'hôpital au prorata du pourcentage du personnel susmentionné.

Le budget disponible de [71.753.332,74 € (index au 1^{er} janvier 2020)]^{76*} est réparti de la manière suivante :

$$X = [(A + B) * C] / D * \text{budget disponible}$$

où :

A = charge annuelle de cotisation de pensions de base, relative à l'année de référence, pour l'hôpital

B = charge annuelle de responsabilisation, relative à l'année de référence, pour l'hôpital, le cas échéant

C = pourcentage de personnel nommé renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104 travaillant dans l'hôpital au cours du 4^e trimestre de l'année de référence

D = total des charges annuelles [(A+B) * C] pour le pays pour l'année de référence

Les données reprises ci-dessus sont fournies par l'Office national de sécurité sociale et l'année de référence est la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé.

* Entrée en vigueur : 01.01.2020.

En ce qui concerne l'hôpital privé qui dispose de personnel nommé à titre définitif mis à sa disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné, le forfait octroyé n'est maintenu que si l'hôpital fournit, chaque année, la preuve formelle qu'il a supporté effectivement, pour chaque pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé, la charge financière de pension de ce personnel y compris, le cas échéant, la charge de cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle. La preuve est fournie sous forme d'une déclaration sur l'honneur, dont le modèle est publié sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, signée par le gestionnaire de l'hôpital et contresignée par l'affilié au Fonds susmentionné. Elle est envoyée à l'adresse com.finhosp@health.fgov.be pour le 31 décembre de l'année pour laquelle le forfait est calculé.

A partir de l'année 2020, la répartition du budget disponible est actualisée chaque année en tenant compte des données concernant les éléments visés ci-dessus de la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé. Les données sont fournies par l'Office national de sécurité sociale.

- § 5 A partir du 1^{er} juillet 2019 et ensuite chaque année civile, il est octroyé un forfait (Y) aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales et aux hôpitaux privés qui disposent de personnel nommé à titre définitif mis à leur disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné pour compenser une partie des charges de cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle qui résultent de la loi du 24 octobre 2011 mentionnée au § 4.

[...]*

Le budget disponible de [12.260.100 € (index au 1^{er} janvier 2020)]⁷⁶ est réparti de la manière suivante :

$$Y = (A * B) / C * \text{budget disponible}$$

où :

A = Charge annuelle de responsabilisation relative à l'année de référence pour l'hôpital

[...][†]

* Ce passage a été annulé par le Conseil d'État (arrêt n° 256.243). Le texte avant annulation se présente comme suit :
Le personnel nommé à titre définitif pris en considération est celui renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.
Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont celles du montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle au prorata du pourcentage du personnel susmentionné.

À partir du 01/07/2026, de nouvelles modalités de calcul sont prévues par l'arrêté royal du 17/06/2026 modifiant l'A.R. du 25/04/2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Dans les BMF du 01/07/2024 et 01/07/2025, les montants octroyés ont été figés à leur valeur au 01/07/2023 étant donné que la formule n'était plus applicable.

† Ce passage a été annulé par le Conseil d'État (arrêt n° 256.243). Le texte avant annulation se présente comme suit :
B = Pourcentage de personnel nommé renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104 pour l'hôpital du 4^e trimestre de l'année de référence.

$C = \text{Total des charges annuelles (A * B) pour le pays de l'année de référence}$

Les données reprises ci-dessus sont fournies par l'Office national de sécurité sociale et concernent la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé.

A partir de l'année 2020, la répartition du budget disponible est actualisée chaque année en tenant compte des données concernant les éléments visés ci-dessus de la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé. Les données sont fournies par l'Office national de sécurité sociale.

Pour maintenir le droit au financement, l'hôpital doit prouver, chaque année, que le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à sa disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné n'est pas supérieur au nombre moyen d'ETP, statutaires ou statutaires mis à sa disposition, de l'année 2018.

Pour ce faire, à partir de l'année 2021, le gestionnaire de l'hôpital envoie chaque année pour le 31 mars, à l'adresse com.finhosp@health.fgov.be, une déclaration sur l'honneur, qui fait apparaître le nombre moyen d'ETP statutaires ou statutaires mis à disposition, de l'année 2018 et le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition de l'année précédant celle de l'envoi de l'attestation. Pour les hôpitaux privés ayant des ETP statutaires mis à leur disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds de pension solidarisé des administrations locales et provinciales, l'attestation susmentionnée doit être contresignée par le responsable de l'administration susmentionnée.

Si l'attestation requise n'est pas transmise dans le délai imparti, le financement octroyé pour l'année pour laquelle l'attestation a été demandée est récupéré. La même chose vaut au cas où, de l'attestation expédiée, il ressort que le nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné, est supérieur au nombre moyen d'ETP statutaires ou d'ETP statutaires mis à disposition, ou encore si le contenu de l'attestation ne concorde pas avec la réalité. Dans tous ces cas, l'hôpital ne pourra plus disposer d'un financement ultérieur dans le cadre de cette mesure. Le budget récupéré est réparti, lors d'un budget des moyens financiers ultérieur, entre les hôpitaux qui remplissent les conditions fixées ci-dessus pour l'année concernée. Cette répartition se fait selon les modalités de répartition de l'année concernée.]⁷³

Législation applicable à partir du 01/07/2026

- [§ 4. *Chaque année civile, un forfait (X) est octroyé aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales et aux hôpitaux disposant de personnel nommé à titre définitif exerçant ou ayant exercé une activité hospitalière mis à leur disposition par une entité affiliée au Fonds susmentionné, afin de compenser une partie des charges de cotisation pension de base et une partie des charges de cotisation complémentaire de pensions au titre de responsabilisation individuelle résultant de la loi du 24 octobre 2011 assurant un financement pérenne des pensions des membres du*

À partir du 01/07/2026, de nouvelles modalités de calcul sont prévues par l'arrêté royal du 17/06/2026 modifiant l'A.R. du 25/04/2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Dans les BMF du 01/07/2024 et 01/07/2025, les montants octroyés ont été figés à leur valeur au 01/07/2023 étant donné que la formule n'était plus applicable.

personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales et des zones de police locale et modifiant la loi du 6 mai 2002 portant création du fonds des pensions de la police intégrée et portant des dispositions particulières en matière de sécurité sociale et contenant diverses dispositions modificatives.

Le calcul du forfait (X) tient compte des éléments suivants :

- 1° Le forfait de l'année N est déterminé sur la base des données relatives à l'année N-2 ;*
- 2° a) les données relatives à la charge de cotisation pension de base sont fournies par l'Office national de sécurité sociale ;*
b) les données relatives à la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle, ci-après dénommée cotisation de responsabilisation, sont établies sur la base des informations communiquées par les hôpitaux conformément au paragraphe 5.
- 3° Pour l'application du présent paragraphe et du paragraphe suivant, sont considérées comme activités hospitalières les activités correspondant aux codes NACE-BEL 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.*
- 4° Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont, pour chaque hôpital :*
 - a) la charge de cotisation pension de base de l'année N-2 relative aux membres du personnel nommés à titre définitif occupant un poste dans lequel ils exercent des activités hospitalières visées au 3° (A) ;*
 - b) le cas échéant, la charge de la cotisation de responsabilisation individuelle de l'année N-2 en lien avec des membres du personnel nommés à titre définitif ayant exercé des activités hospitalières visées au 3° (B).*

Ces charges sont prises en compte que les membres du personnel aient été employés directement par l'hôpital ou mis à sa disposition par une entité affiliée au Fonds susmentionné.

Chaque année, le budget disponible est réparti entre les hôpitaux de la manière suivante :

$$X = (A + B) / C * \text{budget disponible}$$

où :

A = charge de cotisation pension de base de l'année N-2 des membres du personnel nommé à titre définitif occupant un poste dans lequel ils exercent des activités hospitalières reprises sous 3°, qu'ils soient employés directement par l'hôpital affilié ou mis à sa disposition par une entité affiliée au Fonds susmentionné ;

B = charge de responsabilisation de l'année N-2 de l'hôpital en lien avec des membres du personnel nommés à titre définitif pensionnés qui occupaient des activités hospitalières reprises sous 3°, qu'ils aient été employés directement par l'hôpital affilié au Fonds susmentionné ou mis à sa disposition par une entité affiliée au Fonds susmentionné ;

C = total des charges annuelles (A+B) pour l'ensemble des hôpitaux du pays ;

Budget disponible = 90.999.203,49 euros (index 1^{er} janvier 2026).

§ 5. *Chaque année civile, un forfait (Y) est octroyé aux hôpitaux affiliés au Fonds mentionné au § 4 et aux hôpitaux ayant la charge des pensions de personnel nommé à titre définitif ayant exercé une activité hospitalière mis à leur disposition par une entité affiliée au Fonds susmentionné, afin de compenser une partie des charges de cotisation de responsabilisation résultant de la loi du 24 octobre 2011 mentionnée au paragraphe 4.*

On distingue les situations suivantes :

1° *Pour l'hôpital affilié au Fonds susmentionné, la charge de cotisation de responsabilisation prise en compte pour le calcul du forfait correspond au montant de la cotisation de responsabilisation individuelle telle que déterminé par le Service fédéral des pensions et facturé par l'O.N.S.S. à l'hôpital et effectivement payé par cet hôpital.*

Le montant retenu comme charge de cotisation de responsabilisation est celui figurant sur la facture de l'O.N.S.S., après application, le cas échéant, des majorations ou diminutions prévues par l'article 20, § 1^{er} de la loi du 24 octobre 2011 et après application de l'allègement prévu à l'article 20, § 2, de cette même loi.

Les financements, compensations ou interventions accordés par d'autres autorités publiques sont sans incidence sur la détermination de la charge de cotisation complémentaire de pensions au titre de responsabilisation individuelle.

Chaque année, au plus tard le dernier jour du mois de février de l'année d'octroi du forfait, l'hôpital affilié au Fonds susmentionné doit communiquer au SPF Santé publique :

- *copie du courrier qui lui a été adressé par l'O.N.S.S. en septembre de l'année X-1 déterminant la cotisation de responsabilisation relative à l'année X-2 ;*
- *un extrait de la comptabilité de l'hôpital certifié par le réviseur d'entreprise et contresigné par le gestionnaire de l'hôpital qui démontre que le montant de la cotisation de responsabilisation a été effectivement payé. Lorsque la gestion des pensions des agents nommés à titre définitif est assurée par un intermédiaire, une attestation de celui-ci relative au montant et au paiement de la cotisation de responsabilisation peut remplacer l'extrait de comptabilité.*

Lorsque ces documents ne sont pas fournis ou sont incomplets, la charge de responsabilisation pour l'année concernée est réputée nulle.

2° *Lorsque l'hôpital prend en charge une partie de la charge de responsabilisation d'une entité affiliée au Fonds ayant mis à sa disposition des membres du personnel nommés à titre définitif devenus pensionnés, cette intervention est prise en compte dans la charge de responsabilisation de l'hôpital uniquement à concurrence de la part correspondant aux pensions des membres du personnel ayant exercé des activités hospitalières visées au § 4, 3°.*

Chaque année, au plus tard le dernier jour du mois de février de l'année d'octroi du forfait, l'hôpital ayant la charge d'une partie de la cotisation de responsabilisation

d'une entité affiliée au Fonds susmentionné doit communiquer au SPF Santé publique :

- a) copie du courrier qui a été adressé à l'entité en question par l'O.N.S.S. en septembre de l'année N-1 qui détermine la cotisation de responsabilisation relative à l'année N-2 ;*
- b) copie de la facture adressée par l'entité à l'hôpital relative à la prise en charge d'une partie de la facture mentionnée au premier tiret ;*
- c) la convention en vertu de laquelle l'entité répercute sur l'hôpital une partie de sa charge de responsabilisation ;*
- d) une attestation sur l'honneur, dont un modèle est mis à disposition chaque année, signée par le gestionnaire de l'hôpital et contresignée par le receveur de l'entité ou, à défaut, par son responsable, indiquant au moins les éléments suivants :*
 - la méthode de calcul utilisée pour répartir la charge de responsabilisation entre l'hôpital et l'entité ;*
 - le montant de la cotisation de responsabilisation définitive relative à l'année N-2 mis à charge de l'hôpital ;*
 - que la cotisation de responsabilisation définitive relative à l'année N-2 a été effectivement payée à l'entité.*
- e) un extrait de la comptabilité de l'hôpital, certifié par le réviseur d'entreprise et contresigné par le gestionnaire de l'hôpital, qui démontre que cette seconde facture a été effectivement payée par l'hôpital ;*
- f) une attestation signée par le gestionnaire de l'hôpital certifiant que, sur la base des pièces et informations transmises au SPF Santé Publique, le Ministre dispose d'une information complète, exacte et fidèle concernant la charge de responsabilisation et sa répartition entre l'hôpital et l'entité affiliée au Fonds solidarisé, et que les montants déclarés concernent exclusivement la charge de responsabilisation liée à des activités hospitalières.*

Lorsque ces documents ne sont pas fournis ou sont incomplets, la charge de responsabilisation pour l'année concernée est réputée nulle.

- 3° Chaque année, le budget disponible est réparti entre les hôpitaux selon la formule suivante :*

$$Y = A/B * \text{budget disponible}$$

où :

A = charge de responsabilisation de l'année N-2 de l'hôpital en lien avec des membres du personnel nommés à titre définitif pensionnés qui occupaient des activités hospitalières visées au § 4, 3°, qu'ils aient été employés directement par l'hôpital ou mis à sa disposition par une entité affiliée au Fonds susmentionné ;

B = total des charges (A) de l'année N-2 pour l'ensemble des hôpitaux du pays ;

Budget disponible = 15.548.536,79 euros (index 1^{er} janvier 2026).

Pour maintenir le droit au financement, l'hôpital doit prouver, chaque année, que le nombre moyen d'ETP nommés à titre définitif ou d'ETP nommés à titre définitif mis à sa disposition par une entité affiliée au Fonds n'est pas supérieur au nombre moyen d'ETP, nommés à titre définitif ou nommés à titre définitif mis à sa disposition, de l'année 2018, définie dans ce cadre comme année de référence.

En cas de fusion d'hôpitaux, l'année de référence visée à l'alinéa précédent est remplacée par l'année civile précédant la fusion. Le nombre moyen d'ETP nommés à titre définitif ou d'ETP nommés à titre définitif mis à sa disposition par une entité affiliée au Fonds pris en considération pour cette nouvelle année de référence correspond à la somme des nombres moyens d'ETP nommés à titre définitif de ces hôpitaux concernés. En cas de défusion d'hôpitaux ou de modification de la structure d'un hôpital, l'année de référence visée à l'alinéa précédent est remplacée par la première année civile complète suivant la défusion ou la modification de structure.]¹⁸

[Article 73bis

Afin d'équilibrer l'avantage au secteur privé dans le cadre de l'accord interprofessionnel, il est décidé d'augmenter le financement du personnel contractuel et statutaire des hôpitaux publics, hors Maribel, [...] ²¹, contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire inter-départemental et conventions de premier emploi, de 0,25 % à partir du 1^{er} juillet 2007.

A cette fin, dans les limites d'un budget disponible de 3.000.000 € (index 01/07/2007), la Sous-partie B4 des hôpitaux publics est augmentée d'un montant (X) calculé comme suit :

$$X = A * B/C$$

où :

A = montant disponible de 3.000.000 €

B = nombre d'ETP contractuel et statutaire de l'hôpital public repris dans les centres de frais 020 à 899 visés dans l'annexe 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, hors personnel Maribel, [...] ²¹, contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental et conventions de premier emploi

C = nombre d'ETP contractuel et statutaire de l'ensemble des hôpitaux publics repris dans les centres de frais 020 à 899, hors personnel Maribel, [...] ^{21*}, contractuels subventionnés par le Fonds budgétaire interdépartemental et conventions de premier emploi] ²⁰

Article 73ter

[Afin de couvrir une partie du coût du remplacement du personnel statutaire en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier, un budget de 11.423.438 € (index 01/07/2009) est réparti, entre les hôpitaux concernés, comme suit :

- 1) au 1^{er} juillet 2009, au prorata du nombre d'ETP, statutaires en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier de l'année 2005, renseigné par les hôpitaux au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ;

* Correction apportée par la coordination.

- 2) au 1^{er} juillet 2010, le nombre réel d'ETP statutaires en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier, hors personnel mis à disposition et médecins, imputés dans un centre de frais compris entre 020 et 499 et à charge du budget des moyens financiers, c'est-à-dire après application des clés de répartition des centres de frais de 020 à 199, sur base du coût salarial moyen du personnel visé ci-dessus.

A partir de l'année 2010, il est procédé à la révision de ce montant sur base du nombre réel d'ETP statutaires en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier, hors personnel mis à disposition et médecins, imputés dans un centre de frais compris entre 020 et 499 et à charge du budget des moyens financiers, c'est-à-dire après application des clés de répartition des centres de frais de 020 à 199, et sur base du coût salarial moyen du personnel visé ci-dessus et ensuite tous les trois ans.

Cependant, si l'hôpital fournit la preuve formelle qu'il supporte la charge financière du personnel statutaire mis à sa disposition, hors médecins, en absence de maladie de longue durée au-delà de 30 jours calendrier, cette charge financière sera prise en considération lors de la révision de cette mesure.

Au 1^{er} juillet 2011, le budget susmentionné est redistribué en tenant compte du personnel mis à disposition, hors médecins, pour lequel la preuve, visée à l'alinéa précédent, a été fournie et sur base des modalités décrites au point 2° ci-dessus.]²⁸

[Article 74]¹⁷

Pour les hôpitaux visés à l'article 15, 27°, il est accordé un montant (M) calculé comme suit :

$$(M) = A+B$$

Où

- A = représente la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés au 30 juin 2002 si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 du présent arrêté ; [la partie de la différence de budget, transféré au 1^{er} juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transférée vers la Sous-partie B2]5
- B = la diminution de budget visée à l'article 42, § 8 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002

[[Article 74bis]¹⁷

Aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé de « médecine de la reproduction B », il est alloué un montant forfaitaire de 1.182 € par cycle répondant aux conditions suivantes :

1. [le cycle est accompli chez une femme dont l'âge se situe avant le jour de son 43^e anniversaire ; pendant la période d'application de l'article 2 de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19, l'âge de la femme est prolongé de 6 mois, c'est-à-dire jusqu'à la veille des 43 ans et 6 mois de la patiente ;]^{76*}

* Entrée en vigueur : 01.03.2020.

2. cette disposition s'applique pour un maximum de 6 cycles par femme visé au 1°.

Par « cycle », on entend l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules.

Pour être susceptible de bénéficier du financement visé au présent article, le programme de soins doit respecter, pour toutes les patientes, les conditions visées à l'annexe 15 du présent arrêté.

Ce financement couvre de manière forfaitaire les coûts de laboratoire de la médecine de la reproduction tels que personnel, appareillage, matériel et coûts indirects.

Ceci comprend les coûts générés par la procédure de laboratoire incluant la recherche des gamètes en vue d'insémination, la mise en fécondation par FIV/ICSI, la culture des embryons obtenus et leur évaluation morphologique, ainsi que la cryoconservation (congélation, stockage et décongélation) des embryons.

Le nombre de cycles par hôpital qui répond aux conditions de l'alinéa 1 est communiqué par le Collège de médecins pour le programme de soins « médecine de la reproduction », tel que visé à l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, à la Direction générale de l'Organisation des Établissements de Soins, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Il est interdit aux centres de médecine de la reproduction de facturer à la patiente les coûts visés au deuxième alinéa pour les cycles qui répondent aux conditions visées dans cet article.

Un montant provisoire est alloué au début de chaque exercice sur base des données du dernier exercice connu. Ce montant est revu sur base des données de l'exercice considéré, données établies sur base des déclarations certifiées des hôpitaux.

Les règles relatives au contrôle du respect du nombre maximum d'essais sont fixées par Nous.]⁵

Législation applicable à partir du 01/07/2026

[[Article 74bis]]¹⁷

Aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé de « médecine de la reproduction B », il est alloué un montant forfaitaire de 1.182 € par cycle répondant aux conditions suivantes :

1. *[le cycle est accompli chez une femme dont l'âge se situe avant le jour de son 43^e anniversaire ; [...]]^{17*}]*^{6†}

2. *cette disposition s'applique pour un maximum de 6 cycles par femme visé au 1°.*

Par « cycle », on entend l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules [y compris le transport des gamètes]]^{17‡}.

Pour être susceptible de bénéficier du financement visé au présent article, le programme de soins doit respecter, pour toutes les patientes, les conditions visées à l'annexe 15 du présent arrêté.

Ce financement couvre de manière forfaitaire les coûts de laboratoire de la médecine de la reproduction tels que personnel, appareillage, matériel et coûts indirects.

* Entrée en vigueur : 01.07.2026.

† Entrée en vigueur : 01.03.2020.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2026.

Ceci comprend les coûts générés par la procédure de laboratoire incluant la recherche des gamètes en vue d'insémination, la mise en fécondation par FIV/ICSI, la culture des embryons obtenus et leur évaluation morphologique, ainsi que la cryoconservation (congélation, stockage et décongélation) des embryons.

[...] ^{B7}*

Il est interdit aux centres de médecine de la reproduction de facturer à la patiente les coûts visés au deuxième alinéa pour les cycles qui répondent aux conditions visées dans cet article.

[Au 1^{er} juillet 2026 et au 1^{er} juillet 2027, le budget financé à titre de provision au 1^{er} juillet 2025 est maintenu, sous réserve des éventuelles indexations intervenues entre-temps.

Au 1^{er} juillet 2028, le financement est calculé sur base des prestations relevant des codes de nomenclature 559812-559823, 559834-559845 et 559856-559860 facturées en 2026 et comptabilisées par l'INAMI jusqu'au 30 juin 2027.

A partir du 1^{er} juillet 2029, le financement est calculé sur base des prestations relevant des codes de nomenclature 559812-559823, 559834-559845 et 559856-559860 facturées en N-2 et comptabilisées par l'INAMI jusqu'au 30 juin N-1.] ^{B7†}

Les règles relatives au contrôle du respect du nombre maximum d'essais sont fixées par Nous.] ^F

[[Article 74ter]]¹⁷

Aux hôpitaux aigus [, aux hôpitaux psychiatriques]^B et aux services Sp isolés disposant d'une fonction de médiation, il est accordé un montant fixé comme suit :

- pour les hôpitaux aigus [...] ⁹ de moins de 250 lits, il est accordé un forfait de 16.670,84 € ;
- aux hôpitaux aigus [...] ⁹ de 250 lits et plus, il est accordé un forfait de 21.070,95 € ;
- [- pour les hôpitaux psychiatriques de moins de 100 lits, il est accordé un forfait de 4.214,19 € (index 1^{er} janvier 2004) ;
- aux hôpitaux psychiatriques de 100 à 249 lits, il est accordé un forfait de 13.970,33 € (index 1^{er} janvier 2004) ;
- aux hôpitaux psychiatriques de 250 lits et plus, il est accordé un forfait de 17.657,67 € (index 1^{er} janvier 2004) ;]^B
- aux services Sp isolés de moins de 100 lits, il est accordé un forfait de 4.214,19 € ;
- aux services Sp isolés de 100 à 400 lits, il est accordé un forfait de 8.428,38 € ;
- aux services Sp isolés de plus de 400 lits, il est accordé un forfait de 10.535,47 €.

[Pour l'hôpital psychiatrique qui garantit le droit de plainte du patient par le biais de la fonction de médiation de l'association comme plate-forme de concertation, au sens de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, une convention entre l'hôpital et l'association doit régler les conditions, la hauteur et les modalités de la transmission du financement. Cette convention doit être transmise à la

* Entrée en vigueur : 01.07.2026.

† Entrée en vigueur : 01.07.2026.

Direction générale Organisation des établissements de soins, Service comptabilité et gestion des hôpitaux.]⁸

Pour apprécier le nombre de lits les règles suivantes sont d'application :

- pour les hôpitaux aigus disposant aussi d'un service Sp, seuls les lits aigus sont pris en considération ;
- pour les services Sp isolés, qui disposent aussi de lits G et de lits Sp palliatifs, le nombre de lits de ces deux services sont additionnés aux lits Sp.

[...] ^{27]}⁵

[[Article 74quater]¹⁷

Pour les hôpitaux visés à l'article 7, 2°, g), 1°, il est accordé un budget représentant la différence en points de base concernant le personnel infirmier lié aux lits universitaires situés en dehors du site pris en considération pour l'attribution des 60 %, comme mentionné à l'alinéa 2, point 2, de [l'article 77, §1.]^{17]}⁶

[[Article 74quinquies]¹⁷

[Les hôpitaux, agréés selon les dispositions de l'arrêté royal du 4 juin 2008 fixant les normes auxquelles la section « centre d'expertise pour les patients comateux » doit répondre pour être agréée, sont financés comme suit :

- 9.047,30 € (index 01/07/2010) par lit occupé par des patients comateux, afin de couvrir les charges de personnel supplémentaire défini dans l'arrêté royal du 4 juin 2008 précité,
- 2.715,59 € (index 01/07/2010) par lit occupé par des patients comateux, afin de couvrir la fonction de liaison externe.]^{27*}¹³

[Article 74sexies

En vue de prendre en charge les coûts permettant d'assurer la coordination du trajet de soins et de soutenir l'encadrement psychologique des patients grands brûlés, la Sous-partie B4 des unités de traitement de grands brûlés est augmentée d'un montant de 48.000 € (index 01/07/2005) correspondant à l'occupation de 0,5 ETP A1 coordinateur et de 0,5 ETP psychologue.

Article 74septies

En cas d'application de l'article 101 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, le budget B4 est augmenté d'un montant déterminé selon les modalités et conditions fixées par Nous.]³²

[Article 74octies

[§ 1]³⁹ A partir du 1^{er} janvier 2007, sur base de l'article 2 de l'arrêté royal du 27 avril 2007 portant des dispositions générales d'exécution des mesures en faveur de l'emploi des jeunes dans le secteur non marchand résultant de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, un financement annuel de maximum 35.000 € par ETP est intégré dans la Sous-partie B4 des hôpitaux recrutant des jeunes peu qualifiés dans les projets globaux « Sécurité dans les hôpitaux », « Problématique des internés

* Entrée en vigueur : 01.07.2008.

détenus » et « Puéricultrices dans les services pédiatriques », visés dans l'article 1, 1° à 3° de l'arrêté ministériel du 31 mai 2007 exécutant l'article 82 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations et déterminant les projets globaux dans les secteurs relevant de la compétence de l'autorité fédérale.

Une révision du budget alloué à chaque hôpital est prévue, pour les années 2007 à 2010, au prorata de l'occupation réelle des ETP embauchés durant ces années.]³³

[§ 2 A partir du 1^{er} janvier 2014, le budget alloué en provision pour l'année 2010 à chaque hôpital, est maintenu.]³⁹

[Article 74nonies]

Un budget de 85.855,44 € (index 01/01/2011) est octroyé aux hôpitaux agréés pour un programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein, au sens de l'arrêté royal du 26 avril 2007 fixant les normes auxquelles un programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doit satisfaire pour être agréé.]^{28*}

[Article 74decies]

A partir du 1^{er} juillet 2021, un budget de 1.140.400 € (index 1^{er} juillet 2021) est réparti entre les hôpitaux agréés pour une fonction « maladies rares », au sens de l'arrêté royal du 25 avril 2014 fixant les normes auxquelles une fonction « maladies rares » doit répondre pour être agréée et le rester.

La répartition du budget disponible s'effectue selon les montants repris ci-dessous pour chaque hôpital concerné :

- UZ Brussel :	116.108,64 €
- CHU Liège :	138.373,20 €
- ULB Erasme Bruxelles :	138.373,20 €
- CU Saint-Luc Bruxelles :	133.795,44 €
- UZ Antwerpen :	137.957,04 €
- UZ Gent :	160.013,52 €
- UZ Leuven :	215.778,96 €
- Grand Hôpital Charleroi :	100.000,00 €] ^{78†}

[Article 74undecies]

§ 1 Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de coronavirus COVID-19, il est octroyé à chaque travailleur des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques une prime exceptionnelle d'encouragement. Cette prime est payée une seule fois par travailleur.

La prime doit être versée, avant le 31 décembre 2020, à chaque travailleur repris sur le payroll de l'hôpital, y compris les étudiants et les médecins, sauf les médecins spécialistes en formation couverts par un autre canal, ainsi qu'à chaque membre du personnel intérimaire et du personnel mis à disposition d'un hôpital par une administration provinciale ou locale ou par une autre entité.

* Entrée en vigueur : 01.01.2011.

† Entrée en vigueur : 01.07.2021.

Les travailleurs susmentionnés doivent être repris dans un centre de frais compris entre 020 et 899.

La prime est fixée à 985 € bruts par équivalent temps plein payé pendant la période du 1^{er} septembre 2020 au 30 novembre 2020 et est octroyée au prorata du temps de travail payé.

Pour le calcul du temps de travail, il est tenu compte du temps de travail payé pendant la période susmentionnée, étant entendu que les périodes de chômage temporaire et les périodes d'absence de plus de 30 jours calendrier ne sont pas prises en considération.

§ 2 Les hôpitaux sont financés de manière provisionnelle du montant X, calculé de la manière suivante :

$$X = A * [B * (1+C)]$$

où :

A= le nombre d'ETP susmentionné tel que renseigné dans la collecte Finhosta de l'année 2018, ou de 2017 si les données Finhosta 2018 ne sont pas disponibles. Le nombre d'ETP retenu par hôpital est fixé en annexe 23 du présent arrêté

B = 985 €

C = taux de charges patronales fixé à 36 % pour le personnel contractuel, intérimaire et mis à disposition d'un hôpital par une administration provinciale ou locale ou par une autre entité et à 41,5 % pour le personnel statutaire

§ 3 Le budget provisionnel octroyé en vertu du § 2 est revu lors de la révision de l'exercice 2020 sur base du statut et du nombre réel d'ETP visés ci-dessus, repris dans un centre de frais compris entre 020 et 899, payés entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 2020.

La détermination des prestations effectives durant la période de référence, permettant de définir la valeur de l'ETP, est fixée et validée par le gestionnaire de l'hôpital et l'organe de concertation sociale local et sera transmise, avec le statut du travailleur, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, dans le délai et selon les modalités qui seront fixés par circulaire de la Direction générale des soins de santé.]⁷⁷

[Article 74duodecies

§ 1 Au 1^{er} janvier 2023, pour compenser la hausse des coûts de l'énergie pour le premier semestre 2023, un budget provisionnel unique de 72 millions pour les hôpitaux généraux et de 8 millions pour les hôpitaux psychiatriques est distribué selon les modalités qui suivent.

Chaque enveloppe est répartie entre les hôpitaux concernés selon leur nombre de lits agréés au 1^{er} juillet 2022.

Le financement provisionnel octroyé est définitivement et entièrement maintenu si :

- l'hôpital a effectivement eu pour l'année 2023 des charges d'énergie plus élevées que celles de l'année 2021. Les charges d'énergie sont définies comme les charges reprises dans les comptes 6040 et 6041 du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, tels que repris dans l'annexe 1^{re} de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux ;

- et que cette augmentation des charges d'énergie est supérieure ou égale au financement provisionnel octroyé.

Dans le cas où les charges d'énergie susmentionnées pour l'année 2023 sont plus élevées que celles de l'année 2021 et que cette augmentation des charges d'énergie est inférieure au financement provisionnel octroyé, la différence est récupérée.

Dans le cas où les charges d'énergie susmentionnées pour l'année 2023 sont moins élevées ou égales que celles de l'année 2021, le financement provisionnel octroyé est entièrement récupéré. La récupération est effectuée lors de la révision de l'exercice 2023.

- § 2 La liquidation du budget provisionnel aux hôpitaux s'effectue selon les modalités définies dans l'arrêté royal du 25 juin 2023 fixant les modalités de paiement des montants de rattrapages positifs des hôpitaux.]⁷⁹

[Article 74terdecies]

- § 1 Pour l'application du présent article, on entend par :

- 1° « Hôpital hub » : un hôpital, renseigné dans le tableau publié en annexe du présent arrêté, qui a été désigné par les entités fédérées pour le stockage et la distribution des vaccins COVID-19 sur la base des critères de la Task force interfédérale « vaccin COVID-19 ».
- 2° « Point de vaccination » : lieu où la possibilité de se faire vacciner contre le virus COVID-19 est offerte à grande échelle, comme un hôpital, une maison de repos et de soins, un centre de soins de jour ou un centre de vaccination COVID-19.
- 3° « Vaccination de base COVID-19 » : la vaccination avec une dose d'un vaccin COVID-19 approuvé par l'Agence européenne des médicaments dans le cadre de la vaccination complète, limitée à 2 doses par personne, à l'exception du vaccin COVID-19 Johnson & Johnson dont la vaccination de base est limitée à 1 dose. La vaccination de base ne comprend pas les doses de rappel (« boosters »).

- § 2 Pour la vaccination COVID-19 des personnes dans l'hôpital entre le 28 décembre 2020 et le 30 novembre 2021, est accordé à l'hôpital un montant de 4,83 € par dose de vaccin administrée dans l'hôpital et faisant partie de la vaccination de base COVID-19, dont le nombre est démontré par les informations enregistrées dans le système d'information commun Vaccinnet, tel que visé dans la loi du 2 avril 2021 portant assentiment à l'accord de coopération du 12 mars 2021 entre l'Etat fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Région wallonne et la Commission communautaire française concernant le traitement de données relatives aux vaccinations contre la COVID-19, et transmises par Sciensano au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPSCAE).

Le financement au titre du présent arrêté pour les personnes vaccinées dans l'hôpital est accordé à condition qu'il n'y ait pas de cumul avec le financement destiné aux centres de vaccination, que l'hôpital reçoit, le cas échéant, de l'INAMI, des Communautés ou des Régions, pour la même vaccination pour la même administration de vaccins si l'hôpital a été désigné comme centre de vaccination.

§ 3 A chaque hôpital hub est allouée une intervention forfaitaire composée des éléments suivants :

- 1° un montant unique de 1.000 € pour les frais de démarrage liés aux travaux préparatoires nécessaires pour pouvoir assumer la fonction d'hôpital hub ;
- 2° un montant unique de 500 € par firme pharmaceutique dont les vaccins COVID-19 ont été conservés entre le 28 décembre 2020 et le 30 novembre 2021 par l'hôpital hub concerné, pour couvrir les coûts administratifs liés à l'adaptation des procédures générales et de la méthode de travail interne à chaque nouveau vaccin pris en charge ;
- 3° un montant de 100 € par mois pour chaque mois entre le 28 décembre 2020 et le 30 novembre 2021 inclus où l'hôpital hub a conservé des vaccins COVID-19. Ce nombre est calculé à partir du premier mois où l'hôpital hub a lui-même été approvisionné jusqu'au dernier mois inclus de ladite période où l'hôpital hub a envoyé des livraisons de vaccins aux points de vaccination ;
- 4° un montant de 110 € par livraison à l'hôpital hub entre le 28 décembre 2020 et le 30 novembre 2021 inclus à la suite d'une commande passée auprès d'une firme pharmaceutique où l'hôpital hub concerné se voit attribuer un nombre déterminé de vaccins COVID-19 ou à la suite d'un transfert d'un autre hôpital hub au cours de ladite période, pour couvrir les frais liés à la réception de ces vaccins à des fins de stockage, y compris les coûts de traitement administratif, de réception des marchandises et de retour des boîtes ;
- 5° un montant par jour de 60 € par point de vaccination approvisionné ce jour-là depuis le stock de l'hôpital hub au cours de la période entre le 28 décembre 2020 et le 30 novembre 2021 inclus, afin de couvrir les coûts supportés par l'hôpital hub pour la décongélation des vaccins, leur fractionnement par point de vaccination, l'administration liée à leur envoi et la communication avec le point de vaccination.

Les montants forfaitaires par paramètre définis pour les interventions mentionnées à l'alinéa 1er seront calculés par hôpital sur la base des informations relatives aux transferts de vaccins enregistrées dans le cadre des campagnes de vaccination auprès de l'autorité fédérale et des entités fédérées.]⁸⁰

Sous-section 10 – Sous-partie B5 du budget

[Article 75]¹⁷

[§ 1 La sous-partie B5 du budget des hôpitaux aigus est fixée selon les règles ci-après :

- a) 15 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du chiffre d'affaires de chaque hôpital pour les spécialités pharmaceutiques et les médicaments génériques, à l'exclusion des produits sanguins délivrés aux patients hospitalisés de chaque hôpital pendant le dernier exercice connu ;
- b) 29 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du nombre de points attribués à chaque hôpital.

Pour l'attribution du nombre de points, les calculs suivants sont effectués :

- 1° Le nombre de lits justifiés au 1^{er} juillet de l'exercice précédent, augmenté des lits agréés NIC, A et K, est pondéré. Pour les hôpitaux visés à l'article 33, il est retenu le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier précédent l'exercice de financement. A cette fin, il est attribué par type de lit le coefficient suivant :

Service	Coefficient
A	1
A1	1
A2	1
B	0,5
C	1
D	1
E	2
G	1
H	0,5
K	1
K (j)	0,5
K (n)	0,5
L	1
M	0,5
MIC	1
NIC	3
Sp	0,5
T	0,3
T (j)	0,3
T (n)	0,3
Lits de soins intensifs C, D et E	3

Le nombre de lits de soins intensifs est fixé sur base des points, calculés au 1^{er} juillet de l'exercice précédent, par lit attribué en fonction du troisième calcul repris à l'article 46, § 2, 2°, c.3), multiplié par le nombre de lits C, D et E et divisés par 4. Si l'hôpital dispose d'une fonction agréée de soins intensifs, le nombre minimum de lits est 6. Pour les hôpitaux visés à l'article 33, il est retenu un nombre de lits de soins intensifs égal à 2 % de leur nombre de lits agréés C, D et E avec un minimum de 6 lits s'ils disposent d'une fonction agréée « soins intensifs ».

