

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

F. 2003 — 2403

[C — 2003/22627]

4 JUNI 2003. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

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

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 97 remplacé par la loi du 14 janvier 2002;

Vu l'arrêté du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, modifié par les arrêtés royaux des 22 octobre 2002, 11 novembre 2002 et 29 janvier 2003;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section financement, donné le 12 décembre 2002;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 27 janvier 2003;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 13 mars 2003;

Vu l'avis 35.152/3 du Conseil d'Etat, donné le 6 mai 2003;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 15 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux sont ajoutés les points 28° et 29° rédigés comme suit :

« 28°. les moyens alloués aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé 'Médecine de reproduction B';

29°. Les moyens alloués pour couvrir forfaitairement les coûts liés à la fonction de médiation dans les hôpitaux aigus et les services Sp isolés. »

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

N. 2003 — 2403

[C — 2003/22627]

4 JUNI 2003. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

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

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 97, vervangen bij de wet van 14 januari 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 oktober 2002, 11 november 2002 en 29 januari 2003;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling financiering, gegeven op 12 december 2002;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 27 januari 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting gegeven op 13 maart 2003;

Gelet op het advies 35.152/3 van de Raad van State, gegeven op 6 mei 2003;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 15 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen in de ziekenhuizen worden de punten 28° en 29° toegevoegd, luidend als volgt :

« 28°. de middelen toegekend aan de ziekenhuizen die beschikken over een erkend zorgprogramma 'Reproductieve Geneeskunde B';

29°. de middelen die worden toegekend voor de forfaitaire dekking van de kosten die voortvloeien uit de bemiddelingsfunctie in de acute ziekenhuizen en de geïsoleerde Sp-diensten. »

**Art. 9.** L'article 52, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, du même arrêté, est remplacé par la disposition suivante :

« 1<sup>o</sup> l'indemnité contient, sur base annuelle :

a) une indemnité de base par association fixée à 1.634,79 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour le secteur privé et à 1.616,30 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour le secteur public;

b) un montant de 32.695,78 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour le secteur privé et 32.325,00 EUR (index 1<sup>er</sup> janvier 2002) pour le secteur public par 300.000 habitants desservis par l'association. »

**Art. 10.** Dans l'article 76 du même arrêté l'alinéa commençant par "A = représente la différence de budget..." est complété comme suit :

« la partie de la différence de budget, transféré au 1<sup>er</sup> juillet 2002, correspondant aux points supplémentaires pour les services C, D et E est transférée vers la sous-partie B2. »

**Art. 11.** Dans le même arrêté, dans le Chapitre VI, Section II, Sous-section 9, sont insérés les articles 76bis et 76ter rédigés comme suit :

« Art. 76bis. Aux hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé de "médecine de la reproduction B", il est alloué un montant forfaitaire de 1.182 EUR par cycle répondant aux conditions suivantes :

1<sup>o</sup> l'âge de la femme pour lequel le cycle est accompli est de 42 ans au maximum;

2<sup>o</sup> cette disposition s'applique pour un maximum de 6 cycles par femme visé au 1<sup>o</sup>.

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<sup>er</sup> 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 Etablissements 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.

**Art. 76ter.** Aux hôpitaux aigus et aux services Sp isolés disposant d'une fonction de médiation, il est accordé un montant fixé comme suit :

- pour les hôpitaux aigus de moins de 250 lits, il est accordé un forfait de 16.670,84 EUR;

- aux hôpitaux aigus de 250 lits et plus, il est accordé un forfait de 21.070,95 EUR;

- aux services Sp isolés de moins de 100 lits, il est accordé un forfait de 4.214,19 EUR;

- aux services Sp isolés de 100 à 400 lits, il est accordé un forfait de 8.428,38 EUR;

- aux services Sp isolés de plus de 400 lits, il est accordé un forfait de 10.535,47 EUR;

**Art. 9.** Artikel 52, § 1, 1<sup>o</sup>, van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 1<sup>o</sup> de vergoeding omvat op jaarbasis :

a) een basisvergoeding per samenwerkingsverband van 1.634,79 EUR (index 1 januari 2002) voor de private sector en 1.616,30 EUR (index 1 januari 2002) voor de openbare sector;

b) een bedrag van 32.695,78 EUR (index 1 januari 2002) voor de private sector en 32.325,00 EUR (index 1 januari 2002) voor de openbare sector per 300.000 inwoners die door het samenwerkingsverband worden bediend. »

**Art. 10.** In artikel 76 van hetzelfde besluit wordt het lid beginnend met de woorden "A = het budget verschil..." aangevuld als volgt :

« Het deel van het verschil van het budget, overgebracht op 1 juli 2002, overeenstemmend met de bijkomende punten voor de diensten C, D en E wordt overgebracht naar het onderdeel B2. »

**Art. 11.** In hetzelfde besluit, in Hoofdstuk VI, Afdeling II, Onderafdeling 9, worden een artikel 76bis en een artikel 76ter ingevoegd, luidend als volgt :

« Art. 76bis. Aan de ziekenhuizen met een erkend zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde B' wordt een forfaitair bedrag van 