- 2° Jusqu'à 150 lits pondérés, il est attribué 0,40 points par tranche de 25 lits pondérés. Au-delà de 150 lits pondérés, il est attribué 0,26 point par tranche de 10 lits pondérés ;
- c) 3 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du nombre de points attribué à chaque hôpital, afin de tenir compte de la structure pharmaceutique à mettre en place conformément aux normes d'agrément. Pour l'attribution du nombre de points, il est tenu compte de la taille de l'hôpital, soit :
- hôpitaux de moins de 450 lits pondérés : 0 point
 - hôpitaux de 450 lits pondérés à 649 lits pondérés : 2 points
 - hôpitaux de 650 lits pondérés à 849 lits pondérés : 3 points

- hôpitaux de 850 lits pondérés à 1.049 lits pondérés : 4 points
 - hôpitaux de 1.050 lits pondérés à 1.249 lits pondérés : 5 points
 - hôpitaux de 1.250 lits pondérés et plus : 6 points
- d) 19 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base des dépenses constatées dans chaque hôpital, pendant le dernier exercice connu, en ce qui concerne les produits courants, les produits stériles, les produits pour des prescriptions magistrales, les produits de suture et le matériel de synthèse. Ces dépenses sont respectivement reprises sous la codification du plan comptable minimum imposé aux hôpitaux sous les numéros 6002, 6003, 6004, 6007 et 6013.
- Des dépenses constatées, sera soustraite l'intervention de l'assurance maladie dont question à l'annexe 10 du présent arrêté ;
- e) 34 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base d'un nombre de points attribués à chaque hôpital de la manière suivante :
- pour les prestations mentionnées ci-après et relatives au dernier exercice connu, les points suivants sont attribués :
- chirurgie lourde : 0,25 point par tranche complète de 100 prestations ;
 - réanimation : 0,25 point par tranche complète de 250 prestations ;
 - radiologie interventionnelle : 0,25 point par tranche complète de 750 prestations ;
 - chirurgie très lourde : 0,25 point par tranche complète de 50 prestations.
- Le cas échéant, si l'hôpital ne bénéficie d'aucun point pour la chirurgie lourde et la chirurgie très lourde, les prestations de ces deux catégories peuvent être additionnées en vue de l'obtention de points pour la chirurgie lourde.
- Les prestations visées ci-dessus sont précisées dans l'annexe 11 du présent arrêté ;
- f) les budgets déterminés pour chaque hôpital conformément aux points a), à e), sont additionnés et le total constitue le budget théorique B5.
- Le passage du budget fixé au 31 décembre 1996 vers le budget théorique s'effectue progressivement.
- L'ajustement pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002 est fixé à 50 % de la différence entre le budget fixé au 31 décembre 1996 et le budget théorique. L'ajustement sera porté à 100 % sur une période de trois ans.
- Le budget fixé pour chaque hôpital après ajustement ne peut être inférieur à 94.697,64 € pour les hôpitaux privés et 93.965,78 € pour les hôpitaux publics (index 1^{er} janvier 2002).
- L'ensemble des budgets ainsi déterminés doit s'inscrire dans les limites du budget national disponible ;
- g) les calculs dont question aux points a) à e) interviendront la prochaine fois le 1^{er} juillet 2005 et, ensuite, tous les deux ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2007. Les calculs dont question aux points a) à e) ci-dessus interviendront la prochaine fois le 1^{er} juillet 2008 et ensuite tous les deux ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2008. Les calculs dont question aux points a) à e) ci-dessus interviendront la prochaine fois au 1^{er} juillet 2009 et ensuite tous les 2 ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2009.

Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2011.

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2013.]³⁷

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2014.]⁴⁰

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2015.]⁴⁵

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul jusqu'à une date à fixer par le Roi.]⁴⁸

§ 2 La sous-partie B5 des services et lits agréés sous l'index Sp est déterminée sur base des règles ci-après :

- a) par lit agréé et existant, il est attribué un montant de 661,11 € (index 1^{er} janvier 2002) ;
- b) lorsqu'il s'agit d'un service Sp isolé, le montant octroyé pour l'ensemble des lits du service ne peut être inférieur à 37.320,50 € (index 1^{er} janvier 2002) pour les hôpitaux de 75 lits et plus et à 18.660,25 € (index 1^{er} janvier 2002) pour les hôpitaux de moins de 75 lits ;
- c) sans préjudice des dispositions du point b), la totalité des budgets octroyés ne peut dépasser le budget national disponible.

Les calculs dont question aux points a) à c) ci-dessus interviendront la prochaine fois le 1^{er} juillet 2008 et ensuite tous les deux ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2008. Les calculs dont question aux points a) à e) ci-dessus interviendront la prochaine fois au 1^{er} juillet 2009 et ensuite tous les 2 ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2009.

Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2011.

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2013.]³⁷

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2014.]⁴⁰

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2015.]⁴⁵

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul jusqu'à une date à fixer par le Roi.]⁴⁸

§ 3 La sous-partie B5 des hôpitaux psychiatriques est déterminée sur base des règles ci-après :

a) le nombre de lits existants et agréés est pondéré.

A cette fin, il y a lieu de se référer au tableau repris au § 1, b), 1^o ;

b) la valeur de la sous-partie B5 est ensuite fixée comme suit (index 1^{er} janvier 2002) :

- pour les hôpitaux de moins de 75 lits pondérés : 21.592,58 €
- pour les hôpitaux de 75 lits pondérés à 119 lits pondérés : 57.446,92 €
- pour les hôpitaux de 120 lits pondérés à 149 lits pondérés : 86.170,38 €
- pour les hôpitaux de 150 lits pondérés à 179 lits pondérés : 114.893,83 €
- pour les hôpitaux de 180 lits pondérés et plus : 150.881,46 €

La totalité des budgets octroyés ne peut dépasser le budget national disponible.

Les calculs dont question ci-dessus interviendront la prochaine fois le 1^{er} juillet 2008 et ensuite tous les deux ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2008. Les calculs dont question aux points a) à e) ci-dessus interviendront la prochaine fois au 1^{er} juillet 2009 et ensuite tous les 2 ans.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2009.

Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2011.^{31*}

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2013.]³⁷

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2014.]⁴¹

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul au 1^{er} juillet 2015.]⁴⁵

[Par dérogation aux alinéas précédents, il n'y a pas de recalcul jusqu'à une date à fixer par le Roi.]⁴⁸

§ 4 [Pour conserver le bénéfice du financement octroyé en application des §§ 1 à 3, les hôpitaux doivent envoyer, annuellement, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement une copie du titre professionnel particulier visé à l'arrêté royal du 11 juin 2003 fixant la procédure relative à l'agrément du titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier de chaque ETP pharmacien hospitalier dont le nombre est calculé selon les modalités décrites dans l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée.]²⁷

§ 5 [A partir du 1^{er} janvier 2010, afin de soutenir la logistique du Comité médico-pharmaceutique et du Comité du matériel médical, un budget de 3.389.000 € (index 01/01/2010) est réparti entre les hôpitaux agréés pour une fonction d'officine

* Entrée en vigueur : 01.07.2008.

hospitalière, visée à l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée, selon les modalités suivantes :

- 1° un montant de 17.390 € (index 01/01/2010) par hôpital général, hormis hôpital Sp isolé et G isolé,
- 2° un montant de 7.246 € (index 01/01/2010) par hôpital psychiatrique, Sp isolé ou G isolé,
- 3° le solde est réparti sur base du nombre des lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]^{27*}

§ 6 [A partir du 1^{er} juillet 2007, un budget de 3.609.208 € (index 01/07/2007) est réparti entre les hôpitaux généraux, [hors les hôpitaux et les services, isolés, Sp de moins de 150 lits, les hôpitaux et les services, isolés, G de moins de 150 lits et les hôpitaux et services Sp soins palliatifs,]²¹, pour financer un délégué à la gestion de l'antibiothérapie et les « secrétariats de formation inter-universitaire pour délégués à la gestion de l'antibiothérapie ».

La Sous-partie B5 du budget de ces hôpitaux est augmentée d'un montant forfaitaire (X) calculé comme suit :

$$X = A * B/C$$

où :

A = budget disponible 3.609.208 €

B = nombre de points de l'hôpital concerné

C = total des points pour les hôpitaux concernés

Le cas échéant, X est porté à minimum 10.000 € et à maximum 81.709,73 € correspondant à 1 ETP.

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

- Lits C, D, L, NIC : 3 points par lit
- Lits E, Sp et G : 2 points par lit
- Lits M : 1 point par lit

[A partir du 1^{er} juillet 2018, le montant forfaitaire (X) est fixé à sa valeur au 30 juin 2018.]⁶²

La Sous-partie B5 du budget des hôpitaux qui abritent un « secrétariat pour la formation inter-universitaire de délégués à la gestion de l'antibiothérapie », est augmentée d'un montant forfaitaire de 21.934,08 €.

Au terme de l'exercice, les hôpitaux doivent faire parvenir leur rapport d'activité à la « Commission de coordination de la politique antibiotique ». Ce rapport d'activité comprend, entre autres, des indicateurs de qualité concernant la politique de

* Entrée en vigueur : 01.01.2010.

l'établissement en matière d'antibiotiques. Ces indicateurs sont définis par la « Commission de coordination de la politique antibiotique », créée par l'arrêté royal du 26 avril 1999.]²⁰

- [§ 7 A partir du 1^{er} janvier 2014, afin de stimuler la formation des pharmaciens hospitaliers, un montant de 3.250.000 € est réparti entre les hôpitaux visés à l'article 7, 2°, g), 1. du présent arrêté, ayant signé une convention avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions.]^{40*}
- [§ 8 A partir du 1^{er} juillet 2015, afin d'améliorer la qualité des soins pharmacologiques, il est octroyé [aux hôpitaux généraux agréés pour une fonction d'officine hospitalière, à l'exception des hôpitaux Sp soins palliatifs,]^{76†} un financement pour l'implémentation de la pharmacie clinique.

Pour bénéficier de ce financement complémentaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le personnel qui exerce la pharmacie clinique doit avoir suivi la formation requise (pharmacie hospitalière) ou disposer d'une expérience suffisante (ou être disposé à suivre une formation) pour pouvoir pratiquer la pharmacie clinique ;
- le personnel est attaché à l'officine hospitalière ;
- le personnel doit être effectivement affecté à la pratique de la pharmacie clinique centrée sur le patient ;
- à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, les activités réalisées doivent être rapportées, après approbation du Comité Médico-Pharmaceutique, sur la base d'un schéma standard mis à disposition ;
- des indicateurs de structure, de processus et de résultat sont utilisés afin de mesurer l'implémentation de la pharmacie clinique.

Les experts du réseau des comités médico-pharmaceutiques, en collaboration avec le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, accompagnent et suivent le développement de la pharmacie clinique.

Le financement est calculé comme suit : 0,25 ETP par tranche entamée de 200 lits agréés avec un maximum de 2 ETP et à concurrence de 85.000 € (valeur au 1^{er} juillet 2014) par ETP.

Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés de l'ensemble de l'hôpital tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]^{40‡}

* Entrée en vigueur : 01.01.2014.

† Entrée en vigueur : 01.07.2020.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2015.

Sous-section 11 – Sous-partie B6 du budget

[Article 76]¹⁷

La Sous-partie B6 du budget est fixée à sa valeur au 30 juin 2002.

Cependant, en ce qui concerne la dispense de prestations dans le cadre de la problématique de fin de carrière prévue par les conventions collectives de travail conclues au sein de la commission paritaire compétente ou les protocoles d'accords conclus au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de cette autorité, les dispositions de [l'article 79,]¹⁷ du présent arrêté sont, mutatis mutandis, applicables pour la Sous-partie B6.

Sous-section 12 – Sous-partie B7 du budget

[Article 77]¹⁷

[§ 1 a) La Sous-partie B7A est fixée de la manière suivante :

$$B7A = A + B + C + D + E$$

où :

A = le montant représentant l'addition des éléments suivants :

1. le budget correspondant à la différence entre les points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés, au 1^{er} juillet 2002, si on avait appliqué les dispositions de l'article 46. Le 1^{er} juillet 2003, ce budget sera réduit pour ce qui est des points supplémentaires pour les services C, D et E. Le budget représentant la différence en points de base concernant le personnel infirmier lié aux lits universitaires situés en dehors du site pris en considération pour l'attribution des 60 %, comme mentionné à l'alinéa 2, point 2, de la Sous-partie B7A du budget des moyens financiers est transféré, au 1^{er} juillet 2003, vers la Sous-partie B4 ;
2. la diminution de budget visé à l'article 42, § 8, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002 ;
3. les montants équivalents à la réduction des budgets globaux de biologie clinique et d'imagerie médicale et des objectifs budgétaires partiels pour la dialyse et les journées forfaitaires (en ce qui concerne l'hospitalisation de jour non chirurgicale), appliquée lorsque interviendront des modifications dans les règles de financement de ces différents secteurs, de façon à neutraliser l'effet pour les hôpitaux concernés de ces modifications, pour autant que ces montants donnent lieu à une augmentation du budget global des hôpitaux visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux.

B = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 14, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

C = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 28, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

La répartition de la somme des budgets dont question aux points A, B et C s'effectue de la manière suivante :

1. En vue de couvrir les frais directement attribuables à la mission universitaire :

- 25 % du budget sont répartis entre les hôpitaux qui répondent au critère de publications scientifiques ayant trait à la recherche clinique appliquée et au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies. Les hôpitaux universitaires doivent réaliser minimum 3 publications par 10 lits sur une période de 3 ans qui précède l'exercice pour lequel le budget est fixé. Un minimum de 4 publications portant sur au moins 10 spécialités médicales différentes sur la période considérée doivent aussi être réalisées. Les publications qui entrent ici en considération sont des publications reprises dans le Science Citation Index (SCI) du Web of Science (WoS) de l'Institute of Scientific Information (ISI) et dont un ou plusieurs membres de la direction de l'hôpital sont (co-)auteurs.

Pour chaque hôpital qui satisfait aux conditions mentionnées à l'alinéa précédent, le montant octroyé équivaut à 25 % du budget comptant au 30 juin 2003 pour les membres A, B et C.

Le maintien de ce financement est subordonné au dépôt auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, d'une note sur la stratégie de recherche et d'un rapport sur l'exécution des projets de recherche et de développement ainsi que sur leur application dans la pratique médicale ;

- 15 % du budget sont répartis entre les hôpitaux pour couvrir les coûts relatifs à l'enseignement clinique et à la formation. Le montant attribué à chaque hôpital est calculé sur base d'un montant de 30.460,50 € (valeur 1^{er} janvier 2003) par maître de stage et 4.822,92 € (valeur 1^{er} janvier 2003) par médecin spécialiste en formation, dont le nombre est limité au nombre précisé par spécialité et par année de stage dans l'arrêté d'agrément du maître de stage.]⁴⁰

[A partir du 1^{er} janvier 2019, le montant résultant du calcul ci-dessus pour couvrir les coûts relatifs à l'enseignement clinique et à la formation n'est plus attribué.]⁶⁷

2. En vue de couvrir les frais se rapportant indirectement à la mission universitaire :

60 % du budget sont répartis entre les hôpitaux sur la base de la partie de chaque hôpital dans le budget de la Sous-partie B2 attribué au 1^{er} juillet 2003.

D = le montant de la répartition d'un budget de 9.915.741 € (valeur 1^{er} juillet 2002) en fonction d'une clé de répartition égale à $T * N$;

où :

T = la part relative exprimée en pourcentage des charges sociales patronales, le cas échéant limitées afin d'atteindre des avantages sociaux équivalents, par rapport aux rémunérations brutes des médecins salariés repris sous N, pondéré selon la catégorie de médecin notamment le médecin contractuel, le médecin statutaire et le médecin de la fonction publique à l'exclusion des médecins assistants

N = le nombre de médecins salariés, exprimés en nombre d'équivalents temps plein, durant la dernière année connue pour lesquels des cotisations patronales ont été payées et appartenant aux catégories des médecins contractuels, des médecins statutaires et des médecins de la fonction publique à l'exclusion des médecins assistants

Pour bénéficier de ce financement, les hôpitaux concernés doivent faire parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, la liste des médecins visés au point T, avec mention de leur nom, prénom, numéro national, de leur temps de travail exprimé en 11^{es} et du nombre de mois durant lequel ils ont été occupés.

E = les montants octroyés au 30 juin 2002 en application des articles 22bis, § 3, 1°, et 47, 1°, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 en ce qui concerne les équipements, avec un champ supérieur à un tesla, attribués sur base de l'article 7 de l'arrêté royal du 27 octobre 1989

Les données utilisées pour la répartition de la somme des budgets dont question aux points A, B et C d'une part, et du budget dont question au point D d'autre part, sont celles ayant trait à un seul campus par hôpital universitaire, comme mentionné à l'article 7, 2°, g), 1°.

Les données d'autres sites sont prises en compte pour autant qu'ils fassent partie de l'hôpital universitaire depuis 10 ans d'affilée.

Si un campus est fermé, seules les données relatives aux lits transférés au site de l'hôpital universitaire peuvent être prises en compte.

Pour calculer le poids relatif des sites pris en considération pour l'attribution des 60 % du B7A de l'hôpital universitaire par rapport à l'ensemble des sites de cet hôpital, le budget B2 calculé au 1^{er} juillet 2003 est multiplié par un coefficient représentant la proportion du dernier budget B2 connu avant fusion du site de l'hôpital universitaire par rapport au dernier budget B2 de l'ensemble de l'hôpital.

- b) Le budget B7A déterminé conformément aux dispositions du point a) est appelé le « budget cible B7A ».

Le passage du budget B7A à sa valeur au 30 juin 2003 vers le budget cible B7A s'effectue sur une période de 5 exercices, à raison de 20 % par exercice.

- c) Afin de conserver l'avantage de ce financement, les hôpitaux doivent satisfaire aux conditions [de l'annexe 12.]⁶⁷

De plus, les hôpitaux doivent communiquer chaque année pour le 1^{er} mai au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, les renseignements suivants :

- le nombre de maîtres de stage et de médecins spécialistes en formation ;

[- ...]¹⁸

- la preuve qu'ils satisfont aux conditions mentionnées dans le présent article relatives aux publications scientifiques.]⁶

En outre, les hôpitaux doivent communiquer au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement tous les trois ans, à compter du 1^{er} mai 2006, une liste reprenant les références des publications scientifiques ayant trait à la recherche clinique appliquée et au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles techniques médicales que les membres de la direction médicale de l'hôpital ont publié sur la période de 3 ans qui précède l'exercice pour lequel le budget est fixé.]¹⁸

[§ 1/1 [A partir du 1^{er} juillet 2014, 80 % des montants visés dans l'annexe 16, § 2, repris au regard de leur dénomination sont octroyés aux hôpitaux visés à l'article 7, 2^o, g), 1.]⁴⁵

§ 1/2 Les coûts découlant des situations décrites à l'article 47ter, § 1, a), liés à des patients ne relevant pas d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, seront, en ce qui concerne l'année 2013, transmis par l'hôpital visé à l'article 7, 2^o, g), 1. au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et seront octroyés aux hôpitaux concernés dans le cadre de l'indemnisation résultant de la révision du budget des moyens financiers relative [à l'année 2014 et suivantes.]⁴⁵

§ 1/3 [A partir d'une date à définir par le Roi]⁴⁵, les budgets visés aux § 1/1 et § 1/2 sont répartis entre les hôpitaux, visés à l'article 7, 2^o, g), 1., selon des modalités à définir par le Roi, pour cibler en priorité les activités d'oncologie, d'hématologie et de rhumatologie.]⁴⁰

§ 2 La Sous-partie B7B est fixée à partir du 1^{er} juillet 2002 de la manière suivante :

$$B7B = A + B + C + D$$

où

A = la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés au 30 juin 2002 si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 du présent arrêté ; [la partie de la différence de budget, transféré au 1^{er} juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transféré vers la Sous-partie B2]⁵

B = la diminution de budget visée à l'article 42, § 8, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à sa valeur au 30 juin 2002

C = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 14, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

D = la valeur au 30 juin 2002 du financement octroyé en application de l'article 48, § 28, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986

[A partir du 1^{er} janvier 2019, le montant D n'est plus attribué.

Pour conserver le bénéfice du financement prévu au C, les hôpitaux concernés doivent respecter les conditions reprises à l'annexe 12 du présent arrêté.]]⁶⁷

[§ 3 Au 1^{er} janvier 2019, un montant de 2.198.316,73 € (valeur au 1^{er} juillet 2018) est diminué du montant calculé selon les dispositions du § 2 et est réparti entre les hôpitaux concernés au prorata du montant dont ils disposent en application du § 2 au 1^{er} janvier 2019.]]⁶⁷

Sous-section 13 – Sous-partie B8 du budget

[Article 78]]¹⁷

[La Sous-partie B8 du budget est fixée de la manière suivante :

1° [Un montant de 18.908.034,57 € (index 01/07/2007) est réparti entre les hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés.

a) Au 1^{er} juillet 2007, 100 % du montant disponible est réparti selon les modalités suivantes.

1. Pour chaque hôpital sont calculés les ratios suivants :

[1.1. ratio du nombre d'admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives 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 ;]]^{85*}

[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.]]^{85†}

1.3. ratio du nombre de dossiers des personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPF Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté et Economie sociale par

* Entrée en vigueur : 01.07.2024.

† Entrée en vigueur : 01.07.2024

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

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

- ratio sous 1.1. : par 0,25
- ratio sous 1.2. : par 0,66
- ratio sous 1.3. : par 1,00

Après pondération, les ratios sont additionnés pour constituer un score. Les hôpitaux sont classés selon la valeur décroissante du score obtenu.

3.* Le budget disponible est réparti comme suit :

- 60 % pour les cas relevant du ratio sous 1.1.
- 25 % pour les cas relevant du ratio sous 1.2.
- 15 % pour les cas relevant du ratio sous 1.3.

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

b) [Au 1^{er} juillet 2008, 75 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a).

Au 1^{er} juillet 2009, 50 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a).

A partir du 1^{er} juillet 2010, 50 % du budget disponible est réparti selon les règles décrites au point a) sur base des dernières données connues par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul. Le solde du budget disponible est réparti, entre tous les hôpitaux par variable définie dans l'annexe 17 au présent arrêté, par rapport au total national suivant la formule suivante :

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

Où :

S = montant à répartir

* Correction apportée par la coordination.

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

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

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

Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1 et 2, une Sous-partie B8, 1°, est attribuée, dont le montant correspond à la valeur au 30 juin 2008, s'ils ont antérieurement obtenu un financement au titre d'un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.

A partir du 1^{er} juillet 2010, le montant calculé en application des modalités de calcul du solde définies dans le point b), est fixé à sa valeur au 30 juin 2010.

c) [...] ^{30*}

Les hôpitaux doivent [...] ^{30†} envoyer chaque année, au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, un rapport attestant l'affectation des moyens au profit du groupe cible.] ^{27‡} ^{20§}

2° [...] ^{81‡}

Législation applicable à partir du 30/06/2027

[Article 78] ¹⁷

[...] ^{75§}

[Article 78bis]

§ 1 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 comme suit :

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

- a) Groupe 1 : Tous les hôpitaux,
- 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 ;

* Entrée en vigueur : 01.01.2013.

† Entrée en vigueur : 01.01.2013.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2023.

§ Entrée en vigueur : 30.06.2027.

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^o, 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 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 mettre en œuvre le financement prévu au paragraphe 1^{er}.

Au 1^{er} juillet 2025, le budget alloué à chaque hôpital concerné est égal à la somme des montants suivants :

- 66 % du montant correspondant, au 1^{er} juillet 2024, aux financements octroyés à l'hôpital en application de l'article 45, § 3, 4^o et de l'article 78, 1^o, b), indexé au 1^{er} juillet 2025 ;
- 34 % du montant visé au paragraphe 1^{er} indexé au 1^{er} juillet 2025, réparti entre l'ensemble des hôpitaux concernés selon les modalités de calcul prévue au même paragraphe 1^{er}.

Au 1^{er} juillet 2026, le budget alloué à chaque hôpital concerné est égal à la somme des montants suivants :

- 34 % du montant correspondant, au 1^{er} juillet 2024, aux financements octroyés à l'hôpital en application de l'article 45, § 3, 4^o et de l'article 78, 1^o, b), indexé au 1^{er} juillet 2026 ;
- 66 % du montant visé au paragraphe 1^{er} indexé au 1^{er} juillet 2026, réparti entre l'ensemble des hôpitaux concernés selon les modalités de calcul prévue au même paragraphe 1^{er}.

A compter du 1^{er} juillet 2027, le budget disponible visé au paragraphe 1^{er} est indexé au 1^{er} juillet 2027 et réparti entre tous les hôpitaux concernés conformément aux modalités de calcul prévues au paragraphe 1^{er}.]^{87*}]^{85†}

Sous-section 14 – Sous-partie B9 du budget

[Article 79]¹⁷

[§ 1 ...]^{18‡}

[§ 2 ...]^{18§}

[§ 3 ...]^{18**}

[A partir du 1^{er} octobre 2005, en vue de financer les mesures de fin de carrière dans tous les hôpitaux, la Sous-partie B9 est augmentée d'un montant destiné à couvrir les frais y afférents.]^{20††}

[1^o Définitions

Pour l'application du présent paragraphe, il convient d'entendre par :

les mesures de fin de carrière : les mesures prises dans l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n^o 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005 ;

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

† Entrée en vigueur : 01.07.2025.

‡ Entrée en vigueur : 01.10.2005.

§ Entrée en vigueur : 01.10.2005.

** Entrée en vigueur : 01.10.2005.

†† Entrée en vigueur : 01.10.2005.

membres du personnel : le personnel infirmier et le personnel soignant au sens de l'article 8, 7° et 8°, de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987. Par personnel soignant, il faut entendre les travailleurs qui bénéficient du barème qui y correspond.

S'y ajoutent :

- les infirmiers sociaux ;
- les kinésithérapeutes/ergothérapeutes/logopèdes/diététiciens ;
- les éducateurs accompagnants intégrés dans les équipes de soins ;
- les assistants sociaux et les assistants en psychologie occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;
- les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique ;
- les ambulanciers des services d'urgence qui font partie du personnel des institutions visées dans le plan pluriannuel des secteurs fédéraux de la santé et ce, peu importe le centre de frais sous lequel ces personnes sont reprises ;
- les technologues en laboratoire ;
- les technologues en imagerie médicale ;
- les techniciens du matériel médical (notamment dans les services de stérilisation) ;
- les brancardiers ;
- les assistants en logistique ;
- les assistants en soins hospitaliers ;
- les personnes visées par les articles 54bis et 54ter de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

La description des professions fait référence à la fonction réellement exercée.

période d'absence justifiée : les journées ou les heures non prestées mais assimilées dans la mesure où elles ont donné lieu au paiement d'une rémunération par l'institution. Il faut également y inclure les journées où le membre du personnel est en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité.

2° Principes

Les hôpitaux ont droit à une intervention financière annuelle en compensation des mesures de dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, telle qu'elle est prévue dans l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005, pour autant qu'ils soient soumis à l'application d'une convention collective de travail conclue au sein de la commission paritaire compétente ou de protocoles d'accord conclus au sein des comités de négociation compétents prévus par la loi du 19 décembre 1974 organisant les relations entre les autorités publiques et les syndicats des agents relevant de ces autorités.

L'intervention financière couvre uniquement les avantages prévus dans le présent arrêté et n'est possible que si la convention collective de travail ou le protocole d'accord prévoit les avantages suivants et si les membres du personnel concernés bénéficient effectivement de ces avantages :

- a) les membres du personnel à temps plein qui ont atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans ont droit respectivement à une dispense de prestations de leur temps de travail de 96 heures, 192 heures ou 288 heures payées par an. Cette dispense entre en vigueur à partir du premier jour du mois au cours duquel les âges susmentionnés sont atteints.

Les praticiens de l'art infirmier peuvent également opter pour le maintien des prestations assorti d'une prime de respectivement 5,26 %, 10,52 % ou 15,78 %, calculée sur leur salaire à temps plein.

En cas de combinaison d'options à partir de l'âge de 50 ans, l'intervention est accordée sur la base d'une répartition en tranches complètes de 2 heures.

Les membres du personnel doivent travailler au sein de l'hôpital. Ne sont pas pris en considération les personnes qui travaillent dans des services considérés comme activités non hospitalières au sens du point 3.3, de l'annexe 2 Liste et codage des comptes de charges en attente d'affectation et des centres de frais de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 15 juillet 2004, à l'exception des personnes relevant des centres de frais 900 à 909.

- b) Le membre du personnel qui travaille à temps partiel a droit à un nombre d'heures de dispense de prestations égal, ou, pour les praticiens de l'art infirmier, à une prime équivalente égale, à l'application proportionnelle de la dispense des prestations de travail ou de la prime.

Pour les travailleurs dépendant du secteur privé et tenant compte de la convention collective de travail n° 35 du 27 février 1981 concernant certaines dispositions du droit du travail en matière de travail à temps partiel, les travailleurs occupés à temps partiel se verront proposer, dans les conditions prévues par l'article 4 de ladite CCT n° 35, d'office augmenter la durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat. Ils bénéficient, le cas échéant, de la dispense de prestations sur base de leur nouveau contrat.

Pour les travailleurs du secteur public occupés à temps partiel et qui bénéficient des mesures de fin de carrière ils se voient d'office proposer par l'employeur, et ce 3 mois avant la date d'entrée dans le régime des fins de carrière ou de l'accès à un droit plus élevé dans ce cadre, une augmentation de leur durée hebdomadaire de travail inscrite dans leur contrat de travail et ce, à concurrence du nombre d'heures de dispense de prestations prévu pour la catégorie d'âge à laquelle ils appartiennent. Le travailleur doit, au plus tard un mois avant la date d'entrée dans le régime des fins de carrière ou de l'accès à un droit plus élevé dans ce cadre, faire part à son employeur soit de son accord au sujet de cette augmentation de sa durée hebdomadaire de travail soit de son refus. Dans ce dernier cas, le travailleur bénéficie de la réduction de la durée hebdomadaire de ses prestations prévue pour la catégorie d'âge à laquelle il appartient.

et ce, au prorata de sa durée hebdomadaire de travail par rapport à celle d'un travailleur à temps plein.

- c) Sont assimilés aux membres du personnel les travailleurs qui, pendant une période de référence de 24 mois précédant le mois dans lequel ils atteignent l'âge de 45, 50 ou 55 ans, ont presté au moins 200 heures chez le même employeur, dans une seule ou plusieurs fonctions, pour lesquelles ils ont perçu le supplément pour prestations irrégulières (dimanche, samedi, jour férié, service de nuit ou services interrompus) ou toute autre indemnité relevant d'une convention collective de travail ou d'un protocole d'accord, ou ont bénéficié d'un repos compensatoire suite à ces prestations.

Les périodes d'absences justifiées sont prises en compte sur base de la moyenne du reste de la période de référence.

Le travailleur qui ne satisfait plus à cette condition de 200 heures de prestations irrégulières sur une période de référence de maximum 24 mois garde la dispense de prestations acquise mais ne peut bénéficier d'une dispense supplémentaire de prestations de travail lors d'un saut d'âge ultérieur.

Les travailleurs à temps partiel doivent prouver un nombre d'heures de prestations irrégulières correspondant à 200 heures calculées au prorata de la durée de travail sur une période de référence de maximum 24 mois.

Le travailleur qui, au moment où il atteint l'âge de 45, 50 ou 55 ans, n'a pas effectué 200 heures de prestations irrégulières chez le même employeur, ou qui ne satisfait plus à cette condition, accède au statut de membre du personnel assimilé, et donc au droit à la dispense de prestations de travail, au moment où il effectue ces 200 heures au cours d'une période de maximum 24 mois consécutifs. La dispense de prestations de travail prend alors cours le jour déterminé dans la convention collective de travail ou dans le protocole d'accord applicable.

- d) Les personnes bénéficiaires des mesures de fin de carrière avant le 1^{er} octobre 2005 continuent à en bénéficier.

Les personnes bénéficiaires des mesures de fin de carrière instaurées avant le 1^{er} octobre 2005 qui ont fait le choix de la prime salariale, continuent à en bénéficier.

Si un membre du personnel change de fonction, il garde son droit antérieur aux mesures de fin de carrière.

- e) Les travailleurs dispensés de prestations sont toujours considérés comme des travailleurs qui conservent leur durée contractuelle ou statutaire de travail.
- f) L'option de la dispense est toujours définitive. En revanche, le maintien des prestations assorti d'une prime peut être converti à tout moment en dispense de prestations de travail.

3° Règles de financement

En vue de financer les mesures de fin de carrière, il est octroyé aux hôpitaux un montant forfaitaire, déterminé par catégorie de personnel suivant les règles fixées ci-après.

Les catégories de personnel sont les suivantes :

- a. les infirmiers, les infirmiers sociaux et les assistants en soins hospitaliers ;
- b. les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens, les éducateurs intégrés dans les équipes de soins, les assistants sociaux et les assistants psychologiques occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les psychologues, orthopédagogues et pédagogues occupés dans les unités de soins ou intégrés dans le plan thérapeutique, les technologues en laboratoire et les technologues en imagerie médicale.

[Afin de couvrir l'impact de la mise en oeuvre des nouvelles classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) sur le montant de la prime financée aux hôpitaux disposant de personnel relevant de la Commission paritaire 330, les montants définis en Aa, Ab, Ac et Ad sont majorés de 1,06 % à partir du 1er janvier 2019 et jusqu'au 31 décembre 2020.

Pour l'année 2018, cette majoration est prise en charge dans la révision de l'exercice 2018 à compter du 1er janvier 2018.]*[†]

[A partir du 1er janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2021, afin de couvrir l'impact de la mise en oeuvre des nouvelles classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) sur le montant de la prime financée aux hôpitaux, les montants définis aux points Aa, Ab, Ac et Ad sont majorés de 3,44 % pour les hôpitaux disposant de personnel relevant de la Commission paritaire 330 et de 2,91 % pour les hôpitaux publics.

A partir du 1er janvier 2022, les montants définis aux points Aa, Ab, Ac et Ad sont majorés de 5,81 % pour tous les hôpitaux.

Les pourcentages calculés pour l'année 2021 et le pourcentage calculé à partir de l'année 2022 seront utilisés en révision de chaque exercice considéré;]*[†]

- c. les soignants et les personnes visées par les articles 54bis et 54ter de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 ;
- d. les personnes assimilées, les ambulanciers des services d'urgence qui font partie du personnel des institutions visées dans le plan pluriannuel des secteurs fédéraux de la santé et ce, peu importe le centre de frais sous lequel ces personnes sont reprises, les techniciens du matériel médical notamment dans les services de stérilisation, les brancardiers et les assistants en logistique.

Le montant forfaitaire est calculé comme suit :

$$F = F1 + F2$$

- a) Calcul de la dispense de prestations de travail :

F1 = le montant dû pour l'embauche compensatoire des membres du personnel qui optent pour la dispense de prestations hebdomadaires de travail

* Entrée en vigueur : 01.01.2021.

† Entrée en vigueur : 01.01.2021.

$$F1 = A_i * T1/S * N/Y$$

où :

Aa = 41.874,02 € (index 01/08/2005) pour la catégorie a

Ab = 41.874,02 € (index 01/08/2005) pour la catégorie b

Ac = 33.801,97 € (index 01/08/2005) pour la catégorie c

Ad = 33.769,86 € (index 01/08/2005) pour la catégorie d

T1 : nombre hebdomadaire d'heures de dispense compensées par le travailleur embauché en compensation ou par le travailleur qui augmente sa durée de travail

S : régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'hôpital

N : nombre annuel d'heures de travail rémunérées par l'employeur pour compenser les heures de dispense des travailleurs bénéficiaires des mesures de fin de carrière pour l'année considérée

Y : nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le travailleur en embauche compensatoire par rapport à son contrat de travail, à son acte de nomination individuelle ou à l'avenant à son contrat de travail en cas d'augmentation du temps de travail

b) Calcul du montant pour la prime :

$$F2 = A_i * H/38 * T2/S * N/Y$$

où :

Aa = 57.223,13 € (index 01/08/2005) pour la catégorie a

Ab = 57.223,13 € (index 01/08/2005) pour la catégorie b

Ac = 42.619,16 € (index 01/08/2005) pour la catégorie c

Ad = 38.509,24 € (index 01/08/2005) pour la catégorie d

H : nombre équivalent d'heures hebdomadaires de dispense de prestations de travail dans le cadre de l'octroi d'une prime pour un travailleur à temps plein par rapport à son âge

T2 : nombre d'heures à prester par semaine tel qu'il résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle effectué, le cas échéant, dans la fonction justifiant le bénéfice de la mesure

S : régime hebdomadaire de travail appliqué dans l'hôpital

N : nombre annuel d'heures de travail rémunérées par l'employeur pour l'année considérée dans le cadre des mesures de fin de carrière

Y : nombre théorique annuel d'heures de travail à prester par le bénéficiaire par rapport à son contrat de travail ou à son acte de nomination individuelle

[Afin de couvrir l'impact de la mise en oeuvre des nouvelles classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonction (IF-IC) sur le montant

de la prime financée aux hôpitaux disposant de personnel relevant de la Commission paritaire 330, les montants définis en Aa, Ab, Ac et Ad sont majorés de 1,06 % à partir du 1^{er} janvier 2019.

Pour l'année 2018, cette majoration est prise en charge dans la révision de l'exercice 2018 à compter du 1^{er} janvier 2018 ;]⁷⁰

4° Renseignements à fournir par l'institution hospitalière

- [1) un numéro d'identification unique par membre du personnel
- 2) sa date de naissance,
- 3) sa fonction,
- 4) l'option choisie entre la dispense de prestations de travail et la prime pour chacune des tranches,
- 5) le centre de frais, au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, dans lequel ses charges sont imputées,
- 6) le nombre d'heures de dispense de prestations de travail qu'il peut obtenir par rapport à son âge,
- 7) le régime horaire hebdomadaire en vigueur dans l'hôpital,
- 8) le nombre d'heures à prester par le membre du personnel tel qu'il résulte du contrat de travail ou de l'acte de nomination individuelle, réduit le cas échéant au prorata des prestations effectuées dans la fonction justifiant le bénéfice de la mesure visée au présent paragraphe,
- 9) la date de son engagement,
- 10) la date éventuelle de départ,
- 11) en cas de personnel assimilé, le nombre d'heures de prestations irrégulières, avec un minimum de 200 heures sur 24 mois,
- 12) et les périodes d'absence non rémunérées (jours ou heures non assimilés) par l'employeur ainsi que leur nature. ,]^{25*}

Ces renseignements sont communiqués selon les instructions envoyées aux hôpitaux par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

5° Modalités d'octroi

- A partir du 1^{er} octobre 2005

Le montant provisoire calculé en application du point 3° constitue la provision jusqu'au 31 décembre 2005.

Le montant définitif pour la période du 1^{er} octobre 2005 au 31 décembre 2005 est fixé sur base des informations définitives communiquées au SPF Santé publique, Sécurité

* Entrée en vigueur : 01.10.2005.

de la chaîne alimentaire et Environnement et remplace le budget provisionnel versé pour la période considérée.

- A partir de 2006

Le montant provisoire est calculé par rapport au dernier montant définitif connu, pour autant qu'il tienne compte de toutes les classes d'âge ; sinon il est fixé par rapport au provisionnel de l'année n-1.

Chaque fois qu'un montant définitif est calculé, il constitue la provision valable pour l'exercice suivant la date de fixation de ce montant définitif.

La différence entre F définitif et F provisoire est indemnisée via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.

6° Dispositions pour la compensation des heures de dispense

Pour les membres du personnel qui ont opté pour la dispense de leurs prestations hebdomadaires de travail, le gestionnaire doit apporter la preuve que ce temps de travail libéré et le financement octroyé ont été compensés par des nouveaux engagements ou par l'augmentation de la durée de travail hebdomadaire des membres du personnel. Ne seront pas pris en considération les travailleurs à temps plein qui bénéficient des mesures de fin de carrière et les travailleurs pour lesquels l'institution perçoit déjà un financement dans le cadre de politiques d'emploi.

Le volume total d'heures à compenser par catégorie de financement du personnel (catégories a., b., c. et d. du point 3°) doit être prioritairement compensé par la même catégorie de financement du personnel.

Le financement octroyé est, le cas échéant, plafonné au volume total réel de remplacement.

Pour ce faire, le gestionnaire doit transmettre, en même temps que les informations servant au calcul définitif, les informations suivantes :

- [- un numéro d'identification unique par membre du personnel,]^{25*}
- la date de naissance,
- la date d'entrée en fonction et de sortie,
- la fonction,
- la durée de travail hebdomadaire de compensation du nouveau travailleur ou l'augmentation de l'horaire de travail du travailleur en fonction qui augmente sa durée de travail,
- les périodes d'absence non rémunérées par l'employeur (jours ou heures non assimilés) ainsi que leur nature,
- le centre de frais d'imputation,
- la date de début de l'avenant au contrat du travailleur qui augmente sa durée de travail ou du contrat du nouveau travailleur,

* Entrée en vigueur : 01.10.2005.

- la date de fin du contrat.

7° Informations

Un état des lieux annuel sur les mesures de fin de carrière est adressé par le gestionnaire de l'hôpital au conseil d'entreprise ou au comité de concertation local.

8° Sanctions

Si le gestionnaire ne communique pas, dans les délais requis, les renseignements relatifs à l'élaboration des budgets définitifs, les montants provisoires seront récupérés.]^{16*}

Article 79bis

[§ 1 Il est octroyé, dans les hôpitaux publics, à partir du 1^{er} décembre 2005, pour tous les travailleurs salariés un complément forfaitaire à la prime d'attractivité.

Ce complément est financé en plusieurs phases :

- en 2005 : 40 €
- en 2006 : 170 €
- en 2007 : 260 €
- en 2008 : 380 €
- en 2009 : 480 €

Pour l'année 2005, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 53,87 €, soit 40 € majorés des charges patronales.

Pour l'année 2006, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 228,94 €, soit 170 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).

Pour l'année 2007, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 350,14 €, soit 260 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).

Pour l'année 2008, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 511,75 €, soit 380 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).

Pour l'année 2009, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 646,42 €, soit 480 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).

[§ 1/1 Il est octroyé aux hôpitaux publics, à partir de l'année 2022, un financement pour couvrir, pour tous les travailleurs, le paiement d'un complément forfaitaire à la prime d'attractivité, d'un montant de 400 € (index au 1^{er} novembre 2022), majorés des charges patronales. Le montant octroyé à l'hôpital est multiplié par le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital.

Le financement est soumis à la conclusion d'un protocole d'accord local pris en exécution du `Protocole N° 233/5 relatif aux négociations menées le 13 octobre 2022 au sein du Comité commun à l'ensemble des services publics' concernant l'augmentation de la partie forfaitaire de la prime d'attractivité. Le financement ne sera maintenu dans le budget des moyens financiers de l'hôpital du 1^{er} juillet 2024 que s'il a fait parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, pour le 31 janvier 2024 au

* Une lecture littérale de l'article 21 de l'arrêté royal du 19.06.2007, tel que publié au Moniteur Belge du 28.06.2007 (Ed. 2), nous obligerait à ne plus reprendre ce passage que l'article précité considère comme « 2^e alinéa ». Le SPF Santé publique reconnaît qu'il s'agit d'une erreur matérielle, qui devrait être corrigée par un Erratum.

plus tard, une copie du protocole d'accord local confirmant l'octroi de cette mesure au personnel concerné à compter du 1^{er} janvier 2022.]]^{81*}

§ 2 Il est octroyé, à partir du 1^{er} octobre 2006 pour tous les travailleurs salariés des hôpitaux privés, un complément forfaitaire à la prime d'attractivité.

[Ce complément est financé en plusieurs phases :

- en 2006 : 195 €
- en 2007 : 322 €
- en 2008 : 450 €
- en 2009 : 498 €]]³¹

Pour l'année 2006, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 262,61 €, soit 195 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).

Pour l'année 2007, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 433,64 €, soit 322 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).

Pour l'année 2008, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 606,02 €, soit 450 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).

Pour l'année 2009, le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 670,66 €, soit 498 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).]]²⁰

[Article 79bis/1

Il est octroyé aux hôpitaux privés, à partir de l'année 2022, un financement pour couvrir, pour tous les travailleurs salariés, le paiement d'un complément forfaitaire à la prime de fin d'année, d'un montant de 595,67 euros (valeur 1^{er} novembre 2022), à savoir 400 euros portés à l'indexation de la prime de fin d'année du secteur privé et majorés de 34,67 % au titre des cotisations sociales. Le montant octroyé à l'hôpital est multiplié par le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital.]]^{87†}

[Article 79ter

§ 1 Il est octroyé, à partir du 1^{er} janvier 2006, pour tous les travailleurs statutaires de l'hôpital un complément de pécule de vacances de telle sorte qu'il atteigne, en 2008, 92 % du traitement d'activité du mois de mars de l'année en cours.

Ce complément est financé en plusieurs phases :

- en 2006 : paiement d'un pécule de vacances de valeur correspondant à 80 % du traitement d'activité ;
- à partir de 2008 : paiement d'un pécule de vacances de valeur correspondant à 92 % du traitement d'activité.

[A partir du 1^{er} janvier 2006, pour la 1^{ère} phase, un montant provisionnel de 3.420.463,90 € est réparti entre les hôpitaux publics en tenant compte du nombre total d'ETP multiplié par 40 %.

* Entrée en vigueur : 01.01.2022.

† Entrée en vigueur : 01.01.2022.

A partir du 1^{er} janvier 2008, pour la 2^{ème} phase, un montant provisionnel de 2.879.719 € est réparti entre les hôpitaux en tenant compte du nombre total des ETP 2005 concernés.]³¹

Lors de la révision de ce montant sur base des coûts réels, les statutaires de l'ensemble des hôpitaux sont pris en considération.

Cette révision a lieu pour la dernière fois en 2008.

- § 2 Au 1^{er} janvier 2007, dans les limites d'un montant de 4.500.000 € (index 01/07/2007), la Sous-partie B9 des hôpitaux disposant de personnel statutaire dont le pécule de vacances, en 2005, était inférieur à 65 % du traitement d'activité du mois de mars de l'année en cours est augmentée au prorata des ETP statutaires concernés sur base du pourcentage réel appliqué à chaque ETP concerné.

Les montants octroyés sont revus, pour l'année 2007, sur base du nombre réel d'ETP et du pourcentage réel de pécule de vacances appliqué.]²⁰

[Article 79quater

- § 1 Au 1^{er} janvier 2018, il est octroyé un budget provisionnel aux hôpitaux disposant de personnel relevant de la commission paritaire 330, en vue de mettre en œuvre progressivement les nouvelles classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonction (IF-IC) ainsi que les nouvelles échelles salariales y afférentes.

La provision de 58.425.430 € (valeur au 1^{er} janvier 2018) est répartie au prorata du nombre d'ETP de chaque hôpital concerné.

Les ETP pris en considération sont ceux ayant servi à la répartition du montant de 31.460.000 € à titre d'intervention sous forme d'une augmentation unique de la partie fixe de la prime de fin d'année pour les travailleurs salariés visés dans l'arrêté royal du 8 mai 2018 fixant et allouant les montants des rémunérations pour l'instauration de la classification de fonctions prévue dans l'accord social relatif au secteur fédéral de la santé et qui a été conclu le 25 octobre 2017 par le gouvernement fédéral avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs salariés concernées.

Les ETP et le montant financé par hôpital sont fixés en annexe 21.

[...] ⁷⁵

- § 2 Au 1^{er} janvier 2019, un budget supplémentaire de 13.532.755 € (valeur au 1^{er} janvier 2019) est ajouté au budget repris au § 1. La répartition du budget total est faite au prorata du nombre d'ETP par hôpital tel que fixé en annexe 21.

[...] ⁷⁵

- [§ 3 Au 1^{er} janvier 2020, un budget supplémentaire de 13.532.758 € (valeur au 1^{er} janvier 2020) est ajouté au budget repris au § 2. La répartition du budget total est faite au prorata du nombre d'ETP par hôpital tel que fixé à l'annexe 21.] ^{75*} ⁷⁰

* Entrée en vigueur : 01.01.2020.

- [§ 4 A partir du 1^{er} juillet 2021, il est octroyé un budget provisionnel supplémentaire de 161.196.755,93 € (valeur au 1^{er} janvier 2021), prévu dans l'accord social 2021-2022, aux hôpitaux disposant de personnel relevant de la commission paritaire 330 en vue de mettre en œuvre les classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) ainsi que les échelles salariales y afférentes.

Ce budget provisionnel supplémentaire est réparti au prorata du nombre d'ETP payés renseignés dans la collecte FINHOSTA de l'année 2019, ou de l'année 2018 lorsque les données de l'année 2019 ne sont pas disponibles, et repris dans un centre de frais de 020 à 909, et 960 à 999, hors médecins, personnel mis à disposition et statutaires de chaque hôpital concerné.]^{81*}

- [§ 5 A partir du 1^{er} janvier 2022, il est octroyé un budget provisionnel supplémentaire de 168.081.521,30 € (valeur au 1^{er} janvier 2022), prévu dans l'accord social 2021-2022, aux hôpitaux disposant de personnel relevant de la commission paritaire 330, en vue de mettre en œuvre les classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) ainsi que les échelles salariales y afférentes.

Ce budget provisionnel supplémentaire est réparti au prorata du nombre d'ETP payés renseignés dans la collecte FINHOSTA de l'année 2019, ou de l'année 2018 lorsque les données de l'année 2019 ne sont pas disponibles, et repris dans un centre de frais de 020 à 909, et 960 à 999, hors médecins de chaque hôpital concerné.

- § 6 A partir du 1^{er} juillet 2021, un budget provisionnel de 42.593.239,02 € (valeur au 1^{er} juillet 2021) est octroyé aux hôpitaux publics en vue de mettre en œuvre progressivement les nouvelles classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) ainsi que les nouvelles échelles salariales y afférentes prévues dans l'accord social relatif au secteur fédéral de la santé et qui a été conclu le 25 octobre 2017 par le gouvernement fédéral avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs salariés concernées.

Ce budget provisionnel est réparti au prorata du nombre d'ETP payés renseignés dans la collecte FINHOSTA de l'année 2019, ou de l'année 2018 lorsque les données de l'année 2019 ne sont pas disponibles, et repris dans un centre de frais de 020 à 909 et de 960 à 999, hors médecins et personnel mis à disposition de chaque hôpital concerné.

- § 7 A partir du 1^{er} juillet 2021, il est octroyé un budget provisionnel supplémentaire de 70.625.591,51 € (valeur au 1^{er} juillet 2021), prévu dans l'accord social 2021-2022, aux hôpitaux publics, en vue de mettre en œuvre les classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) ainsi que les échelles salariales y afférentes.

Ce budget provisionnel est réparti au prorata du nombre d'ETP payés renseignés dans la collecte

FINHOSTA de l'année 2019, ou de l'année 2018 lorsque les données de l'année 2019 ne sont pas disponibles, et repris dans un centre de frais de 020 à 909 et de 960 à 999, hors médecins et personnel mis à disposition de chaque hôpital concerné.

* Entrée en vigueur : 01.07.2021.

§ 8 A partir du 1^{er} janvier 2022, il est octroyé un budget provisionnel supplémentaire de 73.048.446,06 € (valeur au 1^{er} janvier 2022), prévu dans l'accord social 2021-2022, aux hôpitaux publics, en vue de mettre en œuvre les classifications sectorielles de fonctions élaborées par l'Institut de Classification de Fonctions (IFIC) ainsi que les échelles salariales y afférentes.

Ce budget supplémentaire est réparti au prorata du nombre d'ETP payés renseignés dans la collecte FINHOSTA de l'année 2019, où 2018 quand 2019 n'était pas disponible, et repris dans un centre de frais de 020 à 909 et de 960 à 999, hors médecins de chaque hôpital concerné.

§ 9 Les budgets provisionnels octroyés en vertu des dispositions des §§ 1 à 8 ci-dessus sont revus annuellement selon les modalités de révision définies à l'annexe 22.]^{81*}

[Article 79quinquies]

Afin de continuer à offrir de façon durable des soins accessibles et de haute qualité, les mesures de création d'emplois suivantes sont mises en œuvre :

§ 1 [...] ⁴⁰

§ 2 [...] ^{81†}

§ 3 Salles d'opérations :

[Au 1^{er} janvier 2006]²⁵, un complément de financement, à concurrence de 45.881,10 € (index 01/01/2006) par ETP, est octroyé aux hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp palliatifs et G isolés, pour renforcer l'encadrement dans les blocs opératoires, à raison de :

- 0,5 ETP pour les hôpitaux pour lesquels le nombre de salles d'opérations déterminé conformément aux dispositions de l'article 46, § 3, 2^o, a), a.1), est inférieur à 5 salles ;
- 1 ETP entre 5 et 10 salles ;
- 1,5 ETP au-delà de 10 salles.

Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1 et 2, il est retenu une salle d'opérations par 25 lits agréés sous l'indice C.

[Pour la fixation du nombre de salles et de lits, il est tenu compte du nombre de salles d'opérations et de lits agréés tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]²⁵

§ 4 Renfort des équipes de nuit

[Au 1^{er} janvier 2007]²⁵, afin de renforcer les équipes de nuit, le budget des hôpitaux psychiatriques, en ce qui concerne les lits A et A nuit, et des hôpitaux généraux, en ce qui concernent tous les lits, est augmenté d'un montant (X) correspondant à 0,5 membre de personnel infirmier ou soignant en plus par 60 lits agréés, à concurrence de 47.734,69 € (index 01/07/2007) par ETP.

* Entrée en vigueur : 01.07.2021.

† Entrée en vigueur : 01.01.2023.

La Sous-partie B9 des hôpitaux concernés est augmentée selon le calcul suivant :

$$X = A * (B * 0,5 / 60)$$

où :

A = 47.734,69 € par ETP

B = nombre de lits agréés de l'hôpital

[Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.]²⁵

[§ 5 [...]]^{40*}

§ 6 A partir du 1^{er} janvier 2010, afin de soutenir les projets pilotes d'hémato-oncologie pédiatrique dans les hôpitaux ayant signé une convention avec le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, il est financé, à partir du 1^{er} janvier 2010, 2 ETP assistant social, logopède, psychologue ou diététicien, dont au moins un ETP assistant social, à concurrence de 50.656 € par ETP dans les limites d'un budget disponible de 709.184 € (index 01/01/2010).]³¹

[Article 79sexies]

Dans les limites d'un budget de 2.264.654 € (index 01/07/2007), afin de financer à partir du 1^{er} janvier 2007, dans les hôpitaux privés, le supplément relatif aux prestations de nuit effectuées le dimanche et les jours fériés, porté de 50 à 56 %, la Sous-partie B9 de ces hôpitaux est augmentée d'un montant (X) calculé comme suit :

$$X = A * B / C$$

où :

A = budget disponible de 2.264.654 €

B = nombre total d'heures payées à 50 % de l'hôpital concerné, sur base des dernières données connues

C = nombre total d'heures payées à 50 % de tous les hôpitaux concernés, sur base des dernières données connues

Les montants octroyés sont revus, pour l'année 2007, sur base du nombre réel d'heures de prestations de nuit du dimanche et des jours fériés.]²⁰

[Article 79septies]

A partir du 1^{er} janvier 2008, un complément fonctionnel annuel de 816,80 € (index 01/07/2005) est attribué aux infirmiers en chef, infirmiers chefs de service du cadre intermédiaire et paramédicaux en chef des hôpitaux, ayant une ancienneté pécuniaire de 18 ans minimum et la formation requise par les arrêtés définissant leur fonction.

Le montant est calculé en multipliant le nombre d'ETP admissibles de l'hôpital par 1.099,98 €, soit 816,80 € majorés des charges patronales (index 01/07/2005).]³¹

* Entrée en vigueur : 01.01.2014.

Article 79octies

[Il est financé, en trois phases, 2.309 ETP infirmier, aide-soignant ou paramédical par 30 lits agréés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques, à l'exclusion des lits des services Sp-soins palliatifs, K et NIC.

Les phases sont les suivantes :

- 1° au 1^{er} janvier 2008, une étude pilote est réalisée sur le remplacement immédiat et la communication des horaires dans le secteur hospitalier.

Elle vise à renforcer l'équipe mobile, prévue dans l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

A cet effet, 319 ETP, à concurrence de 46.981,24 € par ETP, sont affectés aux hôpitaux sélectionnés par l'équipe universitaire ad hoc.

Lors de la révision de l'exercice 2008, il sera vérifié que le nombre d'ETP financé par hôpital participant à l'étude pilote a bien été affecté à l'équipe mobile ;
- 2° au 1^{er} juillet 2009, 1.042 ETP sont répartis entre les hôpitaux non sélectionnés lors de la première phase, à raison de minimum 0,5 ETP par 30 lits agréés, à l'exclusion des services Sp-soins palliatifs, K et NIC ;
- 3° au 1^{er} janvier 2011, le solde de 948 ETP est réparti entre tous les hôpitaux afin de garantir 1 ETP par 30 lits agréés, à l'exclusion des services Sp-soins palliatifs, K et NIC.

A partir du 1^{er} juillet 2010, le maintien du financement octroyé en vertu des points 1° et 2° et le financement prévu en vertu du point 3° est soumis à la conclusion, pour le secteur privé, d'une convention collective de travail en commission paritaire ou, à défaut, d'un accord local, et pour le secteur public d'un accord local pris en exécution du Protocole n° 2009/04 relatif aux négociations menées le lundi 22 juin 2009 au sein du Comité pour les services publics provinciaux et locaux (Comité C), portant sur les domaines suivants :

- la transmission des horaires de travail suffisamment à l'avance ;
- le respect des horaires transmis à l'avance et les sanctions attachées aux modifications d'horaires ;
- le remplacement immédiat en cas d'absence.

Si un accord local est signé, une copie doit être envoyée au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

L'hôpital, qui n'a pas encore fourni de copie d'un accord local, peut à tout moment fournir ladite copie et bénéficier du financement prévu ci-dessus à compter du calcul suivant de son budget des moyens financiers.]³⁵

[Article 79nonies

- [§ 1]^{28*} A partir du 1^{er} janvier 2009, le montant de l'accord social du secteur public, défini dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des secteurs publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005, à savoir 1.795.598 € (index 01/01/2009), est

* Entrée en vigueur : 01.01.2011.

réparti entre les hôpitaux publics selon les modalités prévues dans un accord local pris en exécution du Protocole n° 2009/06 relatif aux négociations menées le lundi 21 décembre 2009 au sein du comité pour les services publics provinciaux et locaux (comité C).

Le budget est réparti au prorata du total de la Sous-partie B2 des hôpitaux publics au 30 juin 2008.

Pour bénéficier des budgets précités, les gestionnaires des hôpitaux publics doivent faire parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de ces avantages au personnel concerné à compter du 1^{er} janvier 2010. Cette attestation doit être envoyée pour le 15 octobre 2010 et doit être contresignée par le comité de concertation local ou, à défaut, par la délégation syndicale.

Une copie de l'accord local doit être envoyée au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.]^{27*}

[A partir du 1^{er} janvier 2011, le budget est réparti au prorata du nombre d'ETP des hôpitaux publics tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul, non concernés par l'application des dispositions de l'arrêté royal du 22 juin 2010 visé à l'article 48bis du même arrêté, et qui travaillent dans un centre de frais compris entre 020 et 899.]^{28†}

- [§ 2 A partir du 1^{er} janvier 2011, un budget de 3.200.000 € est réparti, entre les hôpitaux privés, en vue d'étendre la valorisation des prestations inconfortables du personnel non concerné par l'application des dispositions de l'arrêté royal du 22 juin 2010 visé à l'article 48bis du même arrêté, au prorata du nombre d'ETP des hôpitaux privés tels que connus par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul, non concernés par l'application des dispositions de l'arrêté royal du 22 juin 2010 visé à l'article 48bis du même arrêté et qui travaillent dans un centre de frais compris entre 020 et 899.]^{28‡}

[Article 79decies

Au 1^{er} janvier 2011, un budget est octroyé aux hôpitaux afin de couvrir l'embauche de personnel supplémentaire.

- a) pour les hôpitaux du secteur privé, un budget de 5.080.000 € est réparti entre les hôpitaux selon les modalités de répartition suivantes :
 - les institutions de minimum 100 lits se voient attribuer un budget de 21.000 €. Le solde de ce budget est ensuite réparti, entre ces mêmes institutions, à la proportionnelle du nombre de lits agréés au-delà des 100 premiers lits. Pour la fixation du nombre de lits, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul ;

* Entrée en vigueur : 01.01.2009.

† Entrée en vigueur : 01.01.2011.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2011.

- les ETP embauchés sont, soit des aides administratives et logistiques affectées aux unités de soins, soit des aides-soignants de nuit ou soit du personnel d'entretien dans les hôpitaux qui ne sous-traitent pas cette activité ;
- b) pour les hôpitaux du secteur public, un budget de 4.030.000 € est réparti entre les hôpitaux selon les informations fournies par le Fonds Maribel social du secteur public qui définit, affecte et contrôle les emplois supplémentaires.

Le maintien des financements visés aux points a) et b) est subordonné à l'envoi, dans les trente jours après la publication du présent arrêté au Moniteur belge, au SPF Santé publique, DG1, Service Comptabilité et Gestion des hôpitaux, d'un document confirmant que la concertation a bien eu lieu au sein du Conseil d'Entreprise, pour le secteur privé, et au sein du comité de concertation de base, pour le secteur public, portant sur l'utilisation du budget supplémentaire en vue d'une création nette d'emploi.

Les budgets visés aux points a) et b) ne sont pas soumis à l'indexation pour l'année 2011 et ne sont pas révisables.]^{29*}

[Article 79undecies]

[§ 1]³⁸ A partir du 1^{er} janvier 2013, un budget de 1.295.000 € est octroyé aux hôpitaux sous la condition de l'octroi du barème 1.35, tel que fixé dans la commission paritaire 330, aux aides-soignants exerçant cette fonction dans l'hôpital. Pour le secteur public, le barème applicable aux aides-soignants doit être équivalent à celui défini pour le secteur privé.

Ce budget est réparti entre les hôpitaux sur base du nombre de lits agréés de chaque hôpital, tels que connus au moment du calcul.

Le financement octroyé ne sera maintenu dans le budget des moyens financiers de l'hôpital du 1^{er} janvier 2014 que s'il a fait parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi de cet avantage au personnel concerné à compter du 1^{er} janvier 2013. Cette attestation doit être envoyée pour le 28 février 2014 au plus tard et doit être contresignée par le conseil d'entreprise pour les hôpitaux privés, ou par le comité de concertation ou, à défaut, par la délégation syndicale, pour les hôpitaux publics.]^{37†}

[§ 2 A partir du 1^{er} janvier 2014, un budget supplémentaire de 14.121.000 € est octroyé aux hôpitaux sous la condition de l'octroi du barème 1.35, tel que fixé dans la commission paritaire 330, aux aides-soignants exerçant cette fonction dans l'hôpital. Pour le secteur public, le barème applicable aux aides-soignants doit être équivalent à celui défini pour le secteur privé.

Ce budget est réparti entre les hôpitaux sur base du nombre de lits agréés de chaque hôpital, tels que connus au moment du calcul.

Pour les hôpitaux du secteur public qui n'ont pas envoyé l'attestation mentionnée au § 1, alinéa 3, le financement octroyé au 1^{er} janvier 2014 ne sera maintenu dans le budget des moyens financiers de l'hôpital que s'il a fait parvenir au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une attestation confirmant l'octroi, à compter du

* Entrée en vigueur : 01.01.2011.

† Entrée en vigueur : 01.01.2013.

1^{er} janvier 2014, de cet avantage au personnel concerné. Cette attestation d'octroi d'un barème équivalent, en moyenne ou sur l'ensemble de la carrière, doit être envoyée pour le 30 juin 2014 au plus tard et doit être contresignée par le comité de concertation ou, à défaut, par la délégation syndicale.]]³⁸

[Article 79 du décret]

§ 1 a) A partir de 2021, en vue de financer les moyens prévus à l'article 4, § 2, alinéa 2, 2^o, de la loi du 9 décembre 2019 portant création d'un Fonds blouses blanches, modifié par la loi du 9 mai 2021, un budget annuel est réparti entre tous les hôpitaux de la manière suivante :

- 1^o un budget de 11.700.000 €, non lié à « l'indice santé » visé dans l'article 85, permettant l'engagement de personnel soignant au sein des hôpitaux avec lesquels les projets pilotes « Centres de prise en charge des violences sexuelles » ont conclu un contrat avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions, et ce en vue du soutien et de la poursuite du développement de ces centres de prise en charge des violences sexuelles ;
- 2^o le solde, défini au § 2, est réparti entre tous les hôpitaux en vue de financer l'augmentation nette de l'emploi de personnel soignant et l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant. Cela concerne également les dépenses de personnel de soutien qui décharge le personnel soignant et qui est en contact direct avec lui pour lui permettre d'augmenter son temps effectif pour les soins prodigués aux patients avec la priorité pour les soins prodigués au chevet des patients. La priorité est apportée au financement de l'augmentation de la norme du personnel, et de préférence du personnel infirmier, à hauteur d'un ETP en moyenne supplémentaire, par unité de soins ou par fonction hospitalière, afin d'augmenter la présence infirmière au chevet du patient.

Le type de personnel visé par les mesures reprises sous 2^o est l'infirmier hospitalier, l'aide-soignant, les fonctions de soutien intégrées aux équipes de soins, à savoir le personnel repris dans les normes de personnel des services, fonctions et programmes de soins hospitaliers, ainsi que le personnel de soutien qui aide le personnel infirmier pour ses tâches administratives et logistiques.

b) A partir de l'année 2021, l'affectation des moyens visés au a), 2^o, doit faire l'objet, au sein de chaque institution d'une concertation sociale locale préalable en vue d'un accord au sein du comité de concertation de base ou au sein du Conseil d'entreprise. A défaut de conseil d'entreprise, cette concertation a lieu au sein du Comité pour la prévention et la protection au travail. A défaut de Comité pour la prévention et la protection au travail, cette concertation a lieu avec la délégation syndicale. Cette concertation porte sur l'affectation des moyens en fonction des priorités des besoins et des fonctions les plus utiles à recruter pour alléger la charge de travail du personnel soignant prodiguant ses soins au chevet des patients. Cette concertation préalable doit se tenir avant le 31 décembre de l'année précédant l'utilisation effective des moyens.

Le gestionnaire de l'institution doit communiquer au SPF Santé publique un rapport émanant de l'organe local de concertation sur la manière dont les moyens prévus pour l'année qui suit vont être affectés. Le contenu de ce rapport est transmis au SPF Santé publique au moyen de l'encodage des informations reprises dans le Rapport A dont le modèle Excel est mis à disposition des hôpitaux sur le site du SPF Santé publique. L'organe local de concertation sociale atteste que les informations transmises au SPF sont celles qui ont fait l'objet de la concertation sociale préalable en signant la version imprimée du rapport A. Les données sous format Excel et le tableau imprimé signé par le/les représentant(s) de l'organe local de concertation sont envoyées par mail au plus tard le 31 mars de l'année concernée par l'affectation des moyens à l'adresse suivante : fin.pers@health.fgov.be.

- c) A partir de l'année 2021, le gestionnaire de l'institution doit transmettre à l'organe local de concertation sociale, à l'issue de chaque année, dans le cadre de l'information annuelle au Conseil d'entreprise ou à l'organe local de concertation sociale visée dans l'arrêté royal du 15 juin 1998 exécutant l'article 86bis de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, dans les trois mois suivant la clôture des comptes de chaque exercice comptable, un rapport qui établit, de manière claire et lisible, l'affectation effective des moyens de l'année concernée, le suivi des emplois créés et l'évolution du volume global de l'emploi.

Le contenu de ce rapport est transmis au SPF Santé publique au plus tard pour le 31 décembre de l'année qui suit l'année concernée au moyen de l'encodage des informations demandées dans le « Rapport B », dont le modèle est mis à disposition des hôpitaux sur le site du SPF Santé publique. L'organe local de concertation sociale atteste que les informations transmises au SPF sont celles qui lui ont été transmises, en signant la version imprimée.

- d) Dans le cadre de la concertation sociale locale, il est mis en place une évaluation annuelle du nombre de soignants et de personnel de soutien par unité et les conséquences sur l'encadrement au chevet du patient.

Cette évaluation doit avoir lieu au plus tard en même temps que la concertation sociale locale préalable sur l'affectation des moyens de l'année 2023 et des années suivantes.]]^{78*}

- [§ 2 [Le solde visé au paragraphe 1^{er}, 2^o, s'élève à 343.819.141,43 euros (valeur au 1^{er} janvier 2025) du 1^{er} janvier au 31 décembre 2025 et à 357.840.022,04 euros (valeur au 1^{er} janvier 2026) du 1^{er} janvier au 31 décembre 2026.]]^{87†}.

Le budget disponible est réparti entre tous les hôpitaux, par secteur budgétaire et par catégorie d'hôpitaux, selon les modalités définies ci-dessous.

* Entrée en vigueur : 01.01.2021.

† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

- 1° Pour le secteur budgétaire aigu des hôpitaux généraux, à l'exception des hôpitaux visés à l'article 33, § 1, et des hôpitaux visés à l'article 33, § 2, un montant par hôpital est calculé selon la formule suivante :

$$A \times 10 \% \times P$$

où :

A = points de base tels que déterminés dans la sous-partie B2 au 1^{er} juillet n-1 pour le personnel des lits C, D, E, G, I, M, NIC, Urgence, quartier opératoire, hôpital de jour chirurgical, lits A, Aj, An, K, Kj et Kn, étant entendu que les points du personnel du quartier opératoire sont utilisés sans appliquer le coefficient qui limite aux points disponibles. Les points relatifs aux produits médicaux et à la stérilisation ne sont pas utilisés dans le calcul. Les points supplémentaires accordés pour les lits C, D et E ne sont pas pris en compte, à l'exception des points pour les lits de soins intensifs.

P = la valeur du point de la sous-partie B2 au 1^{er} juillet de l'année N-1, à l'index au 1^{er} juillet de l'année concernée par le calcul.

- 2° Pour les hôpitaux généraux visés à l'article 33, § 1, un montant par hôpital est calculé selon la formule suivante :

$$A \times 10 \% \times P$$

où :

[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) ;]^{85*}

P = la valeur du point de la sous-partie B2 au 1^{er} juillet de l'année N-1, à l'index au 1^{er} juillet de l'année concernée par le calcul.

- 3° Pour les lits des secteurs budgétaires Sp PAL, GB, PSY, SP et G un montant par secteur budgétaire est calculé comme suit :

$$A * P$$

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

où :

[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 ;]^{85*}

P = la valeur du point de la sous-partie B2 au 1^{er} juillet de l'année N-1, à l'index au 1^{er} juillet de l'année concernée par le calcul.

Afin d'utiliser tout le budget disponible, les montants calculés en vertu des points 1°, 2° et 3° peuvent être adaptés d'un coefficient multiplicateur.]^{81†}

[Article 79terdecies

A partir du 1^{er} juillet 2024, en vue de soutenir la formation des candidats médecins spécialistes, la sous-partie B9 du budget des moyens financiers 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 agréé dans un hôpital ou un stage spécifique auprès d'un maître de stage coordinateur. Les stages extra-muros et les stages scientifiques ne sont pas pris en compte dans le calcul.

Chaque année, une actualisation du financement est effectuée sur la base du nombre fourni par l'Office national de Sécurité sociale d'ETP de médecins spécialistes en formation auxquels s'applique la convention collective, telle que visée à l'alinéa 3, 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.

Le financement n'est accordé que dans la mesure où l'hôpital satisfait aux conditions minimales de la convention collective, telle que visée dans l'arrêté royal du 19 juillet 2021 rendant obligatoire la convention collective du 19 mai 2021, conclue au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, sur les conditions minimales qui doivent figurer dans les conventions de formation conclues avec les médecins spécialistes en formation, et dans l'arrêté royal du 21 avril 2024 rendant obligatoire la convention collective du 21 décembre 2023, conclue au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, relative à l'évaluation et à l'adaptation de la convention collective du 19 mai 2021.

La mesure dans laquelle il est satisfait à la condition visée à l'alinéa 3 est contrôlée par le SPF Santé publique en vérifiant que le modèle de convention de base utilisé au niveau de l'hôpital est conforme aux conditions minimales de la convention collective et au modèle de contrat de formation comportant les dispositions minimales obligatoires applicables à partir du 1^{er} avril 2024 tel que validé par la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux, ainsi qu'aux éventuelles modifications de ce modèle de contrat de formation dans la mesure où celles-ci sont d'application

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

† Entrée en vigueur : 01.01.2022.

depuis au moins soixante jours au moment où les modèles de conventions de base des hôpitaux sont recueillis par le SPF Santé publique.

A cette fin, chaque hôpital transmet son modèle de convention de base au SPF Santé publique, avant le 31 janvier de chaque année, sauf lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- 1° L'hôpital a obtenu, l'année précédente, un résultat de 25/25 lors de l'évaluation ;
- 2° Le modèle de convention de base de l'hôpital est resté inchangé depuis l'évaluation précédente ;
- 3° La Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux n'a apporté aucune modification au modèle de contrat de formation ;
- 4° Le SPF Santé publique n'a pas, préalablement à cette date, adressé à l'hôpital concerné une demande explicite de transmettre son modèle de convention de base pour contrôle.

Dans le cadre de l'évaluation de conformité aux exigences de la convention collective et au modèle de contrat de formation visés à l'alinéa 4, le financement est pondéré sur la base d'un résultat maximal de 25 points, attribué en fonction des critères d'évaluation suivants :

- 1° La description complète de l'objet conformément au modèle de contrat de formation vaut 1 point ;
- 2° La description complète des obligations de l'ensemble des parties concernées conformément au modèle de contrat de formation vaut 1 point ;
- 3° Le respect des conditions minimales de la convention collective relatives au temps et à la durée de travail vaut 4 points, répartis comme suit :
 - a) L'indication selon laquelle l'horaire de travail mensuel est communiqué au médecin spécialiste en formation au moins quatre semaines à l'avance vaut 1 point ;
 - b) L'indication selon laquelle la durée de travail est de 48 heures en moyenne par semaine, avec un maximum de 60 heures par semaine si le médecin spécialiste en formation n'opte pas pour de l'« opting-out », et de 48 heures en moyenne par semaine, avec un maximum de 72 heures par semaine si le médecin spécialiste en formation opte pour de l'« opting-out », vaut 1 point ;
 - c) Prévoir que le choix du médecin spécialiste en formation concernant un régime de travail avec ou sans « opting out » soit expressément constaté dans un document écrit, signé par le médecin spécialiste en formation vaut 1 point.
 - d) L'indication, qu'un maximum de 260 heures peut être planifié au cours d'une période consécutive d'un mois et qu'après chaque période d'un mois, une période de repos compensatoire est garantie pour chaque heure prestée au-delà de 260 heures, vaut 1 point. En 2025, ce point est attribué automatiquement à titre de mesure transitoire ;
- 4° Le respect des conditions minimales de la convention collective relatives aux temps de repos et aux gardes appelables vaut 2 points, répartis comme suit :
 - a) L'indication d'un repos compensatoire d'au moins 12 heures entre les « shifts » vaut 1 point ;

- b) La reprise intégrale des dispositions prévues dans le modèle de contrat de formation relatives aux gardes intra-muros, dans le cadre desquelles le médecin spécialiste en formation est attendu à l'hôpital dans un délai inférieur à 20 minutes, vaut 1 point ;
- 5° La fixation d'une indemnité répondant au minimum aux conditions de la convention collective vaut 6 points, répartis comme suit:
- a) La mention au minimum de l'indemnité de base indexée telle que fixée dans le cadre de la convention collective vaut 1 point ;
 - b) L'indication des dispositions relatives aux suppléments pour les heures inconfortables (minimum 135 %/160 %) et les heures d'« opting-out » (110 %) telles que prévues dans le modèle de contrat de formation, vaut 1 point ;
 - c) L'indication des forfaits de garde conformément aux montants et conditions minimaux fixés dans la convention collective, vaut 1 point ;
 - d) L'application de l'index sur les forfaits comme prévu dans la convention collective vaut 1 point ;
 - e) L'indication du cumul entre l'indemnité pour les heures d'« opting-out » et l'indemnité pour les prestations effectuées pendant les heures inconfortables vaut 1 point ;
 - f) L'indication du paiement mensuel des prestations de travail dépassant la limite hebdomadaire de 60 heures et du paiement à la fin du trimestre des prestations dépassant la limite hebdomadaire de 48 heures sans dépasser la limite maximale de 60 heures, vaut 1 point ;
- 6° L'indication de l'indemnité minimale pour frais et de l'indemnité minimale pour congé scientifique conformément à la convention collective vaut 3 points, répartis comme suit :
- a) L'indication d'au moins 150 euros d'indemnité de frais vaut 1 point ;
 - b) L'indication de l'indexation de l'indemnité minimale pour frais de 150 euros vaut 1 point ;
 - c) L'indication du système d'indemnisation des activités scientifiques, étant soit une indemnité réelle, soit un montant établi à utiliser librement, vaut 1 point ;
- 7° Le respect des conditions minimales de la convention collective relatives aux congés vaut 4 points, répartis comme suit :
- a) L'indication du nombre de jours de congé avec un minimum de 22 jours de congé par an vaut 1 point ;
 - b) L'indication du paiement des jours de congé non pris, conformément aux accords repris dans la convention collective, vaut 1 point ;
 - c) L'indication des 10 jours fériés légaux vaut 1 point ;
 - d) L'indication du droit à au moins 10 jours complets de congé scientifique vaut 1 point ;
- 8° Le respect des conditions minimales de la convention collective relatives aux informations à mentionner concernant la personne de confiance et l'application de la réglementation relative aux lanceurs d'alerte vaut 2 points, répartis comme suit :
- a) L'indication des coordonnées complètes de la personne de confiance vaut 1 point ;
 - b) L'indication de l'application de la réglementation relative aux lanceurs d'alerte ainsi que les informations sur les canaux de signalement mis en place dans l'hôpital, vaut 1 point ;

- 9° L'indication du nom de l'assureur en responsabilité civile et du numéro de police vaut 1 point ;
- 10° La description exhaustive de la relation entre le maître de stage et le médecin spécialiste en formation conformément au modèle de contrat de formation vaut 1 point.

Les résultats ont les implications suivantes sur l'octroi du montant au niveau de l'hôpital, tel que visé à l'alinéa 2 :

- 1° Un résultat de 25/25 sans remarques implique que le financement est accordé à l'hôpital à 100 % au prorata des ETP médecins spécialistes en formation ;
- 2° Un résultat de 24/25 avec remarque(s) implique que le financement est accordé à l'hôpital à 100 % au prorata des ETP médecins spécialistes en formation ;
- 3° Un résultat de 23/25 avec remarque(s) implique que le financement est accordé à l'hôpital à 80 % au prorata des ETP médecins spécialistes en formation ;
- 4° Un résultat de 22/25 avec remarque(s) implique que le financement est accordé à l'hôpital à 60 % au prorata des ETP médecins spécialistes en formation ;
- 5° Un résultat de 21/25 avec remarque(s) implique que le financement est accordé à l'hôpital à 40 % au prorata des ETP médecins spécialistes en formation ;
- 6° Un résultat inférieur à 21/25 avec remarque(s) implique que le financement est accordé à l'hôpital à 0 % au prorata des ETP médecins spécialistes en formation.

S'il ressort d'un contrôle qu'un ou plusieurs contrats signés par des médecins spécialistes en formation s'écartent manifestement, au détriment du respect de la convention collective, du modèle de convention de base transmis pour l'année correspondante, le nombre de points initialement attribué sur la base dudit modèle est recalculé sur la base du contrat signé le moins conforme, et les moyens indûment alloués sont déduits du budget de moyens financiers de l'hôpital afférent à la période suivant la constatation de l'infraction.]]^{87*}

[Article 79quaterdecies

A partir du 1^{er} janvier 2022, un budget de 6.819.138,38 € (index au 1^{er} janvier 2022) est octroyé aux hôpitaux privés 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 oeuvre 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 privés 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 € (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.

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

L'actualisation du budget par hôpital s'effectue tous les deux ans à partir du 1^{er} juillet 2024 sur base des ETP payés de l'année N-2.]^{81*}

[Article 79quinquiesdecies]

Afin d'améliorer les conditions de travail du personnel de soins en vue d'accroître l'attractivité du secteur, un financement unique d'une valeur de 21.000.000 € (valeur 1^{er} janvier 2023) est octroyé pour l'année 2023.

Ce budget est réparti selon les modalités suivantes :

- un budget de 17.955.000 € pour les hôpitaux généraux ;
- un budget de 3.045.000 € pour les hôpitaux psychiatriques.

A l'intérieur de chaque enveloppe, la répartition s'effectue entre les hôpitaux sur la base du nombre de lits. On entend par lit, 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 et 2. Le nombre de lits justifiés et le nombre de lits agréés est celui qui a été notifié aux hôpitaux dans leur budget des moyens financiers du 1^{er} juillet 2022.

Le financement couvre tout achat visant à aider et à soulager le personnel de soins.

Il est conditionné à :

- une intervention de l'hôpital à hauteur de la moitié des coûts des acquisitions effectivement réalisées ;
- la production d'une facture d'achat dont la date se situe entre le 8 juillet 2022 et le 31 décembre 2023 ;
- l'établissement d'un rapport de synthèse listant les dépenses effectuées. Ce rapport de synthèse devra être envoyé sous format PDF signé et sous format Excel pour le 31 mars 2024.]^{81†}

[Article 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

* Entrée en vigueur : 01.01.2022.

† Entrée en vigueur : 01.01.2023.

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.]^{85*}

[Article 79septiesdecies]

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 79sexiesdecies. 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 31 mars 2025, d'une copie du procès-verbal qui confirme que la concertation sociale locale sur les mesures précitées a bien eu lieu.]^{85†}

Section 2bis – Dispositions communes à la partie B, hors B6, du budget

[Article 80]¹⁷

- [§ 1]⁸ En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 79 et 80, 1^o, sont augmentés de 0,39 %.]^{4‡}
- [§ 2 En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 76bis, 76ter, 76quater, 77, 79 et 80, 1^o, sont augmentés de 0,75 %.]⁸⁵
- [§ 3 En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 75, 76, 76bis, 76ter, 76quater, 76quinquies, 77, 79 et 80 sont augmentés à partir du 1^{er} juillet 2005 de 0,36 %.]³⁵
- [§ 4 En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies et 79sexies sont augmentés à partir du 1^{er} juillet 2007 de 0,39 %.]²⁰
- [§ 5 En vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49,

* Entrée en vigueur : 01.01.2024.

† Entrée en vigueur : 01.01.2024.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2003.

§ Entrée en vigueur : 01.01.2004.

50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies et 79septies sont augmentés à partir du 1^{er} janvier 2008 de 0,78 %.

§ 6 A partir du 1^{er} janvier 2009, en vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 47bis, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 §§ 1 à 3, 65, 66, 67, 68, 70, 73, 73bis, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quater, 79quinquies, 79sexies, 79septies, 88, 89, 90, 91, 91quater et 95 sont augmentés de 0,78 %.

§ 7 A partir du 1^{er} janvier 2010, en vue de couvrir les augmentations barémiques découlant de l'évolution de l'ancienneté pécuniaire, les budgets fixés en application des articles 33, § 3, 42, 43, 44, 45, 47, 47bis, 48, 48bis, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 §§ 1 à 3, 65, 66, 67, 68, 73, 73bis, 73ter, 74, 74bis, 74ter, 74quater, 74quinquies, 74sexies, 74septies, 75, 77, 78, 79, 79bis, 79ter, 79quinquies, 79sexies, 79septies, 79octies, 88, 89, 90, 91, 91quater et 95 sont augmentés de 0,78 % pour les hôpitaux généraux et de 0,84 % pour les hôpitaux psychiatriques.]³¹

[Article 80/1

En raison de la pandémie de coronavirus COVID-19, tous les calculs prévus dans le présent arrêté, pour lesquels des données [d'activité]^{81*} relatives aux années 2020 et 2021 doivent être utilisées en application de la disposition, sont, par dérogation, effectués sur base des données concernées relatives à l'année 2019, à l'exception des calculs relatifs aux révisions prévues dans les articles 74undecies et 92, 2., 10. et 14.]]^{78†}

Section 3 – Partie C du budget

[...]³⁸

[Article 81

...]³⁸

Sous-section 2 – Sous-partie C2 du budget

Article 82

Les montants de rattrapage [en ce qu'ils concernent des révisions sont]^{85‡} conformément aux dispositions du Chapitre 10.

* Entrée en vigueur : 01.01.2022.

† Entrée en vigueur : 01.07.2021.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2024.

Sous-section 3 – Sous-partie C3 du budget

Article 83

§ 1 [Au 1^{er} janvier 2010, la Sous-partie C3 du budget des moyens financiers est fixée en répartissant, entre tous les hôpitaux, le montant de la Sous-partie C3 au 31 décembre 2009, auquel est ajouté un montant de 18.750.000 € en vue de compenser la perte de recettes résultant de l'interdiction, à partir du 1^{er} janvier 2010, de facturer des suppléments de chambre aux patients séjournant dans des chambres à deux lits, au prorata du total des suppléments de chambres à un lit facturés pour l'année 2005.

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

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

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

La demande de révision pour un exercice déterminé induit, de facto, la révision de la Sous-partie C3 pour les quatre exercices suivants.]]^{27*}

Sous-section 4

Article 84

...]]⁶²

Section 4 – Indexation des parties du budget

Article 85

§ 1 [a) La partie B [...] ⁴⁸ est liée à « l'indice santé » tel que défini à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993, portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Cependant, en ce qui concerne l'indexation des financements octroyés conformément aux dispositions d'un contrat conclu avec le ministre ayant la santé publique dans ses attributions, ou son fonctionnaire délégué, elle doit être explicitement prévue dans les termes du contrat.

[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.]]^{85†}

* Entrée en vigueur : 01.01.2010.

† Entrée en vigueur : 01.01.2024.

- b) La partie B, communiquée au début de chaque exercice, est établie en fonction de « l'indice santé » en vigueur et en fonction des hypothèses d'indexation retenues pour le calcul du budget de l'Etat, connues au moment de la communication.

L'exercice terminé, un ajustement positif ou négatif selon le cas, est opéré en fonction des dates réelles d'indexation.]]³¹

§ 2 Les parties A et C du budget ne seront pas indexées.

CHAPITRE VII – Fixation des parties fixe et variable du budget

Article 86

- § 1 La partie fixe du budget des moyens financiers est constituée :
- du budget des Sous-parties A1, A2, A3, B3, B4, B5, B6, B7, B8, [...] ³⁸, C2 [et C3] ⁶². Cette dernière Sous-partie ne concerne que les hôpitaux et services Sp palliatifs, grands brûlés et psychiatriques ;
 - 80 % des budgets des Sous-parties B1 et B2.

*Législation applicable en Communauté germanophone**

[Article 86]

- § 1 *La partie fixe du budget des moyens financiers est constituée :*
- *du budget des Sous-parties [...] ^{45bis}, A2, [...] ^{45bis}, B3, B4, B5, B6, B7, B8, [...] ³⁸, C2, C3 et C4. Cette dernière Sous-partie ne concerne que les hôpitaux et services Sp palliatifs, grands brûlés et psychiatriques ;*
 - *80 % des budgets des Sous-parties B1 et B2.*
- § 2 La partie variable du budget des moyens financiers est constituée de 20 % des budgets des Sous-parties B1 et B2.
- § 3 Les parties fixe et variable déterminées conformément aux §§ 1 et 2 sont scindées en deux parties, l'une calculée sur base du nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu pour les patients visés à l'article 99, § 2, l'autre calculée sur base du nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu pour les patients visés par l'article 100.
- L'exercice considéré terminé, la scission précitée est revue sur base des données propres à cet exercice.

* Art. 57 du décret-programme de la Communauté germanophone du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

CHAPITRE VIII – Fixation du nombre de référence visé à l'article 97, § 1, E) de la loi sur les hôpitaux

Article 87

§ 1 Pour les hôpitaux aigus et les services Sp, hors les services Sp soins palliatifs, il n'est pas fixé de nombre de référence.

§ 2 Pour les hôpitaux et services Sp palliatifs et les unités de grands brûlés, un seul nombre de référence est fixé qui est constitué de la manière suivante :

Nombre de lits * 365 * 0,8

§ 3 Pour les hôpitaux psychiatriques, un seul nombre de référence est fixé qui est constitué de la manière suivante :

$[\sum (\text{nombre de lits de jour et de nuit par service au } 1^{\text{er}} \text{ janvier} * 365 * T) + (\text{nombre de lits de jour ou lits de nuit par service au } 1^{\text{er}} \text{ janvier} * 251 * T)]^{10}$

où :

$T = A, T, T_f [, T V_p]^{18} = 80 \%$

$[A_j, A_n, T_j, T_n = 80 \%^{10}$

$K = 70 \%$

$[K_j = 70 \%^{10}$

$[K_n = 70 \%^{10}$

CHAPITRE IX – Adaptation du budget

Section 1 – Hôpitaux aigus

Sous-section 1 – Suppression de lits hospitaliers

Article 88

- § 1 En cas de suppression de lits hospitaliers compris dans le nombre de lits justifiés dont question à l'article 46, § 1, 1^o, les règles suivantes sont d'application :
1. la Sous-partie A1 est, en ce qui concerne les charges d'amortissements de l'équipement médical et non médical qui sont fixées [en application de l'article 29,]³² adaptée proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits ;
 2. les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont réduites proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits.
- [...]³²
- § 2 En cas de suppression de lits hospitaliers non compris dans le nombre de lits justifiés dont question à l'article 46, § 1, 1^o, aucune diminution du budget n'est appliquée sauf en ce qui concerne les Sous-parties A1 et B5 pour lesquelles les dispositions du § 1 sont d'application.
- [§ 3 Pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9, les lits agréés fermés sont répartis entre lits justifiés et lits non justifiés au prorata du pourcentage d'ajustement, dont question à l'article 45, § 9, en vigueur pendant l'exercice au cours duquel les lits sont fermés.]⁵

Législation applicable en Communauté germanophone*

Article 88

- § 1 En cas de suppression de lits hospitaliers compris dans le nombre de lits justifiés dont question à l'article 46, § 1, 1^o, les règles suivantes sont d'application :
1. [...]^{45bis}
 2. les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont réduites proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits.
- [...]³²
- § 2 En cas de suppression de lits hospitaliers non compris dans le nombre de lits justifiés dont question à l'article 46, § 1, 1^o, aucune diminution du budget n'est appliquée [sauf en ce qui concerne la Sous-partie B5 pour laquelle les dispositions du § 1 sont d'application.]^{45bis†}
- [§ 3 Pendant la période d'ajustement visée à l'article 45, § 9, les lits agréés fermés sont répartis entre lits justifiés et lits non justifiés au prorata du pourcentage d'ajustement,

* Art. 58 du décret-programme de la Communauté germanophone du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

† Correction apportée par la coordination.

dont question à l'article 45, § 9, en vigueur pendant l'exercice au cours duquel les lits sont fermés.]]⁵

Sous-section 2 – Ouverture de lits hospitaliers

Article 89

En cas d'ouverture de lits hospitaliers les règles suivantes sont d'application.

Au cas où le nombre de lits hospitaliers est augmenté :

- par une réduction d'un nombre de lits justifiés [ou d'un nombre de lits calculé en application de l'article 88, § 3]⁵ dans un autre hôpital le budget des Sous-parties A1, B1, B2 et B5 est augmenté d'un montant qui correspond à ceux par lequel le budget de l'autre hôpital est diminué en application de l'article 88, § 1 ; [...]³²

Législation applicable en Communauté germanophone*

Article 89

En cas d'ouverture de lits hospitaliers les règles suivantes sont d'application.

Au cas où le nombre de lits hospitaliers est augmenté :

- par une réduction d'un nombre de lits justifiés [ou d'un nombre de lits calculé en application de l'article 88, § 3]⁵ dans un autre hôpital le budget des Sous-parties [...]^{4,5bis} B1, B2 et B5 est augmenté d'un montant qui correspond à ceux par lequel le budget de l'autre hôpital est diminué en application de l'article 88, § 1 ; [...]³²
- par application de l'article 31 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à la partie respective des Sous-parties B1, B2 et B5 du budget des moyens financiers correspondant au nombre de lits mis en exploitation ;
- [...]³²

Sous-section 3 – Reconversion de lits hospitaliers

Article 90

- § 1 Si un ou plusieurs services aigus d'un hôpital sont convertis en un ou plusieurs autres services aigus, la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers de l'hôpital est revue en moins ou en plus en fonction de la valeur du nombre de points attribués au(x) service(s) fermé(s) et au(x) nouveau(x) service(s) en application de l'article 46, § 2.
- § 2 Si un ou plusieurs services aigus d'un hôpital sont convertis en un ou plusieurs services Sp ou services d'hôpital psychiatrique, les règles reprises à la Sous-section 1 sont d'application.

* Art. 59 du décret-programme de la Communauté germanophone du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

Section 2 – Services Sp, Services G isolés et Hôpitaux psychiatriques

Article 91

- § 1 En cas de suppression de lits hospitaliers ou de mise en exploitation de lits supplémentaires, les règles suivantes sont d'application :
- 1° le nombre de référence pour les hôpitaux psychiatriques est adapté conformément aux dispositions prévues à l'article 87, § 3 ;
 - 2° en cas de diminution du nombre de lits, la Sous-partie A1 du budget est, en ce qui concerne les charges d'amortissements qui sont fixées [en application de l'article 29,]³² adaptée proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits. En cas d'un transfert des lits, le montant y afférent est transmis au budget de l'hôpital qui reçoit les lits transférés ;
 - 3°
 - a) au cas où le nombre de lits hospitaliers est diminué, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont réduites d'un montant proportionnel à la diminution de capacité en lits de l'hôpital ;
 - b) au cas où le nombre de lits hospitaliers est augmenté :
 - par une réduction du nombre de lits dans un autre service Sp ou hôpital psychiatrique, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à celui par lequel le budget de l'autre hôpital est diminué [...] ³². Si la réduction intervient dans un hôpital aigu, il n'y a transfert de budget que s'il s'agit de lits visés à l'article 46, § 1, 1° ;
 - par application de l'article 31 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à la part respective des Sous-parties B1, B2 et B5 correspondant au nombre de lits mis en exploitation.
- § 2 Si un ou plusieurs services d'un hôpital psychiatrique sont convertis en un ou plusieurs autres services avec d'autres normes de personnel, la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers de l'hôpital est revue à la baisse comme à la hausse. Dans ce dernier cas, la révision n'est accordée que pour autant que le personnel supplémentaire soit réellement engagé. Les normes de personnel sont celles visées à l'article 48 du présent arrêté.

[Section 3 – Neutralisation budgétaire

Article 91bis

Les dispositions des sections 1 et 2 n'ont pas d'incidence sur le budget national disponible pour la fixation des Sous-parties A1, B1, B2 et B5 des hôpitaux généraux et psychiatriques.

*Législation applicable en Communauté germanophone ****Article 91bis**

Les dispositions des sections 1 et 2 n'ont pas d'incidence sur le budget national disponible pour la fixation des Sous-parties [...] ^{45bis} B1, B2 et B5 des hôpitaux généraux et psychiatriques.

Article 91ter

Jusqu'au moment où les données relatives à son activité prennent en compte l'adaptation de la structure de lits consécutive à la fermeture, l'ouverture ou la reconversion de lits, l'hôpital continue à faire partie du groupe des hôpitaux, tel que visé à l'article 40, auquel il appartenait avant l'adaptation de la structure de lits susmentionnée.]¹⁸

[Section 4 - ...]^{85†}

[Sous-section 1 - ...]^{85‡}

[Article 91quater

...]^{85§}

[Sous-section 2 ...]^{85**}

[Article 91quinquies

...]^{85††}

*Législation applicable en Communauté germanophone***Article 91quinquies**

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

§ 2 Par diminution structurelle, on entend une réduction récurrente et réelle du budget de l'hôpital dans une ou plusieurs des Sous-parties [...] ^{‡‡} B1, B2, B3 ou B5. ^{§§}

* Art. 60 du décret-programme de la Communauté germanophone du 22.02.2016 – Entrée en vigueur : 01.01.2016.

† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

§ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

** Entrée en vigueur : 01.01.2025.

†† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

‡‡ Entrée en vigueur : 01.01.2016.

§§ Entrée en vigueur : 01.07.2006.

[Article 91sexies...]^{85*}[Article 91septies...]^{85†}[Article 91octies...]^{85‡}[Article 91nonies...]^{85§}[Article 91decies...]^{85**}[Sous-section 3 ...]^{85††}[Article 91undecies...]^{85‡‡}[Article 91duodecies...]^{85§§}[Article 91terdecies...]^{85***}Article 91quaterdecies...]^{85†††}[Sous-section 4 ...]^{85‡‡‡}[Article 91quinquiesdecies...]^{85§§§}

* Entrée en vigueur : 01.01.2025

† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

‡ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

§ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

** Entrée en vigueur : 01.01.2025.

†† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

‡‡ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

§§ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

*** Entrée en vigueur : 01.01.2025.

††† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

‡‡‡ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

§§§ Entrée en vigueur : 01.01.2025.

[Sous-section 5 :...]^{85*}[Article 91sexiesdecies...]^{85†}

* Entrée en vigueur : 01.01.2025.

† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

CHAPITRE X – Conditions et règles de la révision du budget

Section 1 – Révision de certains éléments

Article 92

Sont revues d'office l'exercice terminé en tenant compte des règles prévues au Chapitre VI :

1. [la Sous-partie A1, sauf les charges d'amortissement fixées forfaitairement conformément à l'article 29, hormis celles définies dans l'article 26bis pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2015, et la sous-partie A3 ;]³⁸
2. la mesure relative aux dispenses de prestations visées à [l'article 79]¹⁷ ainsi que le respect des différentes mesures relatives à l'augmentation du personnel dans les services hospitaliers ;
3. la Sous-partie B4 en ce qui concerne les activités pour lesquelles un rapport est demandé ;
4. la scission des parties fixes et variables telle que visée à l'article 86, § 3 ;
5. pour les services Sp palliatifs, les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques, l'indemnisation des activités par rapport au nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées tel que visée à la Section 2 ;
6. l'ajustement à la réalité pour les hypothèses d'indexation de la Partie B utilisées lors de la communication du budget tel que visé à l'article 85, § 1, b ;
7. les corrections aux budgets des Sous-parties B1, B2 et B5 telles que visées aux articles 88, §§ 1 et 2 et 89* ;
- [8.[†] ...]⁵¹
- [9.[‡] l'adaptation de la Sous-partie A2 selon les règles visées à l'article 30, § 3 ;]⁷
10. [la sous-partie B9, en ce qui concerne les articles 79bis, [79bis/1]^{81§}, 79quater et 79septies ;]⁷⁸
- [11. la Sous-partie C3 des hôpitaux qui ont demandé explicitement la révision de cette Sous-partie ;]¹⁸
- [12. pour le Plan Cancer, les financements visés à l'article 64, §§ 1 et 2 selon les modalités qui y sont définies ;]³⁰
- [13. à partir de l'année 2010, et ensuite tous les trois ans, le financement du coût du remplacement du personnel statutaire en absence de maladie de longue durée, selon les conditions définies dans l'article 73ter ;]^{30**}
- [14. le financement d'une prime annuelle octroyée à certains infirmiers selon les conditions définies dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité

* Correction apportée par la coordination.

† Correction apportée par la coordination.

‡ Correction apportée par la coordination.

§ Entrée en vigueur : 01.01.2022.

** Entrée en vigueur : 01.01.2010.

pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables ;]⁶³

- [15. la qualification et l'affectation effective dans un programme de soins de base en oncologie ou un programme de soins d'oncologie des diététiciens financés en vertu de l'article 64, § 7.]]^{28*}
- [16. le financement d'un complément de spécialisation octroyé à certains infirmiers selon les conditions définies dans l'arrêté royal du 17 juillet 2022 instaurant un complément de spécialisation et modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables et l'arrêté royal du 25 septembre 2014 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans les soins infirmiers à domicile, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers.]]^{81†}

Législation applicable en Communauté flamande*

Article 92

[14. ...]]⁷

Section 2 – Révision des budgets B1 et B2 en raison de la non-réalisation ou du dépassement du nombre de référence

Article 93

- § 1 Pour les services Sp palliatifs et les unités de grands brûlés, les règles suivantes sont d'application :
 - 1° pour les journées d'hospitalisation non réalisées par rapport au nombre de référence, il est accordé un montant correspondant à la valeur par nombre de référence de la partie variable des budgets B1 et B2 multiplié par le nombre de journées non réalisées ;
 - 2° aucun montant n'est accordé pour les journées d'hospitalisation réalisées au-delà du nombre de référence, y compris les journées réalisées au-delà de 100 % d'occupation.
- § 2 Pour les hôpitaux psychiatriques, la règle suivante est d'application :
 - aucun montant n'est accordé pour les journées d'hospitalisation non réalisées ou réalisées en plus par rapport au nombre de référence, y compris pour les journées réalisées au-delà de 100 % d'occupation.

* Entrée en vigueur : 01.01.2011.

† Entrée en vigueur : 01.01.2022.

‡ Art. 6 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15.09.2017 modifiant l'arrêté royal du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux - Entrée en vigueur le 02.09.2016.

CHAPITRE XI – Construction nouvelle ou importantes modifications structurelles

Section 1 – Dispositions générales

Article 94

Ce chapitre détermine pour tous les hôpitaux, les règles concernant la fixation du budget pour les cas suivants :

1. construction nouvelle ;
2. fusion de deux ou plusieurs hôpitaux.

Section 2 – Construction nouvelle

Article 95

[§ 1]¹⁸ En cas de mise en exploitation, sans ouverture de lits supplémentaires, d'un nouveau bâtiment ou d'une nouvelle aile d'un hôpital ayant trait à au moins la moitié des lits et pour autant qu'il y ait, pour les services visés à l'article 8, une augmentation de la superficie d'au moins 10 % de ces services, la Sous-partie B1 est augmentée d'un montant calculé en multipliant l'augmentation de surface par le total des coûts moyens par unité d'œuvre des hôpitaux du groupe relatifs aux frais généraux, à l'entretien et au chauffage étant entendu que les hôpitaux psychiatriques constituent un seul groupe. La Sous-partie B2 n'est pas modifiée.

[§ 2] Pour les hôpitaux qui réalisent des investissements conduisant à des rationalisations de l'offre de soins et considérés, en vertu des articles 46 et 46bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, comme prioritaires par l'autorité fédérale et par l'autorité ayant le pouvoir d'agrément, et pour autant qu'il résulte de ces investissements pour les services visés à l'article 8 une augmentation de la superficie de ces services, la Sous-partie B1 est augmentée d'un montant calculé en multipliant l'augmentation de surface par le total des coûts moyens par unité d'œuvre des hôpitaux du groupe relatifs aux frais généraux, à l'entretien et au chauffage considérant que les hôpitaux psychiatriques constituent un seul groupe.]¹⁸

Article 96

Les Parties A et C et les Sous-parties B3, B4, B5 et B6 du budget sont fixées conformément aux règles prévues au Chapitre VI.

Section 3 – Fusion d'hôpitaux

Article 97

§ 1 En cas de fusion de deux ou de plusieurs hôpitaux, les règles suivantes seront d'application :

1. les Sous-parties B1 et B2 du budget de la nouvelle entité seront fixées par l'addition des Sous-parties B1 et B2 des hôpitaux concernés ;

2. Le cas échéant, les nombres de référence de la nouvelle entité, sont obtenus conformément aux règles prévues dans l'article 87.
- § 2 [a] Il est accordé aux hôpitaux fusionnés à partir du 1^{er} janvier 2004 un montant calculé comme repris au point b), pour autant qu'ils répondent à l'une des conditions suivantes :

- 1° le nombre de points total accordé pour le premier exercice complet après la fusion pour la Sous-partie B2 est inférieur au total des nombres de points attribués, au 1^{er} juillet de l'exercice au cours duquel la fusion est intervenue, aux hôpitaux ayant fait l'objet de la fusion.

Le différentiel de points constaté en application de l'alinéa précédent est dû aux services ci-après :

- lits C, D et E : en ce qui concerne le nombre de points supplémentaires exprimés par lit justifié, hors hôpital de jour chirurgical ;
- produits médicaux des unités de soins : en ce qui concerne le nombre de points par lit justifié, hors hôpital de jour chirurgical ;
- quartier opératoire : en ce qui concerne la garantie de financement de 2 salles d'opération par site où sont situés les lits agréés de chirurgie ;
- urgences : à raison de la différence entre les points attribués avant et après fusion ;
- pédiatrie : en ce qui concerne la garantie de l'octroi de 17,5 points pour 15 lits agréés.

Le différentiel de points retenu pour le calcul du montant est égal à :

- celui calculé en application du 1°, 1^{er} alinéa, si ce nombre est inférieur à celui calculé pour les services visés au 1°, 2^{ème} alinéa ;
- celui calculé pour les services visés au 1°, 2^{ème} alinéa, si ce nombre est inférieur à celui calculé en application du 1°, 1^{er} alinéa.

- 2° La Sous-partie B8 du budget des moyens financiers allouée à l'entité hospitalière fusionnée le premier exercice après la fusion est inférieure à la somme des Sous-parties B8 du budget des moyens financiers allouées à chacun des hôpitaux ayant fait l'objet de la fusion le 1^{er} juillet de l'exercice au cours duquel la fusion est intervenue.

- b) Le montant visé au a), est calculé comme suit :

$$[(PAF - PHF) \times V] + \Delta B8$$

où :

PAF = le total des points attribués aux hôpitaux avant fusion pour les services concernés, l'année avant la fusion

PHF = les points attribués à l'hôpital fusionné pour les services concernés, l'année après la fusion

V = la valeur du point appliquée à PHF

$\Delta B8$ = la différence positive entre la somme des Sous-parties B8 du budget des moyens financiers allouées à chacun des hôpitaux ayant fait l'objet de la fusion le 1^{er} juillet de l'exercice au cours duquel la fusion est intervenue et la Sous-partie B8 du budget des moyens financiers allouée à l'entité hospitalière fusionnée le premier exercice après la fusion

- c) Le montant dont question au point a) sera accordé aux hôpitaux bénéficiaires à raison de 100 % la première année, 65 % la deuxième année, 30 % la troisième année et 0 % la quatrième année.

Le montant sera alloué via la Sous-partie C2 du budget des moyens financiers.]¹⁰

[Section 4 ...]^{85*}

Article 97bis

...]^{85†}

* Entrée en vigueur : 01.01.2025.

† Entrée en vigueur : 01.01.2025.

CHAPITRE XII – Placement familial

Article 98

- § 1 Il est octroyé chaque année pour la fonction agréée de placement familial un budget des moyens financiers, un nombre de référence de journées d'hospitalisation et un prix par nombre de référence distinct.
- § 2 Le budget des moyens financiers visé au § 1, est égal au prix de 37,61 € par jour multiplié d'un nombre de référence qui est, sur base annuelle, égal au nombre de journées durant lesquelles les patients ont effectivement séjourné dans une famille, toutefois limité à un nombre maximum de jours égal à une occupation de 100 % des places agréées.
- § 3 Pour le nombre de référence il est tenu compte, en provision sur base annuelle, d'un nombre de journées égal à une occupation de 95 % du nombre de places agréées.
- § 4 Le budget des moyens financiers pour la fonction de placement familial peut être revu en moins ou en plus pour tenir compte des recettes en trop ou en moins, dues à l'application du § 3, ou par l'application des règles spécifiques pour un ou plusieurs exercices.
- [§ 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 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.]^{85*}
- § 6 Les montants visés aux §§ 2 et 5 seront indexés conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation, modifiée par l'arrêté royal du 13 décembre 1989 et par les articles 24 et 25 de la loi-programme du 2 janvier 2001.
- § 7 Pour les établissements visés dans l'article 6 de la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, modifiée par les lois des 28 décembre 1873, 7 avril 1964 et 26 juin 1990, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation sont, diminués avec le budget des moyens financiers et le nombre de référence qui sont octroyés pour la période correspondante pour la fonction de placement familial.

A la première application des §§ 1, 2, et 3, du présent article cette adaptation se fait proportionnellement pour la période restante de l'exercice.

* Entrée en vigueur : 01.07.2024.

CHAPITRE XIII – Liquidation du budget

Section 1 – Patients relevant d'un des organismes assureurs visés dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Article 99

§ 1 Par organisme assureur visé dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il y a lieu d'entendre :

- l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes ;
- l'Union Nationale des Mutualités Socialistes ;
- l'Union Nationale des Mutualités Libérales ;
- l'Union Nationale des Mutualités Libres ;
- l'Union Nationale des Mutualités Neutres ;
- la Caisse Auxiliaire Maladie-Invalidité ;
- la Société Nationale des Chemins de fer belges.

§ 2 a) Pour les patients relevant d'un des organismes assureurs repris au § 1, la partie fixe du budget visée à l'article 86, § 1, est liquidée en douzièmes par les unions nationales des organismes assureurs visés au § 1, en proportion de leur part respective pour l'hôpital concerné au cours du dernier exercice connu et ce, dans le délai fixé par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.*

b) Pour la partie variable du budget, telle que visée à l'article 86, § 2, un prix par paramètre est fixé de la manière suivante :

* **pour les hôpitaux aigus [...]³² :**

- 50 % de la partie variable sont liquidés par admission. Le nombre d'admissions retenu est celui correspondant aux admissions « grande porte » réalisés pendant l'exercice sur base duquel les activités justifiées ont été calculées ;
- [- 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

* Par arrêté ministériel du 10 octobre 2002 (Moniteur belge du 18.10.2002), le délai dont question à l'article 99, § 2, a) est fixé de la manière suivante :

- 1° pour les hôpitaux généraux, la liquidation des douzièmes intervient le deuxième jour ouvrable des mois. Le premier versement s'effectue en novembre 2002.
- 2° pour les hôpitaux psychiatriques, le versement des douzièmes intervient le cinquième jour de chaque mois. Cependant pour la période du 01.07.2002 au 31.12.2002, les versements s'effectuent comme suit :
 - a) le 15.08.2002, est versé un montant équivalent à deux douzièmes ;
 - b) le 05.11.2002, est versé un montant équivalent à un douzième ;
 - c) le 05.12.2002, est versé un montant équivalent à un douzième.

nombre de maxi-forfaits facturés de l'année de référence du calcul de l'activité justifiée.]^{85*}

Aucun montant ne sera liquidé pour les séjours dans la fonction de soins néonataux non intensifs.

[* **pour les services G isolés et Sp, hors Sp-soins palliatifs :**

100 % de la partie variable sont liquidés par journée d'hospitalisation. Il est retenu le nombre de journées d'hospitalisation du dernier exercice connu ;]³²

* **pour les services Sp soins palliatifs et les unités de grands brûlés :**

100 % de la partie variable sont liquidés par un paramètre constitué du nombre de référence visé à l'article 87, § 2 ;

* **pour les hôpitaux psychiatriques :**

100 % de la partie variable sont liquidés par un paramètre constitué du nombre de référence visé à l'article 87, § 3.

Section 2 – Patients ne relevant pas d'un organisme assureur visé à la Section 1

Article 100

Pour les patients ne relevant pas d'un organisme assureur visé à la Section 1, il est fixé un prix par paramètre de la manière suivante :

la partie fixe du budget et la partie variable du budget, telles que visées à l'article 86, sont additionnées et divisées par le nombre de référence visé à l'article 87, § 2, ou à l'article 87, § 3, selon qu'il s'agisse d'un service Sp palliatifs ou unités de grands brûlés, ou d'un hôpital psychiatrique.

Pour les hôpitaux aigus, les services Sp et G isolés, le diviseur est constitué par les journées d'hospitalisation réalisées pendant le dernier exercice connu.

Aucun montant ne sera liquidé pour les séjours dans la fonction de soins néonataux non intensifs.

* Entrée en vigueur : 01.01.2023.

CHAPITRE XIV – Dispositions finales

Article 101

Le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions ou le fonctionnaire de l'Administration des Soins de santé délégué par lui, peut requérir du gestionnaire de l'hôpital toutes les données utiles à la fixation du budget et des nombres de référence.

Si l'hôpital ne transmet pas les données demandées dans le délai imparti, il lui est adressé une lettre recommandée lui allouant un nouveau délai de 15 jours. Si, à l'expiration de ce nouveau délai, l'hôpital n'a rien communiqué, la ou les Sous-parties du budget des moyens financiers visées par les éléments manquants est/sont mise(s) à zéro dans le calcul du budget des moyens financiers. La proposition de décision à prendre en ce sens est communiquée, conformément à l'article 98 de la loi sur les hôpitaux, au gestionnaire de l'hôpital.

[Article 101bis

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

Une fois par an, ces modifications sont insérées dans l'annexe 3.]³²

Article 101ter

[Pour les financements, non repris dans les éléments révisables énumérés à l'article 92, dont le calcul a été réalisé sur la base des dernières données connues, non contrôlées et non validées, par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul, les financements visés peuvent être adaptés, à partir de la fixation du budget des moyens financiers au 1^{er} juillet n+1, sur base des dernières données contrôlées et validées par le SPF précité.]^{28*}

Article 102

L'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation modifié par les arrêtés ministériels des 21 avril 1987, 11 août 1987, 7 novembre 1988, 12 octobre 1989, 20 décembre 1989, 23 juin 1990, 10 juillet 1990, 28 novembre 1990, 26 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991, 21 novembre 1991, 19 octobre 1992, 30 octobre 1992, 30 décembre 1993, 23 juin 1994, 19 juillet 1994, 28 décembre 1994, 27 décembre 1995, 30 décembre 1996, 8 septembre 1997, 10 décembre 1997, 29 décembre 1997, 26 août 1998, 30 décembre 1998, 24 mars 1999, 15 juin 1999, 22 juin 1999, 25 septembre 2000, 12 janvier 2001, 4 juillet 2001 et 4 octobre 2001 et l'arrêté ministériel du 5 mars 2002 fixant pour l'exercice 2002 les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers sont abrogés.

* Entrée en vigueur : 01.07.2010.

Article 103

- § 1 Les articles 81 à 83, 87 à 96 et 98 à 104 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2002.
- § 2 L'article 97 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de soins de santé entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Article 104

Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2002.

Donné à Bruxelles, le 25 avril 2002.

(S) Albert II

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

Frank VANDENBROUCKE

ANNEXE 1 : Critères relatifs aux unités des grands brûlés

Pour être considérée comme unité de traitement de grands brûlés visée à l'article 5, § 1, 3° de l'arrêté royal du [...], les unités doivent :

- faire partie d'un hôpital général comptant des lits agréés sous les indices C et D et disposant d'une fonction de soins urgents spécialisés ainsi que d'un service de chirurgie plastique ;
- compter au minimum 6 lits d'hospitalisation agréés constituant une unité architecturalement distincte avec une structure appropriée dont au moins 3 chambres individuelles d'isolement, qui sont affectées aux brûlés particulièrement atteints ou choqués ;
- le service des grands brûlés doit disposer d'une salle d'intervention autonome afin d'y pratiquer des greffes cutanées. Cette salle d'intervention doit également permettre d'y pratiquer des interventions de traumatologie courante et doit être dotée, d'au moins, un « lit d'eau », permettant de nettoyer les brûlés avant de les greffer ;
- les locaux du service devront être ventilés et climatisés. L'air pris à l'extérieur sera dépoussiéré par filtrage ;
- le service doit être doté d'un sas d'entrée ;
- le service sera placé sous la direction d'un médecin-spécialiste en chirurgie ou en médecine interne, ayant des compétences particulières en soins intensifs ;
- par tranche de 6 lits, le service disposera de 2 médecins ETP dont un chirurgien, formé en traumatologie et un médecin-interniste qui a suivi un cycle de formation d'infectiologue ;
- avoir une équipe infirmière et soignante liée exclusivement à l'unité comprenant au moins 3 ETP par lit.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

(S) Albert II

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

ANNEXE 2 : Liste des ETP contractuels relevant du Fonds budgétaire Interdépartemental de promotion de l'emploi

1 - CONTRACTUELS FBI - HOPITAUX GENERAUX ET AUTRES QUE CEUX REPRIS DANS LE TABLEAU 2					
AGREMENT	ETP	AGREMENT	ETP	AGREMENT	ETP
004	8,75	117	75,00	371	80,50
006	41,00	124	22,75	378	14,50
007	34,25	126	69,00	392	31,00
009	224,75	134	12,00	395	21,75
010	105,00	140	37,85	396	63,40
012	31,54	143	68,75	397	21,50
015	15,25	146	63,00	403	95,75
017	43,75	150	13,00	406	87,75
020	38,25	152	70,25	409	14,78
023	6,50	158	18,08	410	39,75
026	55,69	164	20,00	412	80,00
032	40,75	166	22,05	525	40,50
037	43,75	168	27,50	534	100,75
038	8,00	170	19,25	536	13,25
039	36,50	176	47,25	547	18,75
042	38,50	204	34,25	550	24,75
043	35,00	217	22,00	595	77,25
049	114,50	242	2,00	670	91,50
057	22,75	243	91,50	682	35,75
063	53,25	246	29,00	689	39,75
068	21,50	247	23,25	706	23,00
076	50,37	249	10,25	707	24,75
077	70,25	254	29,08	709	26,75
079	14,75	257	5,75	710	56,00
087	35,50	264	22,00	712	19,00
096	49,50	265	13,25	713	7,25
097	28,75	266	25,75	714	20,75
099	99,50	290	59,75	715	32,50
102	11,00	300	47,75	716	40,50
103	43,00	308	18,75	717	24,00
104	15,56	310	17,75	718	94,89
106	22,17	314	25,50	719	30,25
108	25,25	322	178,25	723	2,25
109	30,50	325	78,75	724	29,75
110	34,80	332	1,60		
111	54,25	346	20,00		

2 - CONTRACTUELS FBI - HOPITAUX PSYCHIATRIQUES					
AGREMENT	ETP	AGREMENT	ETP	AGREMENT	ETP
528	10,00	939	54,82	963	38,75
900	29,25	942	16,50	970	59,50
901	14,00	943	79,50	972	39,00
902	67,25	944	15,25	975	36,75
904	35,25	946	20,75	978	23,00
909	35,50	947	22,25	982	45,75
911	2,00	950	12,00	985	15,50
912	13,00	952	35,00	986	36,00
915	5,00	954	19,50	987	5,75
918	20,50	955	35,00	988	21,80
922	5,21	956	23,00	991	61,50
925	18,00	959	31,00	992	24,25
930	5,00	960	28,25	997	4,00
935	1,25	961	33,75		
937	60,25	962	13,50		

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 24 juin 2018 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Philippe

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK]⁶²

ANNEXE 3 : Fixation d'une durée de séjour moyenne par groupe de diagnostics et calcul d'un nombre de lits justifiés

1. INTRODUCTION

1.1. Concepts et abréviations

- Enregistrement RHM : l'enregistrement du Résumé Hôpital Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.
- ICD-10-BE : International Classification of Diseases - 10th Edition - Clinical Modification.
- MDC : Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, tels que décrits dans « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » dans la version connue au moment du calcul.
- APR-DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostic tels que décrits dans « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » dans la version connue au moment du calcul.
- Gravité clinique ou « severity of illness » : Etendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système clinique, telle que décrite dans '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.
- Risque de mortalité : probabilité de décès, tel que décrit dans « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » dans la version connue au moment du calcul.

1.2. Groupes de diagnostics

Les groupes de diagnostic sont constitués sur base de « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » dans la version connue au moment du calcul.

Sur base du diagnostic principal, on effectue une première subdivision en groupes de diagnostics principaux, appelés MDC's, qui portent chacun sur un système ou un organe.

Chaque MDC est ensuite scindé en un sous-groupe médical et un sous-groupe chirurgical selon qu'il y ait intervention chirurgicale ou non.

A l'intérieur de ces sous-groupes, on distingue les groupes de diagnostics proprement dits, c'est-à-dire les APR-DRG, en tenant compte des éléments suivants : diagnostic principal, diagnostics associés, interventions chirurgicales, techniques spéciales, âge, sexe et type de sortie, conformément à « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » dans la version connue au moment du calcul.

322 APR-DRG de base sont ainsi obtenus.

Chaque APR-DRG de base (à l'exception des APR-DRG MMM, AAA, 955 et 956) est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité clinique. La détermination du niveau de sévérité clinique d'un séjour s'effectue en 3 étapes qui prennent notamment en compte les effets sur la gravité clinique des diagnostics secondaires non associés avec le diagnostic principal et non inter reliés entre eux, de l'âge, du diagnostic principal, de l'existence de certaines procédures non opératoires, ... (Cf. « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » dans la version connue au moment du calcul.)

Les quatre « niveaux de sévérité » obtenus sont :

- niveau 1 : niveau de sévérité faible ;
- niveau 2 : niveau de sévérité modéré ;
- niveau 3 : niveau de sévérité majeur ;
- niveau 4 : niveau de sévérité extrême.

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (APR-DRG 955) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (APR-DRG 956) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le « groupe de diagnostics résiduels type I ».

Les patients pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (APR-DRG 950, 951, 952) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le « groupe de diagnostics résiduels type II ».

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RHM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital, on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique décrite au point 1.3.

1.3. Concaténation

Le diagnostic principal est le diagnostic principal de la première spécialité à moins que celle-ci ne soit la spécialité psychiatrique.

1.4. Constitution des sous-groupes d'APR-DRG

Les séjours enregistrés dans le cadre du RHM sont répartis dans des groupes, appelés APR-DRG's au moyen de la technique décrite au point 1.2.

Chacun de ces groupes est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité, tel que décrit au point 1.2.

Les niveaux de sévérité sont ensuite scindés en quatre sous-groupes d'âge :

1) G : les patients Gfin

Pour appartenir à ce groupe, les patients doivent satisfaire à trois conditions :

- a) avoir été hospitalisés pendant 10 jours au moins dans un lit d'index G ;
- b) l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans un index de lit G de l'hôpital est d'au moins 75 ans ou l'âge du patient est d'au moins 75 ans ;
- c) et avoir une durée de séjour à l'hôpital qui excède de 30 % au moins la durée de séjour moyenne standard des patients inliers de 75 ans et plus présentant la même pathologie et la même gravité clinique mais n'ayant pas séjourné ou ayant séjourné moins de 10 jours dans un index de lit G.

2) L : les patients de moins de 75 ans (hormis les patients Gfin) avec niveau de sévérité 1 ou 2 ;

3) H : les patients de 75 ans ou plus (hormis les patients Gfin) avec niveau de sévérité 1 ou 2 ;

4) A : Niveau de sévérité 3 ou 4 (hormis les patients Gfin).

Ci-après, on nommera sous-groupe d'APR-DRG : le croisement APR-DRG, niveau de sévérité et classe d'âge.

1.5. Nombre de systèmes atteints

Pour le calcul du nombre de systèmes atteints, le système du diagnostic principal est considéré comme étant le premier système atteint et on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) des complications mentionnées, tels que décrits dans le '3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual' dans la version connue au moment du calcul.

2. **CALCUL DES DUREES DE SEJOUR MOYENNES STANDARDS**

2.1. Objectif

L'objectif est de calculer une durée de séjour moyenne standard par APR-DRG, niveau de sévérité et groupe d'âge.

2.2. Champ d'application

Les durées facturées totales par séjour des trois derniers exercices connus d'enregistrement RHM serviront de base pour le calcul des durées de séjour moyenne standard.

On tient compte de tous les séjours classiques H des patients admis dans des hôpitaux aigus à l'exception :

- 1) des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service Sp, A ou K ;
- 2) des nouveau-nés (0-7 jours) ayant séjournés exclusivement dans les index de lits M et N* ;
- 3) des séjours qui sont considérés comme séjours classiques inappropriés (voir point 4.2.2.) ;
- 4) des séjours des grands brûlés : séjours des hôpitaux avec des unités des grands brûlés pour lesquels MDC=22, soit l'APR-DRG=004 ou 005 et les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à ICD-10-BE : $\geq T20$ et $\leq T32$;
- 5) des patients qui séjournent un jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital ;
- 6) des séjours de l'APR-DRG 693 'chimiothérapie' dont la date de sortie moins la date d'admission est égale à 1 jour ;
- 7) des séjours appartenant aux APR-DRG's 950, 951, 952, 955 et 956 ;
- 8) des séjours dont le patient est décédé endéans les 3 jours ;
- 9) des séjours fautifs soit les séjours pour lesquels la durée de séjour est non valable (négative, pas en concordance avec le jour, le mois et l'année d'admission et de sortie ou non mentionnée, non concordance entre la durée de séjour calculée, la durée de séjour facturée et la somme des durées par index de lit), l'âge est non valable (pas entre 0 et 120 ans) ;
- 10) des séjours participant au projet pilote « accouchement avec séjour hospitalier écourté ».

On appelle les séjours restants des séjours purs.

2.3. Outliers

Les séjours purs sont considérés comme outliers petits (catégorie 2) s'ils concernent des patients qui ont une durée de séjour facturée plus petite ou égale à la limite inférieure de son sous-groupe d'APR-DRG pour lequel sa limite inférieure est égale à la valeur arrondie de $EXP [\ln Q1 - 2x (\ln Q3 - \ln Q1)]$.

Dans chaque cas, la limite inférieure correspond avec une valeur qui, au minimum, se situe 3 jours en dessous de la durée de séjour moyenne standard.

En outre, cette limite inférieure doit représenter au moins 10 % de la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG concerné si cette durée est au moins égale ou supérieure à 10 jours.

Les séjours outliers petits de l'APR-DRG 560 'accouchement par voie vaginale' avec retour de la mère à domicile et ne participant pas au projet pilote 'accouchement avec séjour hospitalier écourté' sont classés à part comme catégorie 2b.

Les outliers petits ne sont pas pris en compte pour les calculs des moyennes.

Deux types d'outliers grands sont définis: les outliers type 1 et type 2.

Les outliers type 2 (catégorie 4) sont les séjours purs qui, à l'intérieur de leur sous-groupe d'APR-DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite suivante: $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$, mais se situent sous la limite inférieure des outliers type 1.

La limite supérieure des outliers type 2 se situe au moins 8 jours plus haut que la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG.

Les outliers type 2 reçoivent une durée de séjour limitée qui est égale à leur limite supérieure.

On tient compte des durées limitées des outliers type 2 pour le calcul des durées moyennes de séjour par sous-groupe d'APR-DRG.

Les outliers type 1 (catégorie 3) sont les séjours purs qui, à l'intérieur de leur sous-groupe d'APR-DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite supérieure suivante: $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$ qui au minimum est égal à la limite supérieure des outliers type 2.

Ces outliers type 1 ne sont pas pris en compte pour le calcul des durées moyennes de séjour par sous-groupe d'APR-DRG.

Les limites inférieure et supérieure sont calculées au niveau national, où :

Q1 = la durée de séjour correspondant au seuil -sous lequel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG et

Q3 = la durée de séjour correspondant au seuil au-delà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG.

Les séjours purs n'étant pas outliers (catégories 2, 2b, 3 et 4) sont appelés des séjours normaux (catégorie 1).

2.4. Calcul de la durée de séjour moyenne standard par sous-groupe d'APR-DRG

On calcule par sous-groupe d'APR-DRG (cf. point 1.4.) une durée de séjour moyenne standard, en abrégé 'NGL'.

Cette NGL est calculée par sous-groupe d'APR-DRG en divisant la somme des journées facturées des séjours normaux (catégorie 1) et des durées limitées des outliers type 2 (catégorie 4) par leur nombre de séjours.

Les sous-groupes d'APR-DRG auxquels on n'attribue pas une durée de séjour moyenne sont :

0a) les sous-groupes de l'APR-DRG 003 'Transplantation de moelle osseuse' ;

- Ob) les sous-groupes d'APR-DRG 004 'Ecmo ou trachéostomie avec ventilation mécanique de longue durée et procédure extensive' ;
- Oc) les sous-groupes de l'APR-DRG 005 « Trachéostomie avec ventilation mécanique de longue durée sans intervention extensive » ;
- Od) les sous-groupes d'APR-DRG, composés au niveau national, de moins de 30 séjours après l'application des critères mentionnés ci-dessus ;
- Oe) les sous-groupes de niveau de sévérité extrême si ce niveau représente moins de 20 % des séjours de l'APR-DRG.

2.5. La durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital

La durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital est calculée comme étant la durée de séjour moyenne des séjours normaux et des outliers grands de type 2 (durée facturée pour catégorie 1 et durée limitée pour catégorie 4) de la dernière année disponible de données RHM.

2.6. Séjours des patients qui sont restés la moitié ou moins de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp

On répartit les séjours des patients qui sont restés la moitié ou moins de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp selon les catégories (0a, 0b, 0c, 0d, 0e, 1, 2, 2b, 3, 4) du sous-groupe d'APR-DRG auquel ils font partie.

Les séjours avec un sous-groupe d'APR-DRG qui est différent de ceux résultant du calcul des durées de séjour moyennes standards (basé sur les séjours purs) sont classés dans la catégorie 0f.

3. CALCUL D'UN NOMBRE DE LITS JUSTIFIES PAR HOPITAL POUR LES SEJOURS CLASSIQUES (H) ET DE LONGUE DUREE (F, M, L) DES HOPITAUX AIGUS

[3.1. Champs d'application

Les lits justifiés sont calculés sur base du dernier exercice connu de l'enregistrement RHM. On tient compte de tous les séjours classiques (H) et de longue durée (F, M, L) des patients admis dans des hôpitaux aigus à l'exception :

- 1) des séjours des nouveau-nés (0-7 jours) ayant séjournés exclusivement dans les index de lits M et N* ;
- 2) des séjours des grands brûlés : séjours des hôpitaux avec des unités des grands brûlés pour lesquels
 - soit le MDC=22,
 - soit l'APR-DRG = 004 ou = 005 et les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à ICD-10-BE : > = T20 et < = T32 ;
- 3) des séjours sans facturation en index de lits (cf. point 3.3) pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé.^{87*}

3.2. Déplacements de la durée de séjour facturée

La durée de séjour facturée d'un patient séjournant en index de lit M, dans un hôpital sans service M agréé ou pour une raison autre que l'accouchement (hors MDC 14), sera attribuée aux index de

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

lits CD, tandis que la durée de séjour facturée en index de lit financé (cf. point 3.3) pour une raison liée à l'accouchement (MDC 14) sera attribuée à l'index de lit M pour autant que l'hôpital ait un service M agréé.

3.3. Index de lits pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé

L'objectif est de calculer un nombre de lits justifiés pour les index de lits financés ci-après :

CD : C, D, I, L, B
E : E
G : G
M : M
NI : NI

On détermine, par séjour dans les index de lits repris ci-dessus, les rapports entre les durées de séjours facturés et le total de la durée de séjour.

En ce qui concerne les lits A, K, Sp, Z et BR, on ne calculera pas de lits justifiés. Les lits agréés au 1^{er} janvier de l'année concernée seront assimilés aux activités justifiées.

3.4. Détermination de la valeur financière

A. Pour les séjours normaux (catégorie 1) et les séjours participant à un projet pilote « accouchement avec séjour hospitalier écourté » : la valeur financière est la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG dont il fait partie.

B. Pour les séjours :

- des APR-DRG's résiduels type I (955 et 956, catégorie 6a) si la durée facturée est inférieure ou égale à la durée de séjour moyenne observée de l'hôpital moins 2 jours,
- classés dans les APR-DRG's résiduels type II (950, 951, et 952, catégorie 6b),
- compris dans les sous-groupes d'APR-DRG auxquels aucune durée de séjour moyenne n'est attribuée (catégories 0a, 0b, 0c, 0d, 0e et 0f),
- des patients qui séjournent un jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital (catégorie 2t),
- des séjours de l'APR-DRG 693 chimiothérapie dont la date de sortie moins la date d'admission est égale à 1 jour (catégorie 2c),
- des outliers petits (catégorie 2),
- des outliers grands de type 1 (catégorie 3),
- de longue durée (catégorie 5),
- pour lesquels les patients sont restés plus de la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp (catégorie 7),
- dont le patient est décédé endéans les 3 jours (catégorie 8),

la valeur financière est égale à la durée de séjour facturée.

C. Pour les séjours outliers petits de l'APR-DRG 560 'accouchement par voie vaginale' avec retour de la mère à domicile (catégorie 2b), la valeur financière est égale à la limite inférieure de l'APR-DRG sous-groupe.

D. Pour les séjours outliers grands de type 2 (catégorie 4, remis à la limite) : la valeur financière est la somme de la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG et de la différence entre la durée facturée et la borne d'outliers de type 2.

E. Pour les séjours classés dans les APR-DRG's résiduels type I (955 et 956) dont la durée de séjour facturée est supérieure à la durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital moins 2 jours.

La valeur financière sera remise à la durée de séjour moyenne observée de l'hôpital moins 2 jours.

F. Pour les séjours fautifs (catégorie 9) : la valeur financière est la durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital.

On répartira la valeur financière au prorata (= selon les rapports) de la durée de séjour facturée dans les index de lits, sauf pour les séjours fautifs (catégorie 9) où l'on attribuera l'entièreté de la valeur financière à l'index CD.

3.5. La durée de séjour justifiée par séjour

A partir des résultats des points 3.3. et 3.4., une durée de séjour justifiée est calculée par séjour.

a. Séjours de longue durée

La durée de séjour justifiée des séjours de longue durée est égale à la somme des durées facturées des index de lits financés :

- de l'année pour les séjours M et L
- depuis le début du séjour pour les séjours F

b. MDC = 14

Les séjours des hôpitaux qui possèdent des lits M agréés et dont MDC = 14 reçoivent une durée de séjour justifiée égale à leur valeur financière fois le rapport en index de lit M (attribué à l'index de lit M).

c. G potentiel

Pour qu'un séjour soit considéré comme potentiellement G :

- le patient doit avoir au minimum 70 ans ;
- le patient doit avoir au minimum 2 systèmes atteints ;
- le séjour doit avoir une durée de séjour facturée totale supérieure à la moyenne $G_{fin} \times 0,5$;
- la catégorie d'âge est différente de G ;
- le nombre de jours facturés en index G est égal à 0 ;
- le patient ne fait pas partie de la catégorie 9 (les séjours fautifs).

La durée de séjour justifiée est calculée de la façon suivante :

Groupe d'âge	CD	G
70-74	$0,55 \times vf \times \text{rapport}$	$0,45 \times vf \times \text{rapport} \times CD$
75-79	$0,35 \times vf \times \text{rapport}$	$0,65 \times vf \times \text{rapport} \times CD$
80-84	$0,25 \times vf \times \text{rapport}$	$0,75 \times vf \times \text{rapport} \times CD$
85+	$0,10 \times vf \times \text{rapport}$	$0,90 \times vf \times \text{rapport} \times CD$

vf : valeur financière

d. G réel

Afin d'être considéré comme G réel :

- le patient doit avoir au minimum 70 ans ;
- le patient doit avoir au minimum 2 systèmes atteints ;
- le séjour doit avoir une durée de séjour totale facturée supérieure à la moyenne $G_{fin} \times 0,5$;
- la catégorie d'âge est différente de G ;
- le nombre de jours facturés en index G dépasse 0 ;
- le patient ne fait pas partie de la catégorie 9 (les séjours fautifs).

La durée de séjour justifiée est calculée de la façon suivante :

Groupe d'âge	CD	G
70-74	$0,55 \times vf \times rapport$	$vf \times 0,45 \times rapportCD + rapportG$
75-79	$0,35 \times vf \times rapport$	$vf \times 0,65 \times rapportCD + rapportG$
80-84	$0,25 \times vf \times rapport$	$vf \times 0,75 \times rapportCD + rapportG$
85+	$0,10 \times vf \times rapport$	$vf \times 0,90 \times rapportCD + rapportG$

vf : valeur financière

e. Autre

La durée de séjour justifiée est calculée de la façon suivante :

Autres : $vf \times rapport$

3.6. Les lits justifiés par hôpital

3.6.1. Taux d'occupation normatifs

Par index de lit (ou groupe d'index de lits), le nombre de journées justifiées est divisé par le taux d'occupation normatif du service multiplié par 365 pour obtenir un nombre de lits. Les taux d'occupation normatifs sont :

- pour les index de lits E et M : 70 % ;
- pour les index de lits CD : 80 % ;
- pour les index de lits G : 90 % ;
- pour les index de lits NI : 75 %.

3.6.2. Limitation des jours G des patients GR et GP à 6 lits

Pour les patients GR et GP, un nombre de lits G sera attribué, à concurrence maximum d'1/4 de la capacité d'une unité complète de lits G (soit 6 lits).

Le surplus (> 6 lits) est déplacé vers l'index de lit CD.

3.6.3. Exceptions géographiques

Il y a lieu de tenir compte des dérogations géographiques prévues dans l'arrêté royal du 30 janvier 1989.

3.6.4. [...] ^{87*}

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

3.6.5. Comparaison avec les lits agréés

Par hôpital, on calcule 112 % du nombre de lits agréés. L'activité justifiée se situant au-dessus de ce seuil est prise en considération pour 50 %. On diminue donc le nombre de lits justifiés de 50 % de l'activité se situant au-dessus du seuil de 112 % au prorata du nombre de lits dans les index concernés par le dépassement.

[4. CALCUL D'UN NOMBRE DE JOURNEES JUSTIFIEES PAR HOPITAL EN HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE

4.1. Sources de données

Les données de facturation sur la dernière année connue proviennent de l'INAMI.

Les données INAMI utilisées lors de la fixation des listes A et B comprennent des informations concernant le lieu du traitement (cabinet du médecin, polyclinique, hospitalisation de jour), la fréquence de l'intervention dans ce lieu et la mesure dans laquelle une intervention en hospitalisation de jour évolue.

4.2. Fixation de l'activité hospitalière justifiée en hospitalisation chirurgicale de jour

4.2.1. Séjours réalisés en hospitalisation chirurgicale de jour

Pour la fixation de l'activité de jour justifiée, on utilise le RHM de la dernière année connue.

Tous les séjours en hospitalisation de jour enregistrés, pour lesquels au moins un code chirurgical de nomenclature INAMI de la liste A (cf. point 5.) a été enregistré, sont retenus comme hospitalisations de jour justifiées.

Si un séjour comprend plusieurs codes de nomenclature INAMI de la liste, ce séjour n'est retenu qu'une fois comme hospitalisation de jour justifiée.

[4.2.2. Séjours classiques inappropriés

Pour la détermination du nombre de séjours hospitaliers classiques inappropriés, on utilise le case-mix enregistré dans le RHM des trois dernières années d'enregistrement connues.

On définit deux sortes de séjours classiques inappropriés, chirurgicaux et médicaux. Un séjour est indiqué comme classique inapproprié si les conditions suivantes sont remplies :

- il s'agit d'un séjour classique (H) ;
- il s'agit d'une admission planifiée ;
- la durée de séjour réelle est inférieure ou égale à 3 jours ;
- son niveau de sévérité est égal à 1 ;
- il ne s'agit pas d'un patient décédé ;
- le risque de mortalité est égal à 1 ;
- l'âge du patient est strictement supérieur à 1 an et strictement inférieur à 75 ans ;
- pour les séjours de l'APR-DRG 097 'Procédures sur les amygdales et les végétations', l'âge du patient est strictement inférieur à 14 ans.
- un seul code de nomenclature de la liste B a été facturé (cfr point 6) ;

- L'APR-DRG du séjour est présent dans la liste suivante :

18 chirurgicaux	15 médicaux
026, 073, 089, 092, 097, 098, 180, 226, 313, 316, 317, 320, 364, 483, 513, 517, 543, 850	114, 115, 240, 241, 243, 244, 245, 249, 251, 254, 385, 501, 663, 861, 862] ^{87*}

4.2.3. Détermination du nombre de séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital

Le nombre total des séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital est obtenu en ajoutant le nombre total d'hospitalisations de jour justifié (cf. point 4.2.1.) au nombre total de séjours hospitaliers classiques inappropriés (cf. point 4.2.2.).

Chaque séjour justifié en hospitalisation chirurgicale de jour obtient une durée de séjour justifiée de 0,95 jours (= multiplicateur).

5. CODES INAMI RETENUS POUR L'IDENTIFICATION DE L'HOSPITALISATION DE JOUR REALISEE (LISTE A)

Code				
220231	250176	261214	280733	296155
220275	250191	261236	280755	296214
220290	250213	261310	280770	296236
220312	251274	261391	283290	296273
220334	251311	261575	283312	296295
220371	251333	261833	283474	296354
221012	251370	262150	283511	296376
221034	251576	262216	283533	296391
221152	251613	262231	283614	296413
221196	251650	262430	283695	298012
226914	251731	262474	283850	298034
226936	251753	262511	283916	298233
227091	251775	262570	284115	298292
227452	251790	275015	284255	298373
227496	251856	275030	284292	298432
227592	251871	275096	284314	300252
227614	251893	275111	284491	300274
227673	252490	275133	284911	300296
227732	252512	275170	285051	300311
227754	252593	275192	285073	310354
227791	252630	275236	285154	310376
227850	253153	275251	285235	310391
227872	253234	275295	285250	310413
227894	253256	275332	285272	310575
228152	253551	275354	285294	310590
230613	253573	275376	285331	310634
232013	254752	275391	285390	310715
232035	254774	275413	285670	310774
232411	254796	275435	285692	310796

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

232492	254811	275472	285972	310811
232654	254870	275494	287011	310855
232971	254892	275516	287033	310951
235012	254936	275531	287055	310973
235056	255150	275553	287092	310995
235093	255172	275575	287114	311010
235174	255194	275590	287151	311054
238114	255231	275612	287431	311113
238173	255253	275634	287453	311253
238195	255290	275656	287475	311290
238210	255312	275671	287490	311312
238254	255371	275693	287512	311334
238276	255415	275715	287534	311356
238291	255452	275752	287630	311452
239330	255533	275774	287696	311710
240450	255695	275811	287711	311791
240472	255791	275833	287755	311813
241253	255872	275855	287770	311835
241695	255894	275951	287792	311990
241754	256115	275973	287814	312270
241872	256130	276076	287836	312314
241916	256174	276091	288035	312410
241931	256196	276113	288956	312432
242373	256270	276135	288993	312572
242454	256314	276194	289030	312594
242476	256336	276216	289074	312675
243154	256476	276231	290010	312734
243250	256491	276253	290032	312815
243633	256513	276275	290054	312830
244193	256572	276334	290113	312852
244252	256594	276356	290135	312874
244311	256653	276371	290194	317214
244355	256771	276452	290275	350512
244436	256815	276474	290636	353253
244451	256830	276496	290651	354056
244473	256852	276511	290673	354196
244495	256992	276555	290695	354336
244532	257014	276570	290754	354351
244554	257036	276592	291653	431056
244613	257073	276636	291815	431071
244635	257235	276673	291852	431373
244650	257331	276710	291933	431395
244672	257390	276776	291992	431513
245033	257434	276894	292154	431535
245055	257854	276916	292176	431550
245136	257876	276931	292353	431631
245534	257891	276953	292515	431690
245571	257994	277034	292633	431771
245630	258090	277093	292795	431852

245733	258112	277152	292810	431896
245814	258156	277211	293274	431911
245851	258171	277233	293296	432191
245873	258252	277270	293311	432213
245895	258311	277292	293370	432316
245932	258333	277314	293613	432390
246050	258355	277373	293635	432412
246072	258370	277395	293716	432434
246094	258392	277432	293790	432493
246116	258495	277476	293834	432515
246131	258554	277616	293856	432530
246153	258576	277631	293893	432552
246212	258591	277653	293915	432574
246514	258635	277793	293930	432596
246551	258650	277815	293952	432611
246573	258672	277852	293974	432655
246595	258731	278390	293996	432670
246610	260315	278832	294070	432692
246632	260470	279230	294136	432736
246654	260492	279296	294151	432751
246676	260654	279436	294232	475996
246772	260676	279451	294254	
246831	260691	279473	294291	
246875	260735	279495	294335	
246890	260772	280033	294350	
246912	260794	280055	294416	
246934	260853	280070	294431	
247052	260875	280092	294475	
247096	260890	280136	294571	
247575	260912	280151	294674	
247590	260934	280534	294711	
247612	260956	280571	294770	
247634	260993	280674	294792	
247656	261052	280696	296015	
248290	261096	280711	296030	

6. CODES INAMI RETENUS EN VUE DE L'IDENTIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS CLASSIQUES INAPPROPRIES (LISTE B) :

Code				
20231 – 220242	246831 – 246842	260315 – 260326	280755 – 280766	310951 – 310962
220275 – 220286	246853 – 246864	260676 – 260680	284911 – 284922	310973 – 310984
220290 – 220301	246912 – 246923	260691 – 260702	285235 – 285246	310995 – 311006
220312 – 220323	246934 – 246945	260735 – 260746	285390 – 285401	311312 – 311323
220334 – 220345	247575 – 247586	260794 – 260805	285670 – 285681	311334 – 311345
221152 – 221163	247590 – 247601	260890 – 260901	285692 – 285703	311452 – 311463
230613 – 230624	247634 – 247645	260912 – 260923	285972 – 285983	311651 – 311662
232013 – 232024	247656 – 247660	260934 – 260945	287291 – 287302	311835 – 311846
232035 – 232046	250176 – 250180	260956 – 260960	287431 – 287442	311990 – 312001

238092 – 238103	250191 – 250202	261214 – 261225	287453 – 287464	312314 – 312325
238114 – 238125	251274 – 251285	261236 – 261240	287475 – 287486	312336 – 312340
238136 – 238140	251370 – 251381	262231 – 262242	287490 – 287501	312351 – 312362
238151 – 238162	253551 – 253562	275811 – 275822	287512 – 287523	312373 – 312384
238173 – 238184	253573 – 253584	275855 – 275866	287534 – 287545	312395 – 312406
238195 – 238206	253654 – 253665	275892 – 275903	287696 – 287700	312410 – 312421
238210 – 238221	255172 – 255183	276452 – 276463	287711 – 287722	312432 – 312443
244311 – 244322	255194 – 255205	276474 – 276485	287733 – 287744	317214 – 317225
244436 – 244440	255231 – 255242	276496 – 276500	287755 – 287766	353253 – 353264
244473 – 244484	255253 – 255264	276636 – 276640	287792 – 287803	354056 – 354060
244495 – 244506	255695 – 255706	277476 – 277480	287814 – 287825	431056 – 431060
244576 – 244580	255894 – 255905	278596 – 278600	287836 – 287840	431071 – 431082
244591 – 244602	256115 – 256126	278611 – 278622	291992 – 292003	432191 – 432202
244635 – 244646	256130 – 256141	278633 – 278644	292633 – 292644	432213 – 432224
245114 – 245125	256174 – 256185	278736 – 278740	292810 – 292821	432316 – 432320
245534 – 245545	256314 – 256325	278751 – 278762	293274 – 293285	432434 – 432445
245571 – 245582	256336 – 256340	278773 – 278784	293311 – 293322	432456 – 432460
245630 – 245641	256491 – 256502	278795 – 278806	293370 – 293381	432692 – 432703
245733 – 245744	256513 – 256524	278810 – 278821	293414 – 293425	473174 – 473185
245792 – 245803	256653 – 256664	278832 – 278843	294232 – 294243	473432 – 473443
245814 – 245825	256815 – 256826	278854 – 278865	294674 – 294685	474795 – 474806
245851 – 245862	256830 – 256841	280055 – 280066	294711 – 294722	
245873 – 245884	256852 – 256863	280070 – 280081	300252 – 300263	
246094 – 246105	257390 – 257401	280092 – 280103	300274 – 300285	
246514 – 246525	257434 – 257445	280136 – 280140	300296 – 300300	
246551 – 246562	257876 – 257880	280151 – 280162	300311 – 300322	
246573 – 246584	258090 – 258101	280534 – 280545	300414 – 300425	
246595 – 246606	258112 – 258123	280556 – 280560	310575 – 310586	
246610 – 246621	258156 – 258160	280571 – 280582	310715 – 310726	
246632 – 246643	258171 – 258182	280674 – 280685	310774 – 310785	
246676 – 246680	258731 – 258742	280711 – 280722	310855 – 310866	

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 3 mai 2024 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,

Fr. VANDENBROUCKE]^{81*}

* Entrée en vigueur : 01.07.2022.

ANNEXE 4 : Liste des prestations médicales visées à l'article 46

- 1) [Article 46, § 2, 2°, c.1) : prestations de réanimation octroyées aux patients hospitalisés en C, D, E :

n° : 211024 - 211046 - 211223 - 211245 - 212122 - 214023 - 214045 - [211282 - 211304]^{48]}⁴⁵

- 2) Article 46, § 2, 2°, a) : prestations chirurgicales pour les patients hospitalisés dans les lits C.
Prestations de chirurgie dans les lits C telles que reprises dans les articles 14 et 16 de la nomenclature des prestations de santé.
- 3) Article 46, § 2, 2°, a) et b) : prestations médicales à l'exception des prestations de chirurgie dans les lits C, de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires.

Les prestations de tous les services, à l'exclusion du service Sp, reprises aux :

- article 9 ;
- article 11, §§ 1 et 2 ;
- article 12 ;
- article 13, § 1 ;
- article 18, à l'exclusion du § 2, B, 2 ;
- [article 20, § 1, a) à g) ;]²⁷
- article 21 ;
- article 25 ;
- article 26, § 1 ;
- articles 32 et 33 ;

plus les prestations de chirurgie hormis les prestations de chirurgie dans les lits C.

- 4) Article 46, § 3, 2°, a) : Prestations chirurgicales pour des patients hospitalisés.
Prestations de chirurgie de tous les services de l'établissement, à l'exclusion du service Sp, telles que reprises dans les articles 14 et 16 de la nomenclature des prestations de santé.
- 5) Article 46, § 3, 2°, b) : Suppléments pour les prestations médicales d'urgence pour des patients hospitalisés.
Suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, figurant à l'article 26, § 1 de la nomenclature des prestations de santé.
- 6) Article 46, § 3, 2°, c) : Prestations médicales à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires.

Total des prestations visées aux points 2, 3 et 4.

- [7) Les prestations mentionnées dans le code service 002 seront attribuées à l'hôpital qui a réalisé la prestation sur base du code « lieu de prestation ».]⁴⁰

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

(S) Albert II

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

ANNEXE 5

[...] ⁷³

ANNEXE 6 : Détermination du nombre d'unités d'urgence (UU) réalisées dans l'ensemble du pays

- [A. Il est attribué une pondération de 1 (Unité d'Urgence ou UU) à tous les patients donnant lieu à l'enregistrement d'une admission urgente au service des urgences.

Par admission urgente au service des urgences, on entend l'un des enregistrements suivants du résumé hospitalier minimum :

- premier séjour au service des urgences pour une admission non planifiée ;
- admission urgente via le service d'urgence.

Ne sont pas visées ci-dessus les admissions entraînant la facturation d'un forfait d'hospitalisation de jour pour les patients qui ont uniquement séjournés dans le service d'urgences.]⁴⁸

- B. De plus, différents groupes de patients se voient attribuer une pondération complémentaire :

- a. transférés en unités de soins intensifs (adultes et enfants) : + 1

- [b. patients avec diagnostic d'admission vérifié d'un code ICD-10 repris ci-dessous et qui ne sont pas admis en soins intensifs : + 1

Les codes ICD-10 sont les codes :

- I60 = nontraumatic subarachnoid hemorrhage
- I61 = nontraumatic intracerebral hemorrhage
- I62 = other and unspecified nontraumatic intracranial hemorrhage
- I63 = cerebral infarction
- I67 = other cerebrovascular diseases

- c. patients avec diagnostic psychiatrique avec un code ICD-10 allant du F01 au F99 en diagnostic d'admission vérifié ou en diagnostic secondaire et patients hospitalisés en service psychiatrique, tous deux ne répondant pas aux critères repris sous a. et b. : + 1]⁶⁵

- d. enfants de 0 à 3 ans ne répondant pas aux critères repris sous a. à c. : + 1

- e. enfants de 4 à 15 ans ne répondant pas aux critères repris sous a. à c. : + 0,5

- f. patients de moins de 75 ans provenant d'une MRPA ou MRS et patients de 75 ans et plus ne répondant pas aux critères repris sous a. à c. :

- si non hospitalisés : + 0,2
- si hospitalisés = + 0,4

- g. patients arrivés aux Urgences entre 21 heures et 6 heures ne répondant pas aux critères repris sous a. à f. : + 0,1

Vu pour être annexé à l'arrêté du 19 novembre 2012 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme L. ONKELINX]^{30*}

* Entrée en vigueur : 01.07.2013.

ANNEXE 7

[...] ⁷³

ANNEXE 8 : Fixation des scores en vue de la répartition en déciles des hôpitaux pour les services agréés sous les index C, D, et E, tel que fixé à l'article 46, § 2, 2°, C.3) 3^e calcul

1. Objectif

Dans cette annexe, un score est déterminé sur base de l'enregistrement [RHM]⁴⁰ en se référant sur les trois derniers exercices connus.

2. Détermination du score sur la base de l'enregistrement [RHM]⁴⁰

2.a. Champ d'application

Pour calculer le score sur la base de l'enregistrement RHM, tous les séjours d'hospitalisation classique dans les hôpitaux généraux sont pris en considération, à l'exception des séjours :

1. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service Sp ;
2. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service A, K ou T ;
3. de patients qui, pour la moitié au moins de leur séjour hospitalier, ont séjourné dans un service G ;
4. de patients qui sont soignés dans une des unités de traitement des grands brûlés et qui relèvent soit du MDC = 22 (brûlures), soit de l'APR-DRG = 004 ou 005 et dont les 3 premiers chiffres du diagnostic principal sont égaux à 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948 ou 949, [(ICD9-CM) ou $\geq$ T20 et $\leq$ T32 (ICD10-CM) ;]⁶⁵
5. les patients qui relèvent des APR-DRG 950 (Procédure extensive sans relation avec le diagnostic principal) ou APR-DRG 951 (Procédure modérément étendue sans relation avec le diagnostic principal) ou APR-DRG 952 (Procédure non extensive sans relation avec le diagnostic principal) ;
6. les patients qui relèvent des APR-DRG 955 (Diagnostic principal non valable comme diagnostic de sortie) ou APR-DRG 956 (séjours non groupables) ;
7. de patients qui relèvent du MDC 14 (grossesse et accouchement) ou MDC 15 (nouveau-nés) ;
8. les séjours terminés et les séjours non terminés, dont la date d'admission précède le début de la période statistique de plus de 6 mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée ;
9. les séjours fautifs.]⁴⁰

2.b. Calcul du pourcentage national de journées de soins intensifs par sous-groupe de diagnostic

Pour le calcul du pourcentage national de journées de soins intensifs par sous-groupe de diagnostics, les données d'enregistrement du [RHM]⁴⁰ des trois dernières années sont utilisées.

Par APR-DRG_j et par degré de sévérité_i, le pourcentage national de journées aux soins intensifs est calculé au moyen de la formule suivante :

$$NPERCIZ_{ji} = \frac{\Sigma IZ \text{ journées}}{\Sigma FAC \text{ journées}}$$

où :

NPERCIZ_{ji} = pourcentage national de journées aux soins intensifs par APR-DRG_j et par degré de sévérité_i

Σ IZ journées = somme des durées de séjour dans un service de soins intensifs des patients retenus dans APR-DRG_j et par degré de sévérité_i, où seuls les passages de plus de 24 heures sont pris en considération

Σ FAC journées = somme de l'ensemble des journées entièrement à facturer pour tous les patients retenus dans le APR-DRG_j et par degré de sévérité_i

2.c. Application du pourcentage national au case-mix de l'hôpital individuel

Le case-mix de l'hôpital individuel est fixé sur base du RCM de la dernière année connue.

Par séjour x dans APR-DRG_{ji} dans l'hôpital k, on applique le pourcentage national de journées de soins intensifs pour obtenir un pourcentage de journées de soins intensifs, pondéré par pathologie, au moyen de la formule suivante :

$$VPERCIZ_k = \Sigma (M_x * NPERCIZ_{xji} * FACjournées_{xji}) / \Sigma FACjournées_k$$

où :

VPERCIZ_k = le pourcentage hospitalier de journées de soins intensifs pondéré par pathologie

M_x = le multiplicateur appliqué par séjour x qui prend, normalement, la valeur de 1

[Il s'élève à 2 si le patient a séjourné dans le service de soins intensifs et a été admis via le service 100 ou si le patient a séjourné dans le service de soins intensifs et est décédé.]³²

La valeur maximum du multiplicateur est de 2 par séjour. Il est impossible de cumuler les deux conditions ci-dessus.

NPERCIZ_{xji} = le pourcentage national de journées de soins intensifs pour un séjour x par APR-DRG_j et par DEGRE DE SEVERITE_i

FACjournées_{xji} = le nombre total de journées d'hospitalisation entièrement à facturer pour un séjour x par APR-DRG_j et par DEGRE DE SEVERITE_i dans un hôpital k

Σ FACjournées_k = la somme totale des journées d'hospitalisation entièrement à facturer de tous les patients retenus ayant séjourné à l'hôpital k

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

(S) Albert II

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

[Annexe 9 : Liste des temps en minutes par numéro de nomenclature de l'assurance maladie invalidité]

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
112280	60	253654	150	285666	300
113024	60	253665	150	285670	120
113083	60	253680	120	285681	120
113105	60	254752	120	285692	120
113120	60	254763	120	285703	120
113142	60	254774	120	285725	145
113223	50	254785	120	285740	150
114063	60	254796	90	285762	150
114085	90	254800	90	285972	80
144524	30	254811	90	285983	80
144546	50	254822	90	286322	320
144561	60	254844	130	286381	240
144583	90	254866	165	286624	260
144620	60	254870	125	286646	350
144642	60	254881	125	287011	200
144686	60	254892	180	287022	200
144701	90	254903	180	287033	220
145025	90	254925	185	287044	220
145526	90	254936	120	287055	200
145541	60	254940	120	287066	200
145563	60	255150	60	287081	240
145585	60	255161	60	287092	180
145600	60	255172	45	287103	180
148024	90	255183	45	287114	190
148046	120	255194	150	287125	190
148105	90	255205	150	287151	150
148120	120	255220	90	287162	150
149026	60	255231	120	287184	120
149041	60	255242	120	287265	240
149063	90	255253	120	287280	120
149166	60	255264	120	287302	135
201283	60	255290	420	287431	145
220102	60	255301	420	287442	145
220124	60	255312	200	287453	180
220146	100	255323	200	287464	180
220161	70	255345	150	287475	200
220231	80	255360	1200	287486	200
220242	80	255371	150	287490	115

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
220264	95	255382	150	287501	115
220275	130	255404	360	287512	130
220286	130	255415	250	287523	130
220290	50	255426	250	287534	170
220301	50	255441	300	287545	170
220312	120	255452	270	287630	240
220323	120	255463	270	287641	240
220334	145	255522	120	287663	180
220345	145	255533	160	287685	240
220360	100	255544	160	287696	60
220371	265	255566	420	287700	60
220382	265	255695	120	287711	80
221012	100	255706	120	287722	80
221023	100	255791	30	287744	105
221034	120	255802	30	287755	110
221045	120	255824	60	287766	110
221060	120	255846	90	287770	135
221082	120	255872	90	287781	135
221104	120	255883	90	287792	85
221126	120	255894	100	287803	85
221141	120	255905	100	287814	100
221152	95	255942	180	287825	100
221163	95	256023	150	287836	75
221185	120	256045	150	287840	75
221196	90	256060	90	287862	90
221200	90	256082	90	287943	180
224022	320	256104	150	288035	120
224044	360	256115	120	288046	120
224066	200	256126	120	288061	90
224081	180	256130	90	288083	140
224103	210	256141	90	288326	900
224125	275	256163	120	288341	1200
224140	250	256174	90	288363	1200
224162	300	256185	90	288385	540
224184	350	256196	160	288400	345
224206	200	256200	160	288422	420
224221	240	256270	90	288444	480
224243	320	256281	90	288466	360
224265	365	256303	90	288481	440
224280	220	256314	120	288503	490
224302	275	256325	120	288525	600

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
224324	220	256336	300	288540	240
224346	180	256340	300	288562	240
224361	230	256384	200	288584	240
224383	245	256406	150	288606	300
224405	170	256421	180	288621	300
224420	215	256443	150	288643	195
224442	240	256465	180	288665	240
224464	250	256476	90	288680	240
224486	280	256480	90	288702	240
224501	330	256491	90	288724	240
224523	500	256502	90	288746	360
224545	165	256513	75	288761	300
224560	300	256524	75	288783	360
224582	320	256546	105	288842	240
224604	300	256572	120	288864	200
224626	350	256583	120	288886	215
224641	400	256594	60	288901	190
224663	135	256605	60	288923	180
224685	130	256620	90	288945	240
224700	205	256642	90	288956	180
224722	145	256653	90	288960	180
224744	360	256664	90	288993	230
224766	390	256686	120	289004	230
224781	400	256701	150	289030	200
224803	280	256723	160	289041	200
224825	450	256760	240	289074	270
224840	500	256771	380	289085	270
224862	270	256782	380	289100	360
224884	240	256815	90	289122	240
224906	320	256826	90	289144	240
224921	330	256830	70	289166	240
224943	380	256841	70	289203	240
224965	165	256852	100	289225	275
224980	300	256863	100	289240	150
225002	400	256885	120	289601	220
225024	420	256900	175	289623	180
225046	430	256944	120	289645	150
225061	450	256992	150	289763	260
225083	145	257003	150	289785	240
225105	170	257014	155	289925	180
225120	215	257025	155	289940	360

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
225142	240	257036	200	289984	145
225164	280	257040	200	290006	180
225186	300	257073	170	290010	145
225201	280	257084	170	290021	145
225223	410	257106	120	290032	150
225245	510	257202	300	290043	150
225260	300	257224	220	290054	160
225282	360	257235	165	290065	160
225304	410	257246	165	290102	150
225326	300	257261	90	290113	140
225341	400	257283	90	290124	140
225363	430	257320	90	290135	150
225385	155	257331	60	290146	150
225400	170	257342	60	290183	150
225422	260	257364	60	290194	215
225466	240	257386	60	290205	215
225481	270	257390	85	290264	240
225503	300	257401	85	290275	270
225525	310	257434	90	290286	270
225540	300	257445	90	290301	300
225562	335	257460	420	290323	180
225584	555	257482	60	290463	170
225606	300	257526	180	290485	205
225621	340	257541	120	290500	210
225643	115	257762	90	290544	220
225665	300	257806	60	290581	185
225680	350	257821	90	290636	150
225702	400	257843	180	290640	150
225724	500	257854	105	290651	150
225746	600	257865	105	290662	150
225761	420	257876	150	290673	190
225783	460	257880	150	290684	190
225805	520	257891	210	290695	140
225820	175	257902	210	290706	140
225842	180	257961	180	290721	180
225864	175	257983	150	290754	210
225886	120	257994	160	290765	210
225901	450	258005	160	290780	180
225923	420	258086	95	290846	150
225945	400	258090	105	290861	220
225960	460	258101	105	290905	140

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
225982	480	258112	90	290920	190
226004	575	258123	90	290942	150
226026	480	258145	120	290964	250
226041	215	258156	115	290986	180
226063	215	258160	115	291163	150
226085	175	258171	170	291200	180
226100	300	258182	170	291222	360
226122	265	258204	150	291244	150
226144	360	258226	180	291266	120
226166	260	258241	180	291524	200
226181	430	258252	180	291546	230
226225	100	258263	180	291561	260
226240	200	258311	100	291583	240
226262	360	258322	100	291605	290
226284	325	258333	120	291653	150
226306	320	258344	120	291664	150
226321	340	258355	240	291782	320
226343	420	258366	240	291804	155
226365	235	258370	180	291815	200
226380	285	258381	180	291826	200
226402	325	258392	300	291852	200
226424	240	258403	300	291863	200
226446	350	258425	480	291933	150
226461	500	258440	540	291944	150
226483	140	258462	900	291992	120
226505	175	258484	150	292003	120
226520	180	258495	120	292062	160
226542	130	258506	120	292084	140
226564	80	258521	100	292143	150
226586	140	258543	90	292154	115
226601	100	258554	170	292165	115
226914	180	258565	170	292176	160
226925	180	258576	80	292180	160
226936	145	258580	80	292353	180
226940	145	258591	90	292364	180
227091	90	258602	90	292515	150
227102	90	258635	120	292526	150
227124	130	258646	120	292541	150
227146	360	258650	120	292633	125
227161	180	258661	120	292644	125
227183	180	258672	160	292666	120

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
227205	360	258683	160	292681	120
227220	380	258720	120	292795	120
227264	300	258731	60	292806	120
227286	480	258742	60	292810	120
227301	120	258764	220	292821	120
227323	240	258786	60	293274	120
227345	280	258845	120	293285	120
227360	300	258860	170	293296	215
227382	290	258882	180	293300	215
227404	240	258941	680	293311	150
227426	240	258963	70	293322	150
227441	205	259022	420	293344	170
227452	230	259044	480	293366	150
227463	230	259125	500	293370	120
227485	180	260046	150	293381	120
227496	100	260061	200	293425	60
227500	100	260083	205	293440	360
227544	240	260105	230	293462	330
227581	330	260120	180	293613	150
227592	105	260142	240	293624	150
227603	105	260164	420	293635	190
227614	150	260175	80	293646	190
227625	150	260186	80	293661	120
227640	200	260201	210	293683	120
227662	230	260223	300	293705	120
227673	230	260245	145	293716	140
227684	230	260260	195	293720	140
227706	250	260282	150	293742	180
227721	280	260304	80	293764	180
227732	150	260315	95	293786	180
227743	150	260326	95	293790	180
227754	150	260341	80	293801	180
227765	150	260363	100	293823	240
227780	160	260400	240	293834	150
227791	180	260422	480	293845	150
227802	180	260444	445	293856	150
227824	210	260466	180	293860	150
227846	210	260470	90	293882	120
227850	95	260481	90	293893	120
227861	95	260492	130	293904	120
227872	95	260503	130	293915	180

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
227883	95	260525	360	293926	180
227894	200	260540	480	293930	160
227905	200	260562	150	293941	160
228023	420	260584	180	293952	130
228045	370	260606	240	293963	130
228060	480	260621	235	293974	180
228082	300	260643	175	293985	180
228104	120	260654	140	293996	145
228126	305	260665	140	294000	145
228141	240	260676	100	294022	150
228152	170	260680	100	294066	240
228163	170	260691	150	294070	180
228185	640	260702	150	294081	180
228200	200	260724	90	294125	230
228244	720	260735	90	294136	110
228266	725	260746	90	294140	110
228281	420	260761	120	294151	250
228303	640	260772	240	294162	250
228325	720	260783	240	294184	180
228340	725	260794	75	294206	180
229025	555	260805	75	294232	150
229040	360	260820	90	294243	150
229062	360	260842	120	294254	120
229084	420	260853	100	294265	120
229121	180	260864	100	294291	150
229202	240	260875	85	294302	150
229224	240	260886	85	294335	160
229246	400	260890	100	294346	160
229261	220	260901	100	294350	145
229283	300	260912	110	294361	145
229305	400	260923	110	294416	160
229320	300	260934	70	294420	160
229342	300	260945	70	294431	175
229364	320	260956	75	294442	175
229386	300	260960	75	294464	210
229401	240	260982	90	294475	150
229445	240	260993	120	294486	150
229482	220	261004	120	294560	150
229526	650	261026	300	294571	140
229541	600	261041	180	294582	140
229563	550	261052	90	294641	125

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
229585	700	261063	90	294663	95
229600	560	261085	300	294674	120
229622	700	261096	100	294685	120
229644	500	261100	100	294700	120
229666	240	261122	240	294711	150
229681	245	261144	180	294722	150
229703	400	261166	90	294770	120
230241	400	261203	120	294781	120
230263	105	261214	95	294792	60
230285	75	261225	95	294803	60
230300	300	261236	115	295061	90
230322	150	261240	115	295083	60
230344	180	261262	240	295105	90
230366	150	261284	180	295120	60
230381	180	261306	150	295142	150
230403	160	261310	140	295164	150
230425	220	261321	140	295326	90
230440	280	261343	180	295341	90
230462	220	261365	150	295363	90
230484	460	261380	175	295385	90
230543	300	261391	95	295400	120
230565	120	261402	95	295422	120
230580	275	261424	265	295444	90
230602	180	261446	115	295724	150
230613	130	261461	140	295820	90
230624	130	261483	180	295842	90
230646	90	261542	70	295864	90
230683	50	261564	120	295886	90
230705	220	261575	60	295901	90
230720	180	261586	60	295923	120
230764	300	261601	300	295945	120
231022	360	261623	55	295960	120
231044	500	261645	300	296015	60
231405	180	261682	295	296026	60
231486	560	261704	290	296030	45
232013	160	261726	180	296041	45
232024	160	261741	420	296063	60
232035	180	261763	365	296085	60
232046	180	261785	360	296100	30
232061	150	261800	300	296122	60
232083	150	261822	130	296144	30

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
232105	180	261833	150	296155	30
232120	260	261844	150	296166	30
232142	265	261881	280	296214	55
232164	240	261903	150	296225	55
232326	60	262021	240	296236	90
232341	265	262043	300	296240	90
232363	400	262065	300	296262	90
232400	285	262080	240	296273	90
232411	150	262102	140	296284	90
232422	150	262124	230	296295	60
232466	150	262146	170	296306	60
232492	225	262150	120	296321	90
232503	225	262161	120	296343	60
232525	355	262183	75	296354	70
232540	480	262205	180	296365	70
232562	480	262216	120	296376	95
232584	360	262220	120	296380	95
232606	355	262231	175	296391	90
232621	600	262242	175	296402	90
232643	600	262301	180	296413	60
232654	155	262323	180	296424	60
232665	155	262345	720	296446	65
232680	120	262360	95	296461	60
232702	160	262382	110	296623	90
232724	395	262430	30	296645	60
232746	360	262441	30	296660	90
232923	600	262463	30	296682	60
232945	100	262474	170	296704	60
232971	360	262485	170	296726	30
232982	360	262500	115	296822	120
235012	150	262511	110	296844	90
235023	150	262522	110	296866	120
235045	170	262544	115	296881	90
235056	100	262570	135	296903	90
235060	100	262581	135	296925	90
235082	215	262603	150	296940	90
235093	240	275015	130	296962	60
235104	240	275026	130	296984	60
235126	280	275030	175	297006	60
235141	180	275041	175	297124	60
235163	420	275063	230	297146	60

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
235174	155	275085	180	297161	60
235185	155	275096	140	297183	60
235200	360	275100	140	297205	60
235222	360	275111	115	297220	60
236025	360	275122	115	297323	60
236040	480	275133	110	297345	30
236062	480	275144	110	297360	30
236084	280	275166	135	297382	60
236106	360	275170	160	297522	75
237020	600	275181	160	297625	90
237042	395	275192	60	297640	90
237064	375	275203	60	297662	60
237086	425	275236	180	297684	90
237101	240	275240	180	298012	60
237123	300	275251	235	298023	60
237145	240	275262	235	298034	60
237160	180	275284	180	298045	60
237182	320	275295	250	298060	60
237204	90	275306	250	298082	60
237226	180	275321	275	298104	60
238022	300	275332	130	298126	30
238066	150	275343	130	298141	60
238081	120	275354	245	298222	60
238103	90	275365	245	298233	100
238114	115	275376	215	298244	100
238125	115	275380	215	298266	60
238140	100	275391	180	298281	90
238151	140	275402	180	298292	115
238162	140	275413	280	298303	115
238173	120	275424	280	298325	60
238184	120	275435	280	298340	60
238195	150	275446	280	298362	60
238206	150	275461	205	298373	85
238210	105	275472	205	298384	85
238221	105	275483	205	298406	80
238243	180	275494	125	298421	60
238254	180	275505	125	298432	90
238265	180	275516	150	298443	90
238276	120	275520	150	298465	90
238280	120	275531	190	298480	90
238291	145	275542	190	298502	90

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
238302	145	275553	180	298524	60
238324	180	275564	180	298546	60
238346	300	275575	240	298620	60
239046	90	275586	240	298642	90
239061	400	275590	195	298723	60
239083	130	275601	195	298745	60
239223	120	275612	145	298760	60
239245	180	275623	145	298782	60
239304	180	275634	180	298804	60
239326	180	275645	180	298826	60
239330	150	275656	130	298841	60
239341	150	275660	130	298863	60
240166	190	275671	135	298885	60
240450	150	275682	135	298900	60
240461	150	275693	175	298922	60
240472	240	275704	175	298944	60
240483	240	275715	195	298966	60
241043	280	275726	195	298981	60
241183	160	275741	145	299003	60
241205	150	275752	180	299121	90
241220	300	275763	180	299143	60
241242	190	275774	80	299165	60
241253	175	275785	80	299180	60
241264	175	275800	85	299202	60
241286	240	275811	85	299246	60
241404	180	275822	85	299320	60
241426	420	275833	90	299342	60
241441	420	275844	90	299364	60
241463	385	275855	135	299386	60
241485	300	275866	135	299526	100
241500	240	275881	180	299541	60
241522	180	275903	90	299563	60
241544	180	275925	115	299725	60
241566	430	275940	145	299740	60
241581	300	275951	115	299784	60
241625	240	275962	115	300252	120
241640	130	275973	205	300263	120
241662	150	275984	205	300274	110
241684	120	276006	170	300285	110
241695	170	276021	180	300296	100
241706	170	276043	235	300300	100

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
241721	150	276065	170	300311	120
241754	320	276076	225	300322	120
241765	320	276080	225	300403	165
241780	250	276091	95	300425	120
241824	150	276102	95	310354	120
241846	300	276113	95	310365	120
241872	140	276124	95	310376	90
241883	140	276135	90	310380	90
241905	180	276146	90	310391	90
241916	140	276161	60	310402	90
241920	140	276183	215	310413	90
241931	185	276194	130	310424	90
241942	185	276205	130	310446	100
242023	480	276216	185	310461	120
242045	340	276220	185	310520	30
242060	300	276231	170	310542	60
242082	300	276242	170	310564	120
242104	300	276253	200	310575	120
242126	240	276264	200	310586	120
242141	285	276275	175	310590	150
242303	470	276286	175	310601	150
242325	415	276301	185	310634	90
242340	300	276323	215	310645	90
242362	150	276334	305	310660	60
242373	150	276345	305	310682	180
242384	150	276356	260	310704	30
242406	240	276360	260	310715	120
242421	405	276371	315	310726	120
242443	480	276382	315	310763	180
242454	180	276404	365	310774	240
242465	180	276426	260	310785	240
242476	195	276441	270	310796	240
242480	195	276452	110	310800	240
242502	375	276463	110	310811	240
242524	360	276474	140	310822	240
242546	150	276485	140	310844	240
242561	210	276496	215	310855	120
242583	120	276500	215	310866	120
242605	180	276511	200	310903	240
242620	240	276522	200	310925	110
242642	230	276544	90	310940	360

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
242664	150	276555	115	310951	145
242686	240	276566	115	310962	145
242701	240	276570	200	310973	120
242723	360	276581	200	310984	120
242745	480	276592	335	310995	175
242760	360	276603	335	311006	175
242782	300	276625	315	311010	120
242841	480	276636	125	311021	120
242863	340	276640	125	311043	240
242885	300	276662	180	311054	190
242900	300	276673	250	311065	190
242922	300	276684	250	311102	300
243040	420	276706	165	311113	240
243062	300	276710	125	311124	240
243084	295	276721	125	311146	130
243106	360	276743	175	311161	360
243121	280	276765	180	311183	360
243143	180	276776	170	311205	120
243154	110	276780	170	311220	120
243165	110	276802	140	311242	120
243180	180	276824	165	311253	150
243202	180	276846	190	311264	150
243224	180	276861	165	311286	240
243246	220	276883	145	311290	240
243250	160	276894	160	311301	240
243261	160	276905	160	311312	120
243283	180	276916	165	311323	120
243305	150	276920	165	311334	90
243320	300	276931	105	311345	90
243342	200	276942	105	311356	150
243600	180	276953	280	311360	150
243622	180	276964	280	311382	220
243633	170	276986	240	311404	250
243644	170	277001	280	311426	350
243666	180	277023	185	311452	170
243681	160	277034	155	311463	170
243703	135	277045	155	311485	240
243725	180	277060	155	311500	300
243740	215	277082	295	311522	120
243762	265	277093	150	311544	90
243784	360	277104	150	311640	120

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
244020	400	277126	170	311662	120
244042	350	277141	260	311684	120
244064	270	277152	105	311706	90
244086	240	277163	105	311710	180
244101	300	277185	130	311721	180
244123	300	277200	170	311743	240
244145	120	277211	180	311791	280
244160	240	277222	180	311802	280
244182	150	277233	165	311813	60
244193	145	277244	165	311824	60
244204	145	277266	220	311835	60
244226	120	277270	115	311846	60
244241	180	277281	115	311883	180
244252	120	277292	140	311905	120
244263	120	277303	140	311964	60
244285	120	277314	150	311986	30
244300	90	277325	150	311990	100
244311	180	277340	265	312001	100
244322	180	277362	205	312023	185
244355	120	277373	170	312045	240
244366	120	277384	170	312060	60
244381	90	277395	175	312082	140
244403	220	277406	175	312104	120
244425	120	277421	220	312126	300
244436	90	277432	30	312141	120
244440	90	277443	30	312185	50
244451	85	277465	265	312200	60
244462	85	277476	120	312222	160
244473	60	277480	120	312266	240
244484	60	277502	320	312270	180
244495	85	277524	385	312281	180
244506	85	277561	180	312303	190
244521	60	277583	245	312314	120
244532	60	277605	215	312325	120
244543	60	277616	165	312340	190
244554	80	277620	165	312384	135
244565	80	277631	110	312406	350
244576	70	277642	110	312410	110
244580	70	277653	45	312421	110
244591	85	277664	45	312432	105
244602	85	277686	260	312443	105

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
244613	65	277701	305	312524	60
244624	65	277723	180	312546	60
244635	90	277745	180	312561	180
244646	90	277760	150	312572	240
244650	85	277782	160	312583	240
244661	85	277793	205	312594	600
244672	85	277804	205	312605	600
244683	85	277815	210	312664	480
244720	240	277826	210	312675	160
244742	150	277841	120	312686	160
244764	420	277852	150	312734	360
244860	400	277863	150	312745	360
244882	120	277885	180	312760	180
244904	420	277900	85	312815	185
244926	400	277922	225	312826	185
244941	500	277944	160	312830	175
244963	500	277966	260	312841	175
244985	180	277981	190	312852	180
245022	90	278003	110	312863	180
245033	60	278025	210	312874	240
245044	60	278040	295	312885	240
245055	135	278062	160	312900	240
245066	135	278084	340	312922	120
245081	120	278106	400	312944	80
245103	120	278121	245	312981	285
245136	85	278143	250	313062	755
245140	85	278165	240	313084	200
245523	60	278180	265	317041	90
245534	70	278202	185	317063	120
245545	70	278224	180	317085	120
245560	30	278246	180	317122	60
245571	30	278305	250	317181	80
245582	30	278320	140	317203	50
245604	90	278342	200	317214	125
245626	90	278364	240	317225	125
245630	60	278386	120	317240	110
245641	60	278390	150	317262	115
245733	100	278401	150	317306	150
245744	100	278423	115	317380	70
245792	70	278445	150	317402	60
245803	70	278460	145	318021	360

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
245814	100	278482	190	318065	600
245825	100	278504	245	318080	600
245840	90	278526	150	318161	540
245851	80	278541	140	318183	480
245862	80	278563	160	318205	480
245873	150	278585	190	318220	900
245884	150	278600	150	318242	420
245895	240	278622	150	318286	420
245906	240	278644	180	318301	480
245932	150	278666	165	318323	760
245943	150	278681	180	318345	1050
246024	60	278703	230	318382	810
246046	150	278740	135	318404	270
246050	120	278762	170	350512	90
246061	120	278784	125	350523	90
246072	60	278806	110	351046	60
246083	60	278821	100	353183	135
246094	90	278832	145	353205	30
246105	90	278843	145	353242	100
246116	80	278865	90	353253	120
246120	80	278880	170	353264	120
246131	200	278902	305	353301	30
246142	200	278924	240	354056	95
246153	70	278946	225	354060	95
246164	70	278961	235	354196	60
246186	90	279005	250	354200	60
246212	140	279020	300	354266	45
246223	140	279042	190	354336	75
246514	100	279064	300	354340	75
246525	100	279086	205	354351	80
246551	90	279101	200	354362	80
246562	90	279123	190	355025	60
246573	105	279145	275	355040	90
246584	105	279182	285	355062	240
246595	90	279204	330	355084	80
246606	90	279226	220	355423	70
246610	100	279230	155	355563	30
246621	100	279241	155	355806	90
246632	110	279263	155	355880	30
246643	110	279285	185	355946	30
246654	130	279296	280	424104	130

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
246665	130	279300	280	424126	100
246676	90	279322	175	424141	60
246680	90	279344	250	424163	60
246772	125	279366	155	424185	90
246783	125	279381	215	424200	150
246805	150	279403	240	424222	90
246820	90	279425	260	424244	120
246831	90	279436	265	431023	160
246842	90	279440	265	431045	180
246853	60	279451	155	431056	75
246864	60	279462	155	431060	75
246875	110	279473	130	431071	120
246886	110	279484	130	431082	120
246890	180	279495	130	431104	70
246901	180	279506	130	431126	140
246912	120	280022	60	431163	80
246923	120	280033	70	431185	420
246934	90	280044	70	431244	145
246945	90	280055	80	431266	120
247026	120	280066	80	431281	170
247041	120	280070	125	431303	150
247052	95	280081	125	431325	180
247063	95	280092	150	431340	260
247085	180	280103	150	431362	330
247096	80	280125	60	431373	220
247100	80	280136	90	431384	220
247122	180	280140	90	431395	190
247144	300	280151	115	431406	190
247166	300	280162	115	431421	50
247203	180	280523	100	431443	160
247564	150	280534	80	431465	120
247575	120	280545	80	431480	150
247586	120	280560	110	431502	80
247590	120	280571	90	431513	80
247601	120	280582	90	431524	80
247612	120	280604	80	431535	40
247623	120	280626	100	431546	40
247634	120	280641	90	431550	180
247645	120	280663	120	431561	180
247656	120	280674	90	431583	180
247660	120	280685	90	431605	150

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
248065	75	280696	180	431620	155
248080	55	280700	180	431631	170
248102	65	280711	130	431642	170
248183	85	280722	130	431664	140
248205	55	280733	80	431686	90
248220	90	280744	80	431690	125
248290	80	280755	150	431701	125
248301	80	280766	150	431723	175
248345	30	280770	90	431760	80
248883	20	280781	90	431771	80
250176	150	281142	180	431782	80
250180	150	281164	120	431804	150
250191	120	282520	150	431826	220
250202	120	282542	150	431852	120
250213	120	282564	180	431863	120
250224	120	282586	150	431885	150
251274	90	282601	480	431896	150
251285	90	282623	400	431900	150
251300	90	282645	150	431911	200
251311	150	282660	240	431922	200
251322	150	282682	220	431944	150
251333	120	282704	180	431966	45
251344	120	282726	150	432003	155
251366	120	282741	390	432025	160
251370	120	283146	150	432040	300
251381	120	283161	180	432062	150
251576	140	283205	210	432084	120
251580	140	283264	150	432106	150
251602	205	283290	175	432121	115
251613	180	283301	175	432165	120
251624	180	283312	180	432180	150
251646	150	283323	180	432191	60
251650	170	283345	275	432202	60
251661	170	283360	300	432213	90
251683	120	283426	240	432224	90
251705	200	283463	420	432261	150
251720	200	283474	175	432294	70
251731	120	283485	175	432305	70
251742	120	283500	150	432316	90
251753	100	283511	215	432320	90
251764	100	283522	215	432390	90

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
251775	150	283533	180	432401	90
251786	150	283544	180	432412	90
251790	100	283614	180	432423	90
251801	100	283625	180	432434	60
251823	360	283662	180	432445	60
251845	420	283695	180	432460	90
251856	180	283706	180	432493	120
251860	180	283721	150	432504	120
251871	150	283743	240	432515	120
251882	150	283850	220	432526	120
251893	180	283861	220	432530	135
251904	180	283916	170	432541	135
251926	240	283920	170	432552	165
251941	605	284115	100	432563	165
251963	300	284126	100	432574	120
252464	150	284163	420	432585	120
252486	180	284244	150	432596	160
252490	90	284255	190	432600	160
252501	90	284266	190	432611	170
252512	180	284292	120	432622	170
252523	180	284303	120	432644	160
252545	350	284314	165	432655	200
252560	600	284325	165	432666	200
252582	730	284384	240	432670	180
252593	310	284406	180	432681	180
252604	310	284443	240	432692	90
252630	180	284491	170	432703	90
252641	180	284502	170	432736	260
252652	730	284642	180	432740	260
252663	730	284664	180	432751	80
252674	1095	284701	240	432762	80
252685	1095	284826	120	469125	30
252696	730	284863	180	471085	90
252700	730	284885	300	471741	90
252711	1095	284900	130	471800	90
252722	1095	284911	120	472065	60
252733	180	284922	120	472161	90
252744	180	284966	180	472360	90
252755	180	284981	150	472404	100
252766	180	285051	135	472463	30
252770	180	285062	135	472500	120

Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes	Pseudocode	Minuten Minutes
252781	180	285073	175	473060	45
252836	300	285084	175	473185	60
252840	300	285154	110	473222	90
253120	150	285165	110	473281	80
253142	120	285180	180	475996	70
253153	180	285202	120	476000	70
253164	180	285224	190	477061	30
253234	120	285235	190	532022	30
253245	120	285246	190	532125	60
253256	150	285250	120	532221	120
253260	150	285261	120	532604	150
253282	270	285272	150	589024	60
253326	340	285283	150	589061	175
253551	100	285294	185	589105	120
253562	100	285305	185	589131	60
253573	150	285331	180	589186	60
253584	150	285342	180	589201	180
253606	120	285390	170	589223	90
253621	180	285401	170	589444	240
253643	150	285644	120		

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 30 mai 2026 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

F. VANDENBROUCKE]^{87*}

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

ANNEXE 10 : [L'intervention de l'assurance maladie, visée à l'article 75, § 1, d), est celle relative aux fournisseurs d'implants visée aux articles 28* et 35 de la nomenclature AMI hormis les numéros suivants :]¹⁷

611774 – 611785

612054 – 612065

8351 - 612334 – 612345

612813 – 612824

612835 – 612846

8371 - 612695 – 612706

612850 - 612861 pour les prestations 229014 - 229025, 229051 - 229062, 229073 - 229084, 229213 - 229224, 229272 - 229283, 229316 - 229320, 229515 - 229526, 229530 - 229541, 229552 - 229563, 236014 - 236025, 236036 - 236040, 236051 - 236062, 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064, 237075 - 237086, 237156 - 237160, 242292 - 242303, 242314 - 242325, 242336 - 242340, 242631 - 242642, 281551 - 281562, 281573 - 281584, 281654 - 281665, 281794 - 281805, 281971 - 281982, 282052 - 282063, 293436 - 293440, 318054 - 318065 et 318076 – 318080

612872 – 612883

612894 – 612905

612732 – 612743

613012 – 613023

613034 – 613045

613955 – 613966

613970 – 613981

613874 – 613885

613896 – 613900

613992 – 614003

614036 – 614040

614095 – 614106

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

(S) Albert II

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

* Correction apportée par la coordination.

ANNEXE 11 : [Liste des prestations (codes nomenclature INAMI) visée à l'article 75, § 1, e) de l'arrêté royal du 25 avril 2002]¹⁷

1. CHIRURGIE LOURDE

230425	242502	227360	246606	260540	281746	285666	289240	289785
230521	242524	228045	246665	261122	281783	286322	289284	289940
230543	242561	228126	246680	261424	281805	286381	289306	290242
230602	242605	229121	246783	261601	281864	287265	289321	290264
231405	242723	229165	246805	261682	281945	287685	289343	290286
232164	243040	229246	247122	261704	281960	288400	289365	290964
241043	243062	229386	247203	261741	282004	288606	289380	291222
241404	243106	235082	255323	261783	282026	288746	289402	291605
241463	243320	235104	255884	261800	282063	288761	289424	293926
241485	243784	235126	256782	262021	282623	288783	289446	294125
241500	244020	235200	257460	281046	283242	288886	289461	311625
241566	244042	236106	257902	281083	283360	289026	289586	312605
241581	244101	237101	257961	281105	283463	289041	289601	312620
242045	226962	237123	258403	281120	284163	289063	289660	312642
242082	226984	239083	258425	281584	284222	289085	289682	312664
242141	227146	431185	258440	281643	284642	289100	289704	312701
242325	227264	431340	258402	281685	284701	289122	289726	312723
242340	227323	431382	260184	281680	284760	289144	289741	
242443	227345	246223	260422	281702	285040	289203	289763	

2. CHIRURGIE TRES LOURDE

230440	232540	242745	228023	229224	229423	236062	288326	293440
230484	241426	243025	228060	229283	229445	237020	288341	318021
230506	241441	227205	228185	229305	229526	237042	288363	318043
231022	242023	227220	229025	229320	229541	237064	288385	318065
231044	242303	227242	229040	229342	229563	237086	288422	318080
231420	242421	227286	229062	229364	236025	260444	288444	318102
231442	242620	227301	229084	229401	236040	281982	288525	318124
232525	232525							

3. REANIMATION

211024	211120	211046	211142	212122	212225	212520	212542	213021
213043	214023	214045	214126	214222	214244			

4. RADIOLOGIE

453084	453202	453320	453725	454020	454145	459281	451522	458640
453106	453224	453342	453740	454042	454160	459303	451765	458662
453121	453246	453364	453762	454064	454182	459325	451824	458765
453143	453261	453386	453784	454086	454204	459340	455685	458905
433165	453283	453326	453806	454101	454226	450085	457203	
453180	453305	453541	453821	454123	459104	451080	458625	

5. PRESTATIONS URGENTES AUTRES QUE BIOLOGIE CLINIQUE

599524 599546 599561 599583 599605 599620 599642 599664

6. PRESTATIONS URGENTES BIOLOGIE CLINIQUE

599686 599723 599760 599841 599885 599900 599922 599944
599966 599701 599745 599826 599863

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

(S) Albert II

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

ANNEXE 12 : [Conditions d'octroi des financements relatifs aux nouvelles technologies médicales visés à l'article 77]⁶⁷

[1. ...]⁶⁷

[§ 1 Pour conserver le bénéfice du financement des nouvelles technologies médicales, l'hôpital concerné doit :]⁶⁷

- 1° participer activement à des programmes de recherche et de développement ;
- 2° être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales ;
- 3° effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux ;
- 4° employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés ;
- 5° prouver que plus de 70 % de leur activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein ;
- 6° rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein, par un salaire pour leur activité hospitalière complète ;
- [7° chaque année, l'hôpital garde à la disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et lui fournit à sa demande, la liste des références des articles scientifiques ayant trait au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies médicales publiées au cours des trois années précédentes par les membres du cadre clinique à temps plein. Les publications seront évaluées par une Commission Scientifique désignée par le Ministre, qui vérifiera que le facteur d'impact scientifique dépasse 1 point par 10 lits.

Le facteur d'impact des publications scientifiques est calculé annuellement par l'« Institute of Scientific Information » sous la forme de « Science Citation Index » publié dans le « Journal of Citation Reports ».]⁴⁰

§ 2 [Les pièces justificatives des conditions reprises au § 1, 1° à 7° doivent être à disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à sa demande :]⁴⁰

- 1° le nombre de candidats spécialistes, exprimé en équivalents temps plein, occupés pendant l'exercice considéré dans l'hôpital ;
- 2° pour la condition 2 : une copie des agréments des médecins spécialistes ;
- 3° pour la condition 3 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que tous les honoraires sont perçus de façon centrale par l'hôpital ;
- 4° pour la condition 4 : le nombre de médecins hospitaliers exprimé en équivalents temps plein et le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier de l'exercice considéré ;

- 5° pour les conditions 5 et 6 : la liste nominative des médecins, leur temps de travail exprimé en demi-jours et le pourcentage de la rémunération pour laquelle des cotisations ONSS ont été payées ;
 - 6° une copie du statut pécuniaire relatif aux médecins occupés dans l'hôpital.
- [...] ^{30*}

[2. ...] ⁶⁷

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 25 avril 2002.

(S) Albert II

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

Veuillez trouver ci-dessous le texte de l'annexe 12 de l'A.R. du 25/04/2002 tel que modifié par l'A.R. du 12/06/2019. Ce dernier a été annulé par le Conseil d'État en date du 03/03/2022 (M.B. 22/04/2022). Il est important de noter que la version consolidée utilisée en interne par le SPF Santé publique contient encore cette version du texte et n'est à ce jour pas revenue à la version antérieure malgré l'annulation par le Conseil d'État.

[ANNEXE 12 : Conditions d'octroi des financements visés à l'article 77]

Outre les conditions à remplir conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 7 juin 2004 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital universitaire, de service hospitalier universitaire, fonction hospitalière universitaire ou programme de soins hospitalier universitaire, le cas échéant, les conditions suivantes doivent également être remplies par l'hôpital pour pouvoir bénéficier des financements visés à l'article 77 :

- 1° *l'hôpital doit disposer de services de stages et de maîtres de stage agréés pour des formations complètes dans les principales spécialités médicales;*
- 2° *effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux;*
- 3° *employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés.*

Les pièces justificatives des conditions reprises ci-dessus doivent être tenues à disposition du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à sa demande ainsi que les éléments suivants :

- 1° *pour la [condition 2]76 : l'attestation signée par le gestionnaire et le président du conseil médical mentionnant que tous les honoraires sont perçus de façon centrale par l'hôpital;*
- 2° *une copie du statut pécuniaire relatif aux médecins occupés dans l'hôpital.*

* Entrée en vigueur : 01.01.2013.

Philippe

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK^{J1}*

* Entrée en vigueur : 01.07.2019 – annulé par le Conseil d'Etat le 03.03.2022

ANNEXE 13

[...] ⁴⁰

[ANNEXE 14 : Règles pour le calcul de la valeur normalisée des prestations médicales]

Notions et abréviations :

- Institut : l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;
- SPF : le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ;
- [Données RHM : les 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 traitant des dispositions sociales]^{85*} ;
- [classification APR-DRG : classification regroupant les patients dans des groupes de diagnostics comme décrit dans « 3M™ APR DRG Classification System, Definitions Manual » dans la version connue au moment du calcul ;]⁴⁰
- niveau de sévérité : subdivision de l'APR-DRG en 4 classes selon la sévérité de l'affection comme décrit dans le manuel précité ;
- case-mix d'un hôpital : le nombre de séjours par APR-DRG et niveau de sévérité, par an pour un hôpital.

[1.]¹⁰ Sélection des séjours :

Les séjours retenus pour le calcul sont les séjours classiques couplés corrects aigus.

2. Détermination des valeurs normalisées nationales par lit occupé des prestations médicales par APR-DRG

Le calcul des valeurs normalisées est exécuté sur base des données nationales [RHM]^{85†} du dernier exercice connu.

Ce calcul se passe comme suit.

En première instance, les dépenses relatives aux prestations visées à l'article 46, § 3, c), 3^{ème} tiret sont agrégées au niveau de chaque séjour.

Afin de calculer les valeurs normalisées sur un nombre suffisant de séjours, les principes suivants sont appliqués :

- si les 4 niveaux de sévérité d'un certain APR-DRG ne totalisent pas ensemble au moins 80 séjours, ils sont regroupés et le poids relatif calculé est valable pour les 4 niveaux ;
- si la somme du nombre des séjours de niveaux 1 et 2 n'atteint pas au moins 40 séjours, ces deux niveaux sont regroupés et le poids relatif calculé est valable pour les deux niveaux. La même règle s'applique pour les niveaux 3 et 4 ;

* Entrée en vigueur : 01.07.2024.

† Entrée en vigueur : 01.07.2024.

- si une classe n'atteint pas au moins 10 séjours, elle est groupée avec sa voisine et le poids relatif calculé est valable pour les deux classes (soit 1 + 2, ou 3 + 4).

Ensuite, les outliers sont retirés des séjours retenus dans chaque groupe. Les outliers sont les séjours dont les dépenses sont supérieures à $Q3 + 2 * (Q3 - Q1)$, où Q1 et Q3 sont les valeurs respectives des premier et troisième quartiles de la distribution des dépenses. Pour les APR-DRG qui ont fait l'objet de groupement, la limite retenue pour les outliers est la plus haute des limites de chaque niveau de sévérité calculée individuellement.

[Enfin, les valeurs normalisées nationales par lit occupé elles-mêmes sont calculés à l'exclusion des APR DRG 955 (« Diagnostic principal non valable comme diagnostic de sortie ») et 956 (« séjours non groupables »). Ces valeurs normalisées sont les dépenses pour les prestations susmentionnées divisées par le nombre de journées totales au niveau de l'APR DRG et niveau de sévérité/ou groupe, après élimination des outliers, comme décrit précédemment.]⁴⁰

[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.]^{85*}

3. Calcul des dépenses normalisées par hôpital

Les dépenses normalisées par hôpital sont calculées sur base des valeurs normalisées nationales calculées au point 2, et du nombre de journées des séjours du casemix le plus récent de l'hôpital.

Le calcul se passe comme suit.

Procédé de standardisation.

Le casemix de l'hôpital comprend tous les séjours des services aigus dans les hôpitaux aigus (sauf les séjours des APR-DRG 955 et 956).

Par APR-DRG et niveau de sévérité (ou groupe le cas échéant), on exécute le produit entre le nombre de journées des séjours retenus de l'hôpital et la valeur normalisée par APR-DRG et niveau de sévérité (ou groupe).

$$DN_h = \sum NJ_{h.xy} * VN_{xy}$$

où

DN_h = les dépenses normalisées de l'hôpital h

$NJ_{h.xy}$ = le nombre de journées totales des séjours retenus de l'hôpital h appartenant à l'APR-DRG x et niveau de sévérité/ou groupe y

VN_{xy} = la valeur normalisée nationale par lit occupé des prestations médicales pour l'APR-DRG x et niveau de sévérité / ou groupe y

[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.

* Entrée en vigueur : 01.07.2024.

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 est utilisé.]^{85*}

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE]⁵

* Entrée en vigueur 01.07.2024

[ANNEXE 15 : Modalités pour le règlement relatif à la reproduction médicalement assistée

Pour bénéficier du financement prévu à [l'article 74bis]²⁰, les programmes de soins agréés « Médecine de la reproduction B » ne peuvent, par patiente, qu'implanter un nombre limité d'embryons, cela en fonction de l'âge de la femme et de l'ordre du cycle :

- **si la femme a $\leq$ 35 ans :**
 - lors du premier essai (ou cycle) seulement implanter 1 embryon frais ;
 - lors du deuxième essai : implanter 1 embryon frais ou 2 embryons frais si la qualité de l'embryon est insuffisante ;
 - lors du troisième essai et lors des essais suivants : implanter 2 embryons frais au maximum.
- **Si la femme a $>$ 35 ans et $\leq$ 39 ans :**
 - lors du premier et du deuxième essai : implanter 2 embryons frais au maximum ;
 - lors du troisième essai et lors des essais suivants : implanter trois embryons frais au maximum.

[Ce n'est que dans le cas où l'âge de la femme se situe entre le jour de son 39^e anniversaire et la veille de son 43^e anniversaire qu'on n'impose pas de maximum en ce qui concerne le nombre d'embryons frais qui peuvent être replacés. Pendant la période d'application de l'article 2 de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie Covid-19, l'âge maximum de la femme est prolongé de 6 mois, c'est-à-dire jusqu'à la veille des 43 ans et 6 mois de la patiente.]^{76*}

Par dérogation aux 1° et 2°, 2 embryons au maximum peuvent être implantés lors de l'utilisation d'embryons décongelés.

En cas de combinaison d'embryons frais et décongelés, les critères d'application sont ceux fixés aux 1° et 2°.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 4 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE]⁵

* Entrée en vigueur : 01.03.2020.

[ANNEXE 16 : Liste des hôpitaux et montants du financement pour les forfaits visés à l'article 47ter

§ 1 Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2014.

NOM DE L'HOPITAL	VILLE	BUDGET
STEDELJK ZIEKENHUIS	ROESELARE	94.037,49 €
CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	58.651,38 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	NAMUR	323.862,04 €
CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	198.041,01 €
RESEAU HOSPITALIER DE MEDECINE SOCIALE	BAUDOUR	131.039,72 €
ZIEKENHUIS NETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	1.017.443,20 €
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	GILLY	350.729,89 €
A. Z. SINT-BLASIUS	DENDERMONDE	300.394,75 €
SINT-NIKOLAUS HOSPITAL	EUPEN	94.508,86 €
A. Z. MARIA MIDDELARES - SINT JOZEF	GENT	166.829,86 €
CENTRE HOSPITALIER PELTZER - LA TOURELLE	VERVIERS	296.489,14 €
CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	63.196,70 €
A. Z. SINT-MAARTEN	MECHELEN	247.096,73 €
A. Z. ALMA	EEKLO	128.682,89 €
LES CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR PERI	LIEGE	44.207,39 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MONT GODINNE	YVOIR GODINNE	356.790,31 €
C.H. DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	353.962,11 €
CLINIQUE SAINT-PIERRE	OTTIGNIES	229.420,51 €
A. Z. SINT-JAN	BRUGGE	464.699,43 €
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	IEPER	120.972,69 €
A. Z. TURNHOUT	TURNHOUT	498.435,76 €
CENTRE HOSPITALIER HUTOIS	HUY	121.881,75 €
HOPITAL UNIVERSITAIRE SAINT-PIERRE	BRUXELLES	278.711,92 €
ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES ET DE SCHAERBEEK	BRUXELLES	396.957,42 €
INSTITUT JULES BORDET	BRUXELLES	181.038,17 €
HOPITAUX IRIS SUD	BRUXELLES	438.033,59 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TIVOLI	LA LOUVIERE	140.871,06 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	LIER	171.442,51 €
GASTHUIS ZUSTERS ANTWERPEN	ANTWERPEN	413.320,55 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	MOL	171.072,15 €
CENTRE HOSPITALIER DU VAL DE SAMBRE	SAMBREVILLE	155.113,05 €
SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM	188.243,33 €
SINT-MARIAZIEKENHUIS	HALLE	160.028,72 €
R. Z. HEILIG HART	LEUVEN	184.674,42 €
A. Z. HEILIG HART	TIENEN	104.912,58 €
CLINIQUE SAINT-JEAN	BRUXELLES	289.654,34 €
CLINIQUES DE L'EUROPE	BRUXELLES	147.335,51 €
REVALIDATIE & MS CENTRUM	OVERPELT	34.780,07 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	ROESELARE	236.861,36 €
SINT-JOZEFSKLINIEK	IZEGEM	66.563,60 €
ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	AALST	306.185,81 €
SINT-VINCENTIUSZIEKENHUIS	DEINZE	37.540,93 €

NOM DE L'HOPITAL	VILLE	BUDGET
A. Z. SINT LUCAS	ASSEBROEK	148.850,61 €
U.Z. BRUSSEL	BRUSSEL	1.010.541,13 €
CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT - LOBBES	HAINE SAINT PAUL	253.056,14 €
HOPITAL UNIVERS. DES ENFANTS REINE FABIOLA	BRUXELLES	57.978,00 €
LES CLINIQUES SAINT-JOSEPH	LIEGE	560.454,04 €
CENT. HOSP. SAINT VINCENT - SAINTE ELISABETH	ROCOURT	109.491,56 €
I.H. FAMENNE ARDENNE CONDROZ	MARCHE EN FAMENNE	295.613,75 €
CLINIQUE MATERNITE SAINTE-ELISABETH	NAMUR	137.167,47 €
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT	146.931,48 €
A. Z. OUDENAARDE	OUDENAARDE	108.582,50 €
STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	645.703,93 €
A.Z. JAN PORTAELS	VILVOORDE	210.128,18 €
A. Z. SINT-ELISABETH	ZOTTEGEM	220.060,53 €
CENTRE NEUROLOGIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE	FRAITURE EN CONDROZ	1.851,79 €
JESSA ZIEKENHUIS	HASSELT	498.738,78 €
CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG	ARLON	249.958,60 €
CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	MOUSCRON	129.423,61 €
CENTRE DE SANTE DES FAGNES	CHIMAY	144.844,00 €
CENTRE INTER UNIVERSITAIRE HOPITAL AMBROISE PARE	MONS	80.334,22 €
KLINIK SINT-JOSEF	ST VITH	44.645,08 €
CENTRE HOSPITALIER DE DINANT	DINANT	92.690,74 €
A. Z. LOKEREN	LOKEREN	70.267,19 €
C.H.R. MONS HAINAUT	MONS	144.608,32 €
A. Z. SINT-LUCAS	GENT	272.011,79 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	EDEGEM	461.029,51 €
A. Z. SINT-ELISABETH	HERENTALS	88.010,75 €
SINT-AUGUSTINUS	VEURNE	56.328,22 €
A. Z. HEILIGE FAMILIE	REET	77.943,72 €
U.Z. LEUVEN	LEUVEN	949.802,27 €
C.H.U. ANDRE VESALE	MONTIGNY LE TILLEUL	146.561,12 €
C.H.I.R.E.C. - SITE EDITH CAVELL	BRUXELLES	285.075,36 €
CENTRE HOSPITALIER DE TUBIZE-NIVELLES	NIVELLES	137.807,18 €
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG	GENK	559.174,62 €
SINT-REMBERTZIEKENHUIS	TORHOUT	62.860,01 €
A. Z. ZENO	KNOKKE	130.501,01 €
SINT-ANDRIESZIEKENHUIS	TIELT	152.284,85 €
A. Z. GROENINGE	KORTRIJK	459.716,42 €
KLINIEK ONZE LIEVE VROUW VAN LOURDES	WAREGEM	157.638,22 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	BRUXELLES	970.710,71 €
CLINIQUES UNIV DE BXL HOPITAL ERASME	BRUXELLES	574.393,01 €
CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE	GOSSELIES	90.333,91 €
C. H. BAUDOUR-HORNU	HORNU	109.828,25 €
CENTRE HOSP. REGIONAL DE LA CITADELLE	LIEGE	510.320,91 €
A.Z. DAMIAAN	OOSTENDE	194.741,45 €

NOM DE L'HOPITAL	VILLE	BUDGET
C.H.W.A.P.I.	TOURNAI	561.262,10 €
A. Z. SINT JOZEF	MALLE	126.056,71 €
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DE READAPTATION	BRUXELLES	808,06 €
A.Z. GLORIEUX	RONSE	107.639,77 €
A. Z. NIKOLAAS	ST NIKLAAS	278.880,26 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	GENT	607.152,93 €
KONINGIN ELISABETH INSTITUUT	KOKSIJDE OOSTDUINK	639,71 €
BUNDELING ZORGINITATIEVEN	OOSTENDE	4.073,95 €
A.Z. MONICA	DEURNE	317.464,93 €
A.Z. IMELDA ZIEKENHUIS	BONHEIDEN	186.054,85 €
NATIONAAL MULTIPLE-SCLEROSECENTRUM	MELSBROEK	12.120,84 €
CLINIQUE SAINT-LUC	BOUGE	133.834,24 €
CENTRE HOSP. UNIVERSITAIRE DU SART-TILMAN	LIEGE	770.211,86 €
A. Z. SINT-DIMPNA	GEEL	143.867,60 €
A.Z. KLINA	BRASSCHAAT	291.573,47 €
A. Z. DIEST	DIEST	55.385,49 €
A. Z. JAN PALFIJN	GENT	95.855,62 €
SINT-FRANCISCUSZIEKENHUIS	HEUSDEN-ZOLDER	284.166,29 €
SINT-TRUDO ZIEKENHUIS	ST-TRUIDEN	139.187,61 €
A. Z. VESALIUS	TONGEREN	153.698,95 €
ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	MAASEIK	46.126,52 €
C. H. U.	CHARLEROI	207.603,01 €
MARIAZIEKENHUIS	OVERPELT	125.720,02 €
C.H.I.R.E.C. - SITE STE ANNE - ST REMI	BRUXELLES	147.470,19 €
HOPITAL DE LA MADELEINE	ATH	169.321,36 €

§ 2 Pour la période du 1er juillet au 31 décembre 2014.

NOM DE L'HOPITAL	VILLE	BUDGET
STEDELIJK ZIEKENHUIS	ROESELARE	94.037,49 €
CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	58.651,38 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	NAMUR	323.862,04 €
CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	198.041,01 €
ZIEKENHUIS NETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	1.017.443,27 €
GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	GILLY	350.729,89 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-BLASIUS	DENDERMONDE	300.394,75 €
SINT-NIKOLAUS HOSPITAL	EUPEN	94.508,86 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES - SINT JOZEF	GENT	166.829,86 €
CENTRE HOSPITALIER PELTZER - LA TOURELLE	VERVIERS	296.489,14 €
CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	63.196,70 €
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-MAARTEN	MECHELEN	247.096,73 €
A. Z. ALMA	EEKLO	128.682,89 €
LES CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR PERI	LIEGE	44.207,39 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MONT GODINNE	YVOIR GODINNE	356.790,31 €
C.H. DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	353.962,11 €
CLINIQUE SAINT-PIERRE	OTTIGNIES	229.420,51 €

NOM DE L'HOPITAL	VILLE	BUDGET
ALGEMEEN ZIEKENHUIS SINT-JAN	BRUGGE	464.699,43 €
JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	IEPER	120.972,69 €
A. Z. TURNHOUT	TURNHOUT	498.435,76 €
CENTRE HOSPITALIER HUTOIS	HUY	121.881,75 €
HOPITAL UNIVERSITAIRE SAINT-PIERRE	BRUXELLES	278.711,92 €
ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES ET DE SCHAERBEEK	BRUXELLES	396.957,42 €
INSTITUT JULES BORDET	BRUXELLES	181.038,17 €
HOPITAUX IRIS SUD	BRUXELLES	438.033,59 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TIVOLI	LA LOUVIERE	140.871,06 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	LIER	171.442,51 €
GASTHUIS ZUSTERS ANTWERPEN	ANTWERPEN	413.320,55 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	MOL	171.072,15 €
CENTRE HOSPITALIER DU VAL DE SAMBRE	SAMBREVILLE	155.113,05 €
SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM	188.243,33 €
SINT-MARIAZIEKENHUIS	HALLE	160.028,72 €
R. Z. HEILIG HART	LEUVEN	184.674,42 €
A. Z. HEILIG HART	TIENEN	104.912,58 €
CLINIQUE SAINT-JEAN	BRUXELLES	289.654,34 €
CLINIQUES DE L'EUROPE	BRUXELLES	147.335,51 €
REVALIDATIE & MS CENTRUM	OVERPELT	34.780,07 €
HEILIG HARTZIEKENHUIS	ROESELARE	236.861,36 €
SINT JOZEFSKLINIEK	IZEGEM	66.563,60 €
ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	AALST	306.185,81 €
SINT-VINCENTIUSZIEKENHUIS	DEINZE	37.540,93 €
A. Z. SINT-LUCAS	ASSEBROEK	148.850,61 €
U.Z. BRUSSEL	BRUSSEL	1.010.541,13 €
CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT - LOBBES	HAINE SAINT PAUL	253.056,14 €
HOP. UNIV. DES ENFANTS REINE FABIOLA	BRUXELLES	57.978,00 €
LES CLINIQUES SAINT-JOSEPH	LIEGE	560.454,04 €
CENT. HOSP. SAINT VINCENT - SAINTE ELISABETH	ROCOURT	109.491,56 €
I.H. FAMENNE ARDENNE CONDOZ	MARCHE EN FAMENNE	295.613,75 €
CLINIQUE MATERNITE SAINTE-ELISABETH	NAMUR	137.167,47 €
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT	146.931,48 €
A. Z. OUDENAARDE	OUDENAARDE	108.582,50 €
STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	645.703,93 €
A.Z. PORTAELS	VILVOORDE	210.128,18 €
A. Z. SINT-ELISABETH	ZOTTEGEM	220.060,53 €
CENTRE NEUROLOGIQUE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE	FRAITURE EN CONDOZ	1.851,79 €
JESSA ZIEKENHUIS	HASSELT	498.738,78 €
CLINIQUES DU SUD LUXEMBOURG	ARLON	249.958,60 €
CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	MOUSCRON	129.423,61 €
CENTRE DE SANTE DES FAGNES	CHIMAY	144.844,00 €
CENTRE INTER UNIVERSITAIRE HOPITAL AMBROISE PARE	MONS	80.334,22 €
KLINIK ST JOSEF	ST VITH	44.645,08 €

NOM DE L'HOPITAL	VILLE	BUDGET
CENTRE HOSPITALIER DE DINANT	DINANT	92.690,74 €
A. Z. LOKEREN	LOKEREN	70.267,19 €
C.H.R. MONS HAINAUT	MONS	144.608,32 €
A. Z. SINT-LUCAS	GENT	272.011,79 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	EDEGEM	461.029,51 €
A. Z. SINT-ELISABETH	HERENTALS	88.010,75 €
SINT-AUGUSTINUS	VEURNE	56.328,22 €
A. Z. HEILIGE FAMILIE	RUMST REET	77.943,72 €
U.Z. LEUVEN	LEUVEN	949.802,27 €
C.H.U. ANDRE VESALE	MONTIGNY LE TILLEUL	146.561,12 €
C.H.I.R.E.C. - SITE EDITH CAVELL	BRUXELLES	285.075,36 €
CENTRE HOSPITALIER DE TUBIZE-NIVELLES	NIVELLES	137.807,18 €
ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG	GENK	559.174,62 €
SINT-REMBERTZIEKENHUIS	TORHOUT	62.860,01 €
A. Z. ZENO	KNOKKE	130.501,01 €
SINT ANDRIESZIEKENHUIS	TIELT	152.284,85 €
A. Z. GROENINGE	KORTRIJK	459.716,42 €
KLINIEK ONZE LIEVE VROUW VAN LOURDES	WAREGEM	157.638,22 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT LUC	BRUXELLES	970.710,71 €
CLINIQUES UNIVERSITAIRE DE BXL HOPITAL ERASME	BRUXELLES	575.201,07 €
CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE	GOSSELIES	90.333,91 €
C. H. BAUDOUR-HORNU	HORNU	240.867,97 €
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	LIEGE	510.320,91 €
A.Z. DAMIAAN	OOSTENDE	194.741,45 €
C.H.W.A.P.I.	TOURNAI	561.262,10 €
A. Z. SINT_JOZEF	MALLE	126.056,71 €
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET DE READAPTATION	BRUXELLES	808,06 €
A.Z. GLORIEUX	RONSE	107.639,77 €
A. Z. NIKOLAAS	ST NIKLAAS	278.880,26 €
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	GENT	607.152,93 €
KONINGIN ELISABETH INSTITUUT	KOKSIJDE OOSTDUINKERK	639,71 €
BUNDELING ZORGINITIATIEVEN	OOSTENDE	4.073,95 €
A.Z. MONICA	DEURNE	317.464,93 €
A.Z. IMELDAZIEKENHUIS	BONHEIDEN	186.054,85 €
NATIONAAL MULTIPLE-SCLEROSECENTRUM	MELSBROEK	12.120,84 €
CLINIQUE SAINT-LUC	BOUGE	133.834,24 €
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU SART-TILMAN	LIEGE	770.211,86 €
A. Z. SINT-DIMPNA	GEEL	143.867,60 €
A.Z. KLINA	BRASSCHAAT	291.573,47 €
A. Z. DIEST	DIEST	55.385,49 €
A. Z. JAN PALFIJN	GENT	95.855,62 €
SINT-FRANCISCUSZIEKENHUIS	HEUSDEN-ZOLDER	284.166,29 €
SINT-TRUDO ZIEKENHUIS	ST-TRUIDEN	139.187,61 €
A. Z. VESALIUS	TONGEREN	153.698,95 €
ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	MAASEIK	46.126,52 €

NOM DE L'HOPITAL	VILLE	BUDGET
C. H. U.	CHARLEROI	207.603,01 €
MARIAZIEKENHUIS	OVERPELT	125.720,02 €
C.H.I.R.E.C. - SITE STE ANNE - ST REMI	BRUXELLES	147.470,19 €
HOPITAL DE LA MADELEINE	ATH	169.321,36 €

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 8 janvier 2015 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme M. DE BLOCK]⁴⁰

[ANNEXE 17 : [Définitions des variables et paramètres explicatifs du profil social de l'hôpital et calcul d'un indice de correction sociale]³³

1. Sources de données :

- les admissions dans les hôpitaux généraux fournies par les organismes assureurs ;
- les données socio-économiques des patients (âge, handicap, isolé, intervention majorée, forfaits maladies chroniques) fournies par les organismes assureurs ;

[- ...]^{33*}

1. Variables de profil social

1.1. Variables provenant des organismes assureurs

âge : nombre d'admissions pour les patients âgés de 75 ans ou plus ;

bim : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du MàF social via leur qualité de BIM ;

ihand : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du MàF social via l'intervention pour personne handicapée ;

isolé : nombre d'admissions pour les patients isolés c'est-à-dire dont le ménage MàF ne comprend qu'une seule personne (eux-mêmes) ;

forfait : nombre d'admissions pour les patients bénéficiant du forfait infirmier B ou du forfait infirmier C ou du forfait Kinésithérapeute E ;

1.2. [...]^{33*}

1.3. Interactions entre ces variables

âge*bim : nombre d'admissions pour les patients

- âgés de 75 ans ou plus et
- bénéficiant du MàF social via leur qualité de BIM ;

ihand*isolé : nombre d'admissions pour les patients

- bénéficiant du MàF social via l'intervention pour personne handicapée et
- isolés ;

ihand*forfait : nombre d'admissions pour les patients

- bénéficiant du MàF social via l'intervention pour personne handicapée et
- bénéficiant du forfait infirmier B ou du forfait infirmier C ou du forfait Kinésithérapeute E ;

âge*ihand : nombre d'admissions pour les patients

- âgés de 75 ans ou plus et
- bénéficiant du MàF social via l'intervention pour personne handicapée ;

âge*isolé : nombre d'admissions pour les patients

- âgés de 75 ans ou plus et
- isolés ;

âge*forfait : nombre d'admissions pour les patients

- âgés de 75 ans ou plus et
- bénéficiant du forfait infirmier B ou du forfait infirmier C ou du forfait Kinésithérapeute E.

[...]³³*

2. Régression multivariée de la durée de séjour compte tenu des facteurs sociaux pour l'ensemble des variables sociales

[Variables]	Coefficient
âge	0,1496
bim	0,1883
ihand	0,4566
isolé	0,2793
forfait	0,6195
âge*bim	0,1278
ihand*isolé	0,4747
ihand*forfait	- 0,2912
âge*ihand	0,9959
âge*isolé	1,0208
âge*forfait	0,5661]³³†

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

Calcul d'un nombre de journées justifiées en fonction de l'indice de correction sociale.

Un nombre de journées justifiées est calculé selon la formule suivante :

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

où :

S = montant à répartir

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

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

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

Le nombre de journées justifiées en fonction de l'indice de correction sociale est réparti au prorata des journées justifiées calculées selon la méthode définie à l'annexe 3, point 3, pour les services définis à l'annexe 3, points 3.2.1. à 3.2.4.]³³‡

* Entrée en vigueur : 01.07.2007.

† Entrée en vigueur : 01.07.2007.

‡ Entrée en vigueur : 01.07.2007.

Vu pour être annexé à l'arrêté du 19 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Par le Roi

Le Ministre des Affaires sociales,

Rudy DEMOTTE]²⁰

ANNEXE 18 : Détermination des NRG sur base du DI-RHM

PARTIE 1 : DETERMINATION DES NRG

1. Données utilisées

Le modèle NRGnew est construit à partir des données DI-RHM basées sur la version la plus récente du manuel de codage officiel DI-RHM.

2. Episodes de soins sélectionnés

Les NRG sont déterminés au niveau de l'épisode de soins. Les données utilisées dans la construction du modèle ne comprennent que les séjours hospitaliers classiques. Cette sélection est basée sur A2_HOSPTYPE_FAC = H, F, M, L, N ; et CODE_UNIT-prefix = OPR (RE uniquement), BRU, DAY, INT, SPE, DIV. Enfin, les épisodes de soins enregistrés dans des unités de soins comptant plus de la moitié de lits A sont supprimés. Seuls les épisodes de soins au cours desquels des items de soins infirmiers ont été enregistrés sont pris en compte. Les profils (NRG) sont redéfinis à chaque nouvelle année d'enregistrement.

3. Items sélectionnés

Les variables prises en compte pour le regroupement des épisodes de soins dans les différents NRG sont limitées aux items de soins infirmiers inclus dans le DI-RHM. Une analyse statistique annuelle du caractère discriminatoire ou non discriminatoire des items est effectuée en amont de la construction du modèle. Les items les moins discriminants ne sont pas utilisés dans la formation du modèle. Le caractère plus ou moins discriminant des items est évalué à partir d'une analyse des contributions des items aux premiers axes d'une Analyse en Composantes Principales. Les items qui contribuent très peu aux premières dimensions sont jugés peu utiles pour distinguer les épisodes de soins entre eux. Les épisodes de soins pour lesquels seuls ces items ont été enregistrés sont également supprimés du modèle.

Les items de fréquence sont plafonnés pour exclure les valeurs extrêmes.

4. Groupes-temps

Les épisodes de soins sont divisés en 6 groupes-temps en fonction de leur durée ([0-3h[, [3-7h[, [7-11h[, [11-15h[, [15-24h[& [24h]). Les différents groupes-temps sont traités de la même façon dans la construction du modèle.

5. Pondération des scores des items d'après l'étude Profil(e)1-DIVG

Une variable TOT_POINTS est affectée à chaque épisode de soins. Ces points sont déterminés au moyen des résultats de l'étude Profil DI-VG.

Pour chaque option de score :

- des points sont attribués en fonction du temps, tel que déterminé dans l'étude Profi(e)I-DI-VG la plus récente ;
- un facteur de compétence est attribué, tel que déterminé dans l'étude Profi(e)I-DI-VG la plus récente.

Pour chaque option de score, le score pondéré est déterminé selon la formule suivante :

- pour les items de fréquence : Possibilité de score X Points temps X Facteur de compétence ;
- pour les items catégoriels : Points temps X Facteur de compétence.

Pour un épisode de soins donné, le nombre total de points temps-compétence est déterminé en fonction de la durée d'un épisode de soins sur base des items enregistrés. Pour certains items (s'ils apparaissent suffisamment discriminatoires d'un point de vue statistique et sont donc inclus dans le modèle, voir point 3 ci-dessus), une correction des points est appliquée sur base du temps pour les épisodes des soins de moins de 24 heures. Il s'agit des items B200, B400, C100, D100, D300, D400, I200, K100, K200, K300, L100, M100, N200, N600, N700, P100, Q100, V100, V400, V600, V700, W100 et W500. Les points temps-compétence de ces items enregistrés sont multipliés par la limite supérieure du groupe-temps dans lequel se situe l'épisode et divisés par 24.

Enfin, tous les scores sont additionnés pour obtenir la variable TOT-POINTS.

Rééchelonnement de la médiane

Les valeurs TOT_POINTS sont remises à l'échelle à l'aide d'une transformation linéaire de sorte que le score médian de TOT_POINTS soit exactement 100 (et que le score minimum de TOT_POINTS reste 0). Ce rééchelonnement s'effectue indépendamment du groupe-temps.

6. Détermination des ridits

Les scores ridits sont calculés par groupe-temps et par item, et non par possibilité de score. Pour le calcul des ridits, les possibilités de score de l'item en question sont remplacées par les points temps-compétence de cet item. Les épisodes en question sont ensuite classés du plus petit au plus grand. Le score ridit d'une possibilité de score est égal à la moitié du nombre relatif d'épisodes enregistrés avec cette possibilité de score + le nombre relatif d'épisodes avec des possibilités de score plus faibles. Le ridit est la moyenne de tous les scores ridits au sein du groupe de référence sélectionné.

7. Dichotomisation

Les items catégoriels sont divisés en items dichotomiques. Si un item catégoriel contient n possibilités de scores compris 0, non scoré), cet item est divisé en n-1 items binaires différents. L'item binaire correspondant à la possibilité de score k vaut 1 si la possibilité k est scorée, et 0 dans tous les autres cas.

8. Analyse en composantes principales (ACP)

Les items sont ensuite normalisés et une ACP est effectuée par groupe-temps. Le choix de conserver les 4 premières composantes principales a été effectué et restera fixe dans le temps.

9. Clustering

Sur base des composantes retenues, les épisodes de soins sont répartis (par groupe-temps) entre les différents NRG au moyen d'un algorithme de regroupement k-means.

10. Score de technicité

Sur base des items du domaine 2 (soins liés aux fonctions physiologiques complexes), un score de technicité est défini pour chaque NRG. Les NRG ayant les scores de technicité les plus élevés sont appelés « High Technical ».

11. Détermination des épisodes de soins intensifs

L'attribution d'un label intensif à un épisode de soins s'effectue par groupe-temps selon la méthodologie suivante :

- $P(HT)$: La proportion d'épisodes de soins d'un groupe-temps qui se trouvent dans un NRG High Technical ;
- $P(\overline{HT})$: La proportion d'épisodes de soins d'un groupe-temps qui ne se trouvent pas dans un NRG High Technical ;
- $P(T = t | HT)$: où T est un item du domaine 2 et t une possibilité de score. Il s'agit de la proportion d'épisodes de soins inclus dans HT qui obtiennent un score t pour l'item T ;
- $P(T = t | \overline{HT})$: où T est un item du domaine 2 et t une possibilité de score. Il s'agit de la proportion d'épisodes de soins non inclus dans HT qui obtiennent un score t pour l'item T.

$$I = \frac{P(HT) \prod_{T,t} P(T = t | HT)}{P(HT) \prod_{T,t} P(T = t | HT) + P(\overline{HT}) \prod_{T,t} P(T = t | \overline{HT})}$$

Le facteur de Bayes est ensuite calculé comme suit :

$$\rho = \frac{I}{P(HT)}$$

Si le facteur Bayes ρ est supérieur à 1, alors l'épisode de soins en question est intensif, sinon l'épisode de soins n'est pas intensif.

PARTIE 2 : L'utilisation des NRG dans la sous-partie B2 du BMF

Financement des épisodes de soins

POIDS DES EPISODES DE SOINS DANS LE FINANCEMENT

Sur base de la classification des épisodes de soins « intensifs » et « non-intensifs », un « poids relatif » est calculé pour chaque NRG en fonction des points temps-compétence. Une distinction est également effectuée entre les épisodes de soins intensifs dans un NRG et les épisodes de soins non intensifs pour l'attribution des poids. Le poids de chaque sous-groupe « intensif » ou « non intensif » d'un NRG est défini à partir de la médiane des points temps-compétence de tous les épisodes de soins dans le sous-groupe d'épisodes de soins du NRG ayant le même caractère intensif. Ce poids est ensuite affecté à chaque épisode de soins de ce sous-groupe (=POINTS_REF).

GROUPES DE FINANCEMENT

Les épisodes de soins sont ensuite répartis en 3 groupes, en fonction de l'index de lit.

- Le groupe C+D comprend les épisodes de soins des index de lit C, D, L, C+D, CI, DI ou HI. Ce groupe comprend à la fois les épisodes de soins « intensifs » et « non intensifs ».
- Le groupe E comprend les épisodes de soins des index de lit E ou EL. Ce groupe comprend également les épisodes de soins « intensifs » et « non intensifs ».

- Le groupe I comprend les épisodes de soins des index de lit CI, DI, EI, HI, C, D, C+D, L ou E classés comme « intensifs ».

Les épisodes qui ne répondent à aucun des critères précédents ne sont pas utilisés dans le financement.

CALCUL DES POINTS PAR HÔPITAL ET PART DE MARCHÉ

- a. Les points NRG des épisodes de soins sont additionnés par groupe de financement (C+D, E, I) et par groupe temps.
- b. Le poids médian par épisode de soins dans le groupe C+D est déterminé, par groupe-temps, comme seuil pour le calcul des points résiduels.
- c. Cette valeur médiane est soustraite du poids de chaque épisode de soins de chaque hôpital ($\text{POINTS_RES} = \text{POINT_REF} - \text{médian C+D}$), pour chaque groupe-temps séparément.
- d. Les points « résiduels » sont ensuite additionnés par groupe de financement et par hôpital.
- e. La part de marché d'un hôpital est la partie des points résiduels qu'il reçoit par rapport au total des points résiduels de tous les jours C, D et E au niveau national. Le nombre de jours C, D et E d'un hôpital est déterminé à partir de la somme de la durée (en minutes) de tous les épisodes de soins repris dans les groupes de financement C, D et E, divisée par 1440. Une part de marché est calculée par hôpital et par groupe de financement.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 8 septembre 2019 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme M. DE BLOCK]⁷³

[ANNEXE 19 : Dossier patient informatisé intégré – Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC)]

1 – BMUC Fonctionnalités de base

N°	BMUC Fonctionnalités de base
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	Evaluation 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	BeIRAI	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 avec mention explicite qu'aucune allergie n'a été détectée ni déclarée	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence
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 pendant la période de référence pour lesquels au moins un document de la liste ci-dessous est disponible dans les services e-Health	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

		pendant leur période d'hospitalisation ou au maximum 30 jours après la sortie.]^{87*} Liste de documents (types) : - 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	Nombre de services « utilisés » et avec un taux d'utilisation accepté par les autorités dans le domaine eSanté, notamment : - 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	Nombre total de services applicables à un hôpital spécifique

* Entrée en vigueur : 01.07.2025.

		- Implémenter les metadata officielles pour le partage des données - Réception résultats labo en structure FHIR et codés LOINC	
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	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de	Nombre total de patients uniques sortis

		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 types de documents : - 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	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	Nombre total de patients uniques sortis

		référence avec au moins un enregistrement d'une observation	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 prestataires autorisés au cours de la période de référence	Nombre de patients ayant séjourné au seins du (des) service(s) de Soins Intensifs 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 thérapies cognitivo-comportementales	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
8	Planning de thérapie	a.	Nombre de patients avec une thérapie planifiée via le module	Nombre total de patients uniques sortis

			de planification de thérapie intégrée accessible au patient et aux thérapeutes	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	a.	Nombre de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la période de référence avec	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au

	médical et suivi de l'état d'avancement		une demande électronique d'avis médical	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 électronique pour lesquels une analyse automatique des interactions a été réalisée.	Nombre total de patients uniques sortis d'hospitalisation au cours de la 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 isollements	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	BeIRAI	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 du 10 avril 2025 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

F. VANDENBROUCKE]^{85*}

* Entrée en vigueur : 01.07.2024

[ANNEXE 19bis :

...] ⁷⁶

[ANNEXE 19ter :

...] ⁷⁶

[ANNEXE 19quater :

...] ⁷⁶

[ANNEXE 19quinquies :

...]⁷⁶

*Législation applicable en Communauté flamande**

[ANNEXE 20 : Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) pour les services gériatriques isolés, visés à l'article 5, § 1, I, 3° de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, et les services isolés de traitement et de réadaptation, visés à l'article 5, § 1, I, 4°, de ladite loi spéciale, tels que visés à l'article 61/1

1. Pour bénéficier du budget, visé à l'article 61/1, §§ 4 et 5, le dossier patient informatisé (DPI) intégré doit contenir un certain nombre de fonctionnalités « Meaningful Use » détaillées ci-dessous.
2. Sept fonctionnalités de base ont été déterminées. Elles constituent la base d'un DPI intégré sur laquelle d'autres fonctionnalités peuvent être construites.
3. Au plus tard fin 2019, les fonctionnalités de base sélectionnées doivent être mises en oeuvre.
4. Les fonctionnalités de base sélectionnées pour les services gériatriques isolés, visés à l'article 5, § 1, I, 3° de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, et les services isolés de traitement et de réadaptation, visés à l'article 5, § 1, I, 4°, de ladite loi spéciale sont les suivantes :

Fonctionnalité	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
Identification unique et description du patient	80 %	90 %	98 %	98 %
Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du patient et décrit la situation actuelle du patient	20 %	50 %	80 %	98 %
Liste des allergies et intolérances	30 %	60 %	90 %	98 %
Interaction entre médicaments	oui	oui	oui	oui
Lettre électronique de sortie	80 %	90 %	95 %	98 %
Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient	10 %	50 %	80 %	98 %
Communication automatique avec les HUBs et interactions avec eHealth	80 %	90 %	95 %	98 %

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 septembre 2017 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

G. BOURGEOIS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN]⁵⁷

* Art. 7 de l'arrêté du **Gouvernement flamand** du 15 septembre 2017 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux - Entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2016.

ANNEXE 21 : Article 79quater, § 3 : Liste des ETP par hôpital dans le cadre de l'instauration de l'IF-IC

AGREMENT	ETP	AGREMENT	ETP	AGREMENT	ETP	AGREMENT	ETP	AGREMENT	ETP
9	2.818,39	134	335,51	397	530,42	902	599,05	955	420,47
10	2.705,41	140	982,70	403	3.598,90	904	308,41	956	207,50
12	874,14	143	2.876,82	406	2.570,00	905	55,70	959	535,39
15	377,29	146	1.646,39	409	512,20	911	171,18	960	286,86
17	1.250,04	152	2.060,71	410	1.467,80	912	265,51	961	319,00
23	444,34	158	620,98	525	1.004,53	915	128,70	962	225,34
26	1.232,91	166	944,79	528	172,19	916	3,56	963	386,05
32	959,40	170	311,29	534	1.675,50	918	226,41	964	14,21
38	533,49	204	541,06	536	601,56	922	82,74	970	635,38
39	1.234,72	217	745,82	547	311,95	925	203,46	975	409,26
43	1.125,46	243	1.748,32	550	660,69	926	129,28	978	322,61
57	929,48	247	818,02	595	1.547,73	927	55,60	979	64,02
63	1.390,38	257	304,85	682	1.011,40	935	126,21	980	19,74
96	1.108,76	264	507,13	689	1.160,61	937	637,14	982	497,79
97	832,36	265	345,71	706	774,80	938	60,22	986	369,47
99	2.262,44	266	858,06	707	194,23	941	38,67	987	70,20
102	487,50	290	1.812,17	710	1.129,50	942	158,44	988	205,26
104	892,35	300	2.290,60	712	364,95	943	716,65	989	47,00
106	669,47	308	497,15	714	531,61	944	171,68	991	656,98
108	541,99	310	477,46	715	649,86	946	357,48	992	380,19
109	592,48	322	6.424,17	717	440,09	947	298,35	997	39,13
110	1.062,14	332	1.286,04	719	699,10	948	164,61	998	108,25
111	1.267,05	346	440,78	723	1.232,02	949	37,66		
117	2.923,68	392	656,22	724	494,94	950	174,02		
124	456,35	395	501,49	900	340,32	952	391,50		
126	1.992,78	396	2.090,63	901	242,05	954	314,26		

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 28 août 2020 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK^{75*}

* Entrée en vigueur : 01.01.2020.

ANNEXE 22 : Modalités de révision des provisions octroyées aux hôpitaux privés et publics en vertu de l'article 79quater

1. Champ d'application

a) Phase 1

Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 30 juin 2021, chaque hôpital ressortissant à la commission paritaire 330, est financé de manière forfaitaire pour le surcoût résultant de la mise en place progressive du nouveau modèle salarial tel que visé dans la convention collective du 11 décembre 2017 concernant l'introduction d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé.

Si, à la suite d'une fusion entre un hôpital privé et un hôpital public, l'entité fusionnée reste de statut public, la provision octroyée avant fusion à l'hôpital privé est octroyée à l'entité fusionnée et est revue selon les modalités de révision prévues pour les hôpitaux privés.

Sont pris en considération dans le calcul du forfait annuel tel que visé au 3., tous les travailleurs salariés qui prestent dans un centre de frais tel que défini dans l'annexe 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux hormis les centres de frais compris entre 910 et 959.

[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°.]^{85*}

* Entrée en vigueur : 01.01.2018.

Ne sont pas pris en considération dans le calcul du forfait annuel tel que visé au 3., les médecins, le personnel dirigeant visé à l'article 4, 4° de la loi du 4 décembre 2007 relative aux élections sociales et les infirmiers qui, en date du 31 août 2018, remplissent les conditions applicables à cette date leur donnant droit à la prime pour titre professionnel particulier et/ou pour qualification professionnelle particulière, telles que prévues dans l'arrêté royal du 28 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables.

b) Phase 2

A partir du 1^{er} juillet 2021, chaque hôpital, qu'il soit privé ou public, est financé de manière forfaitaire pour le surcoût résultant de la mise en place du nouveau modèle salarial tel que visé dans la convention collective du 31 mars 2021 concernant l'introduction complète d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé : IFIC, en ce qui concerne le secteur privé, et dans les protocoles d'accord du 24 juin 2021, du 5 octobre 2021, du 24 février 2022 et du 2 juin 2022 approuvés en Comité A, en ce qui concerne le secteur public.

Sont pris en considération dans le calcul du forfait annuel tel que visé au 3., tous les travailleurs salariés contractuels et statutaires, y compris le personnel statutaire mis à la disposition de l'hôpital par tout organisme public qui n'est pas un hôpital, qui prestent dans un centre de frais tel que défini dans l'annexe 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux hormis les centres de frais compris entre 910 et 959.

[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°.]^{85*}

Ne sont pas pris en considération dans le calcul du forfait annuel tel que visé au 3. :

- les médecins et le personnel dirigeant tels que visés à l'article 1, § 2 de la convention collective de travail du 31 mars 2021 concernant l'introduction complète d'un nouveau modèle salarial pour les services fédéraux des soins de santé : IFIC, en ce qui concerne le secteur privé, et au point 1 du protocole d'accord 'Partie 1' approuvé en Comité A le 24 juin 2021, en ce qui concerne le secteur public ;
- les ETP infirmiers bénéficiaires de la prime pour titre professionnel particulier et/ou pour qualification professionnelle particulière, telles que prévues dans l'arrêté royal du 8 décembre 2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière, dans certains secteurs fédéraux de la santé, en ce qui concerne les primes pour des titres et qualifications professionnels particuliers et les prestations inconfortables.

2. Calculs du forfait annuel

Un forfait annuel par équivalent temps plein pour chaque fonction IFIC est fixé dans le tableau repris au 5. Les détails du calcul de ces forfaits peuvent être consultés sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Le nombre d'équivalents temps plein par fonction IFIC est fourni annuellement par chaque hôpital au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à sa demande.

3. Détermination du montant de la révision annuelle par hôpital

Pour chaque année de révision, au niveau de chaque hôpital, le nombre d'équivalents temps plein de chaque fonction IFIC est multiplié par le forfait annuel correspondant. Les montants obtenus pour chaque fonction IFIC sont ensuite additionnés et représentent le budget annuel par hôpital.

La mise en œuvre du nouveau modèle salarial IFIC s'effectue par phases.

a) Phase 1

Dans la phase 1, qui débute le 1^{er} janvier 2018 et s'achève le 30 juin 2021 pour les hôpitaux ressortissant à la commission paritaire 330, un financement à hauteur de 18,25 % était défini. Ce pourcentage est appliqué au budget annuel de chaque hôpital susmentionné.

b) Phase 2

À partir de la phase 2, qui débute le 1^{er} juillet 2021, un financement à 100 % est mis en place pour tous les hôpitaux.

* Entrée en vigueur : 01.07.2021

La différence, positive ou négative, entre la provision octroyée annuellement et le budget annuel de chaque hôpital est imputée en sous-partie C2 du budget des moyens financiers de l'hôpital.

4. Prise en compte de l'évolution des fonctions IFIC

Si de nouvelles fonctions IFIC sont créées, elles doivent donner lieu au calcul d'un forfait annuel selon les mêmes modalités de calcul que celles ayant donné lieu aux forfaits annuels repris dans le tableau sous 5.

Toute nouvelle fonction et forfait calculé y correspondant sont intégrés dans ce tableau.

Si des mises à jour de fonctions existantes sont effectuées, le forfait annuel de ces fonctions est également mis à jour, s'il y a lieu.

Dans les cas repris ci-dessus, le forfait est appliqué à partir de l'année au cours de laquelle le cas intervient dans l'hôpital.

5. Forfaits annuels par équivalent temps plein par fonction IFIC

Les forfaits repris ci-dessous représentent le surcoût annuel à 100 % de la mise en œuvre du nouveau modèle salarial IFIC.

Pour certains codes de fonctions IFIC, il est tenu compte du diplôme le plus élevé du travailleur :

- Supérieur ou égal à Bachelier : code de fonction IFIC de 4 chiffres ;
- Inférieur à Bachelier : code de fonction IFIC de 4 chiffres complété de la lettre B.

Code IFIC	Libellé de la fonction	Forfait annuel ^[1] 83
1010	Responsable du Département Administratif et Financier	19.703,73
1020	Chef de Service Administratif	8.195,24
1030	Chef-Adjoint du Service Administratif	6.798,67
1040	Attaché aux Affaires Juridiques	11.762,58
1041	Coordinateur Qualité	3.821,42
1042	Responsable Qualité Centre de Transfusion Sanguine	0,00
1043	Attaché à la Communication	478,88
1050	Chef d'Equipe Administrative	2.366,13
1070	Secrétaire de Direction	9.116,20
1071	Employé Enregistrement Médical	249,83
1072	Collaborateur à la Qualité Centre de Transfusion Sanguine	249,83
1073	Secrétaire de Service ou de Département	3.552,15
1074	Employé Accueil Maison Médicale	1.791,66
1075	Employé Accueil / Réception / Téléphonie	1.039,30
1076	Secrétaire Médical	1.791,66
1077	Employé Admissions	1.214,74
1078	Employé au Service de Permanence	1.214,74
1079	Employé Administratif	556,93
1080	Employé Administratif Archives	6,25
1081	Aide Administrative Secrétariat	1.588,26
1083	Recruteur des Donneurs de Sang	2.366,13
1084	Responsable Gestion des Donneurs	0,00

1085	Employé Administratif Consultation	1.202,00
1220	Chef Comptable	3.821,42
1221	Chef du Service Facturation	8.195,24
1222	Chef du Service Contentieux	8.195,24
1230	Chef-Adjoint Comptable	6.798,67
1231	Chef-Adjoint du Service Facturation	6.798,67
1232	Chef-Adjoint du Service Contentieux	6.798,67
1240	Attaché à la Gestion Budgétaire	3.821,42
1270	Comptable	249,83
1271	Caissier	785,14
1272	Employé Contentieux	3.552,15
1273	Employé Facturation	3.552,15
1274	Employé à la Gestion de l'Argent de Poche	556,93
1290	Aide-Comptable	169,11
1293	Aide à la Facturation	11,00
1420	Chef du Service Informatique	3.861,93
1450	Chef d'équipe PC Support	0,00
1465	Gestionnaire Système	12.707,59
1470	Analyste	0,00
1471	Gestionnaire des Réseaux	2.391,21
1472	Opérateur	0,00
1473	Employé PC Support	0,00
1474	Employé Entretien PC	793,46
1476	Programmeur	252,48
1610	Responsable du Service du Personnel	19.703,73
1620	Chef du Service Développement RH	478,88
1621	Chef du Service Administration du Personnel	478,88
1640	Attaché à la Formation	478,88
1660	Collaborateur Spécialisé Développement RH	2.366,13
1661	Employé Spécialisé Administration du Personnel	2.366,13
1670	Collaborateur Développement RH	249,83
1671	Employé Administration du Personnel	3.552,15
2010	Responsable du Département Hôtelier	21.116,49
2020	Chef du Service Entretien Ménager	1.558,22
2030	Chef-Adjoint du Service Entretien Ménager	6.406,38
2051	Brigadier	1.013,60
2070	Chauffeur Transport des Patients	1.249,60
2071	Coiffeur	3.245,56
2072	Technicien de Surface	1.660,05
2073	Couturier	3.331,57
2074	Préposé Buanderie	2.334,12
2075	Chauffeur	239,61
2210	Responsable du Département Technique	19.796,34
2220	Chef du Service Technique	8.233,76
2221	Conseiller en Prévention - Chef du Service	11.817,87
2230	Conseiller en Prévention - Chef-Adjoint du Service	1.497,84
2240	Attaché à la Gestion des Bâtiments	3.839,38
2250	Chef d'équipe Service Technique	2.377,25
2260	Technicien Spécialisé	5.923,86

2261	Biotechnicien	2.428,84
2270	Technicien	1.614,18
2271	Préposé Polyvalent Entretien Technique	1.614,18
2272	Garde	252,63
2273	Jardinier	6,41
2290	Aide-Technicien	567,92
2291	Préposé Maintenance	2.334,12
2420	Chef du Service Achats	3.821,42
2422	Chef du Service Magasin	3.019,36
2430	Chef-Adjoint du Service Achats	8.195,24
2432	Chef-Adjoint du Service Magasin	6.474,80
2470	Acheteur	6.798,67
2471	Employé Administratif Achats	556,93
2472	Magasinier	2.521,44
2473	Employé Économat	1.944,77
2492	Aide-magasinier	0,00
2620	Chef du Service Alimentation	8.782,84
2621	Chef-cuisine	14.799,24
2671	Cuisinier	4.095,47
2672	Préposé Restaurant/Cafétéria	2.436,89
2690	Aide-cuisinier/Commis	3.478,27
2691	Aide-cuisine	1.702,14
3010	Pharmacien en Chef	4.918,33
3030	Pharmacien en Chef-Adjoint	558,36
3070	Pharmacien Hospitalier	327,17
3071	Magasinier à la Pharmacie	559,55
3072	Assistant Pharmaceutico-Technique	1.214,74
3073	Employé Distribution à la Pharmacie	0,00
3090	Aide en Pharmacie	6,28
3220	Chef-Technologue de Laboratoire Médical	1.585,33
3230	Chef-Adjoint Technologue de Laboratoire Médical	4.737,92
3241	Coordinateur Qualité Laboratoire	483,96
3270	Technologue Laboratoire Médical	2.473,08
3270 B	Technologue Laboratoire Médical	10.161,44
3271	Employé Réception et Distribution d'Échantillons	222,90
3272	Préleveur	256,45
3290	Aide-laborantin	0,00
3420	Chef du Service Médico-technique	1.610,28
3421	Chef Physicien (Radiophysicien en chef à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	4.889,62
3423	Chef du Service Stérilisation	1.585,33
3470	Physicien (Radiophysicien à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	6.555,23
3471	Technologue Imagerie Médicale (Technologue imagerie médicale/Infirmier imagerie médicale à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	2.473,08
3471 B	Technologue Imagerie Médicale (Technologue imagerie médicale/Infirmier imagerie médicale à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	10.161,44
3472	Technicien Service Médico-Technique	1.859,52
3473	Collaborateur en Stérilisation	1.859,52
4020	Chef des Services Paramédicaux	1.585,33
4021	Chef du Service Kinésithérapie	1.585,33

4022	Chef du Service Ergothérapie	1.585,33
4024	Chef du Service Logopédie	1.568,71
4025	Chef du Service Diététique	1.610,28
4026	Chef du Service Animation	2.391,21
4027	Coordinateur des Psychomotriciens	1.585,33
4040	Coordinateur Thérapeutique	3.821,42
4071	Kinésithérapeute	6.870,74
4073	Ergothérapeute	2.391,21
4074	Logopède	2.377,25
4075	Diététicien	2.428,84
4076	Animateur	3,16
4077	Accompagnateur Activités	7.342,85
4078	Animateur dans les Soins Résidentiels aux Personnes Agées	5.770,93
4079	Pédicure	6.758,88
4080	Psychomotricien	2.391,21
4081	Audiologue	2.377,25
4086	Kinésithérapeute Maison Médicale	6.798,67
5020	Chef du Service Psychologie (Chef du service psychologie clinique à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	3.821,42
5022	Chef du Service Accompagnement Spirituel	491,57
5023	Chef du Service Social	8.233,76
5030	Chef-Adjoint du Service Social	4.710,26
5070	Psychologue (Psychologue clinique à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	478,88
5071	Assistant en Psychologie	2.391,21
5072	Accompagnateur Spirituel	6.978,83
5073	Collaborateur au Service Social	2.377,25
5074	Collaborateur au Service Social - Revalidation	2.377,25
5075	Collaborateur au Service Social - Maison Médicale	2.366,13
5076	Collaborateur Service Social dans une Unité / un Centre Psychiatrique	2.428,84
5077	Collaborateur Service Social dans les Soins Résidentiels aux Personnes Agées	2.366,13
5078	Médiateur (Médiateur droits du patient à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	6.798,67
5079	Médiateur Interculturel	2.428,84
5080	Référent Hospitalier	2.377,25
5081	Promoteur à la Santé Maison Médicale	6.798,67
5082	Responsable des Bénévoles	249,83
6010	Infirmier - Chef de Service	11.898,50
6040	Attaché à la Gestion des Soins	483,96
6050	Infirmier Premier Responsable	6.978,83
6050 B	Infirmier Premier Responsable	14.689,54
6071	Aide Logistique dans une unité de soins ou de résidence	1.013,60
6072	Employé Transport Interne des Patients	995,46
6073	Infirmier Chargé Accueil et Encadrement du Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Stagiaire	2.366,13
6073 B	Infirmier Chargé Accueil et Encadrement du Personnel Infirmier Nouveau, Rentrant et Stagiaire	3.499,63
6111	Infirmier en Chef - Coordinateur	13.506,20
6120	Infirmier en Chef en Hôpital	5.354,60

6121	Sage-Femme en Chef	5.452,15
6122	Infirmier en Chef en Hôpital (petite unité)	1.610,28
6124	Responsable du Transport Interne des Patients	2.428,84
6130	Infirmier en Chef-Adjoint en Hôpital	12.249,45
6131	Sage-femme en Chef-Adjoint	12.560,02
6161	Infirmier Référence Discipline	15.576,91
6161 B	Infirmier Référence Discipline	24.037,27
6162	Infirmier-Hygiéniste	3.861,93
6163	Infirmier Chargé d'Études	6.870,74
6163 B	Infirmier Chargé d'Études	14.462,00
6164	Infirmier en Urgences	7.940,85
6164 B	Infirmier en Urgences	16.714,45
6165	Infirmier en Soins Intensifs	7.940,85
6165 B	Infirmier en Soins Intensifs	16.714,45
6166	Infirmier de Référence dans une unité/un service	7.657,34
6166 B	Infirmier de Référence dans une unité/un service	16.117,71
6167	Infirmier SMUR	7.940,85
6167 B	Infirmier SMUR	16.714,45
6168	Infirmier au Bloc Opératoire	7.105,97
6168 B	Infirmier au Bloc Opératoire	14.957,14
6169	Infirmier en Soins Néonataux Intensifs	7.940,85
6169 B	Infirmier en Soins Néonataux Intensifs	16.714,45
6170	Infirmier en Hôpital	2.664,98
6170 B	Infirmier en Hôpital	3.941,63
6171	Sage-Femme	7.787,20
6172	Aide-Soignant Hôpital	1.968,03
6173	Ambulancier	4.304,12
6174	Coordinateur Transplantation	7.105,97
6174 B	Coordinateur Transplantation	14.957,14
6175	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète	2.428,84
6175 B	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète	3.592,37
6176	Sage-Femme Post-Partum	2.710,17
6177	Infirmier en Consultation	2.428,84
6177 B	Infirmier en Consultation	3.592,37
6178	Puériculteur	1.941,40
6179	Employé à la Morgue	1.013,60
6180	Infirmier en Salle de Plâtres	2.391,21
6180 B	Infirmier en Salle de Plâtres	3.536,73
6181	Infirmier Oncologie Hôpital de Jour	2.391,21
6181 B	Infirmier Oncologie Hôpital de Jour	3.536,73
6182	Infirmier dans un Service Oncologique	2.710,17
6182 B	Infirmier dans un Service Oncologique	4.008,48
6183	Infirmier en Hémodialyse	2.473,08
6183 B	Infirmier en Hémodialyse	3.657,81
6184	Infirmier en Soins Palliatifs	2.710,17
6184 B	Infirmier en Soins Palliatifs	4.008,48
6185	Infirmier en Gériatrique	2.710,17
6185 B	Infirmier en Gériatrique	4.008,48
6186	Infirmier Pédiatrie	2.710,17

6186 B	Infirmier Pédiatrie	4.008,48
6187	Infirmier mid-care (à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	[8.262,07 ²] ⁸³
6187 B	Infirmier mid-care (à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	17.390,04 ²
6188	Infirmier en salle de réveil (à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	2.573,28 ²
6188 B	Infirmier en salle de réveil (à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	3.805,99 ²
6220	Infirmier en Chef dans une Unité/un Centre Psychiatrique	5.354,60
6221	Coordinateur Habitations Protégées	20.235,66
6230	Infirmier en Chef-Adjoint dans une Unité/un Centre Psychiatrique	12.560,02
6270	Infirmier dans une Unité/un Centre Psychiatrique	2.664,98
6270 B	Infirmier dans une Unité/un Centre Psychiatrique	3.941,63
6271	Accompagnateur Habitations Protégées	2.366,13
6272	Aide-Soignant dans une Unité/un Centre Psychiatrique	2.040,31
6273	Educateur / Accompagnateur dans une Unité/un Centre Psychiatrique	2.570,57
6273 B	Educateur / Accompagnateur dans une Unité/un Centre Psychiatrique	3.802,00
6274	Infirmier/éducateur/collaborateur équipe mobile en soins psychiatriques (à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	2.772,95 ²
6274 B	Infirmier/éducateur/collaborateur équipe mobile en soins psychiatriques (à partir du 1 ^{er} juillet 2021)	4.101,31 ²
6320	Infirmier en Chef Soins Résidentiels Personnes Agées	5.216,37
6330	Infirmier en Chef-Adjoint Soins Résidentiels Personnes Agées	11.719,72
6370	Infirmier Soins Résidentiels Personnes Agées	2.366,13
6370 B	Infirmier Soins Résidentiels Personnes Agées	3.499,63
6371	Accompagnateur CANTOU	6.758,88
6372	Aide-Soignant Soins Résidentiels Personnes Agées	1.811,51
6420	Infirmier en Chef Soins à Domicile	11.566,84
6430	Infirmier en Chef-Adjoint Soins à Domicile	12.195,91
6460	Infirmier Référence Discipline Soins Infirmiers à Domicile	6.798,67
6460 B	Infirmier Référence Discipline Soins Infirmiers à Domicile	14.310,31
6461	Infirmier Psychiatrique à Domicile	2.664,97
6461 B	Infirmier Psychiatrique à Domicile	3.941,63
6462	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète Soins à Domicile	2.428,83
6462 B	Infirmier Expert en Auto-gestion du Diabète Soins à Domicile	3.592,37
6470	Infirmier Soins à Domicile	2.366,13
6470 B	Infirmier Soins à Domicile	3.499,63
6472	Aide-Soignant Soins à Domicile	1.811,51
6610	Coordinateur Général Maison Médicale	323,74
6620	Coordinateur des Soins Maison Médicale	3.821,42
6670	Infirmier Maison Médicale	2.366,13
6670 B	Infirmier Maison Médicale	3.499,63
6672	Aide-Soignant Maison Médicale	6.758,88
6720	Infirmier en Chef - Centre de Transfusion Sanguine	5.216,37
6730	Infirmier en Chef-Adjoint Centre de Transfusion Sanguine	11.719,72
6750	Infirmier Chef d'Equipe Centre de Transfusion Sanguine	2.366,13
6750 B	Infirmier Chef d'Equipe Centre de Transfusion Sanguine	3.499,63
6770	Infirmier Centre de Transfusion Sanguine	2.366,13
6770 B	Infirmier Centre de Transfusion Sanguine	3.499,63
6771	Assistant 'Prise de Sang'	1.811,51

[¹ Les montants sont liés à l'indice pivot 103.04 (base 2013 = 100) du 1^{er} juin 2017.]⁸³

[² Montants liés à l'indice pivot 107.20 (base 2013 = 100) du 1^{er} mars 2020.]⁸³

Dans le cas de fonctions manquantes, telles que mentionnées dans la convention collective de travail du 31 mars 2021 concernant les procédures et mesures de transition barémiques d'application dans le cadre de l'entretien périodique de la classification sectorielle de fonctions, en ce qui concerne le secteur privé, et dans le protocole d'accord 'Partie 1' du 24 juin 2021, en ce qui concerne le secteur public, le forfait annuel à 100 % par fonction IFIC manquante pour un travail à temps plein est fixé par catégorie de fonction IFIC dans le tableau ci-dessous.

Fonction manquante	Catégorie IFIC	Forfait annuel par ETP à 100 %
9999	cat 4	1.500
9999	cat 5	1.500
9999	cat 6	1.500
9999	cat 7	1.500
9999	cat 8	1.500
9999	cat 9	1.500
9999	cat 10	1.500
9999	cat 11	1.500
9999	cat 12	4.000
9999	cat 13	4.000
9999	cat 14	4.000
9999	cat 14 B	4.000
9999	cat 15	4.000
9999	cat 16	8.000
9999	cat 17	8.000
9999	cat 18	8.000
9999	cat 19	8.000
9999	cat 20	8.000

Les montants sont liés à l'indice pivot 103.04 (base 2013 = 100) du 1^{er} juin 2017.]^{81*}

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 28 août 2020 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, M. DE BLOCK]⁷⁵

* Entrée en vigueur : 01.07.2021

ANNEXE 23 : Article 74undecies : nombre d'ETP par hôpital

Hôpitaux privés		Hôpitaux privés		Hôpitaux privés		Hôpitaux privés		Hôpitaux privés	
AGR	ETP	AGR	ETP	AGR	ETP	AGR	ETP	AGR	ETP
009	3.863,06	126	1.966,96	395	487,59	900	328,05	950	170,17
010	2.708,80	134	323,29	396	2.104,03	901	232,50	952	376,90
012	901,77	140	976,07	397	531,80	902	573,61	954	282,30
015	390,50	143	3.004,83	403	4.207,20	904	311,50	955	413,85
017	1.249,28	146	1.628,03	406	3.256,31	905	50,56	956	199,16
023	432,37	152	2.131,39	409	550,24	911	162,77	959	505,83
026	1.297,03	158	551,17	410	1.437,35	912	261,00	960	284,40
032	930,96	166	949,62	525	988,24	915	121,44	961	312,96
038	566,03	170	304,23	528	166,63	916	7,10	962	207,84
039	1.354,19	204	564,72	534	1.755,89	918	229,19	963	384,92
043	1.152,25	217	751,77	536	567,50	922	80,50	964	19,91
057	934,62	243	2.304,29	547	313,93	925	198,83	970	628,51
063	1.471,24	247	821,92	550	679,45	926	128,16	975	419,81
096	1.173,64	257	307,24	595	1.646,59	927	56,94	978	321,90
097	817,05	264	433,04	682	1.006,75	935	127,42	979	64,46
099	2.208,87	265	317,16	689	1.113,90	937	616,96	980	17,40
102	469,85	266	849,33	706	753,82	938	65,14	982	475,70
104	888,93	290	1.786,71	710	1.092,64	941	39,16	986	363,96
106	658,97	300	2.541,83	712	358,82	942	153,00	987	69,03
108	526,36	308	502,14	714	524,98	943	619,89	988	206,67
109	617,72	310	491,23	715	627,04	944	168,54	989	46,27
110	1.038,88	322	6.885,85	717	446,47	946	376,66	991	638,81
111	1.253,52	332	1.259,04	719	674,88	947	286,97	992	367,39
117	3.423,92	346	435,50	723	1.324,11	948	165,19	997	39,99
124	446,06	392	670,04	724	513,75	949	35,72	998	160,40

Hôpitaux publics			Hôpitaux publics		
AGR	ETP STAT	ETP AUTRES	AGR	ETP STAT	ETP AUTRES
004	112,99	189,45	254	284,75	899,77
006	285,59	877,60	325	151,13	1.098,46
007		540,95	371	53,56	2.261,56
020	568,64	510,47	412	201,09	2.489,56
037	224,84	546,79	670	3622,90	1.306,19
042	410,88	849,39	707	1372,92	3.361,02
049	927,86	2.066,65	709	13,62	637,53
068	337,58	409,78	713	162,27	709,62
076	391,65	1.790,20	716	55,69	541,52
077	452,16	1.805,27	718	293,21	1.725,87

079	110,09	744,27	[722		11,90] ^{78*}
087	207,54	1.333,01	908	130,94	234,12
103	4,80	611,98	909	59,90	320,92
150	117,60	602,84	923	13,65	124,92
164	123,78	577,48	939	163,59	333,15
168	128,11	547,41	951	20,20	390,77
176	200,26	1.018,24	972	206,92	394,06
246	268,93	576,15	974	68,19	734,23
249	58,36	298,68	985	58,28	182,30

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 14 décembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Bruxelles, le 14 décembre 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Fr. VANDENBROUCKE]⁷⁷

* Entrée en vigueur : 25.12.2020.

ANNEXE 24 : Article 74terdecies : les hôpitaux hub

Agrément	Hôpital	Commune
010	Grand Hôpital de Charleroi	GILLY
012	AZ Sint-Blasius	DENDERMONDE
015	Hôpital Saint Nicolas	EUPEN
020	C.H..R. Verviers	VERVIERS
026	AZ Sint-Maarten	MECHELEN
039	CHU UCL Namur	YVOIR
043	Clinique Saint Pierre	OTTIGNIES
049	AZ Sint-Jan Brugge – Oostende	BRUGGE
068	Centre Hospitalier Régional de Huy	HUY
079	Institut Jules Bordet	BRUXELLES
099	GZA Ziekenhuizen	WILRIJK
103	C.H. Régionale Sambre et Meuse	SAMBREVILLE
110	Clinique Saint Jean	BRUXELLES
111	Cliniques de l'Europe	UCCLE
117	AZ Delta	ROESELARE
143	UZ Brussel	JETTE
146	Centre Hospitaliers Jolimont	HAINE-SAINT-PAUL
152	CHC Montlegia	LIÈGE
164	Vivalia IFAC	BASTOGNE
168	Vivalia - CH de l'Ardenne	BASTOGNE
243	Jessa Ziekenhuis	HASSELT
246	Vivalia - Clinique du Sud Luxembourg	BASTOGNE
247	C.H. de Mouscron	MOUSCRON
254	C.H.U. Ambroise Paré	MONS
257	Klinik St. Josef	ST VITH
300	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	EDEGEM
322	Universitaire Ziekenhuizen van de K.U. Leuven	LEUVEN
325	C.H.U. A. Vésale	CHARLEROI
332	C.H.I.R.E.C Delta	AUDERGHEM
346	C.H. Jolimont -Nivelles	HAINE SAINT PAUL
396	AZ Groeninge	KORTRIJK
403	Cliniques Univ. Saint Luc	WOLUWE-SAINT-LAMBERT
406	Hôpital Erasme	ANDERLECHT
412	C.H.R. de la Citadelle	LIÈGE
534	Centre Hospitalier de Wallonie picarde	TOURNAI
670	UZ Gent	GENT
706	Clinique Saint Luc	BOUGE
707	Centre Hospitalier Universitaire de Liège	LIÈGE
713	AZ Jan Palfijn	GENT
715	Sint-Trudo Ziekenhuis	SINT-TRUIDEN]

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 24 avril 2024 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,

Fr. VANDENBROUCKE]⁸⁰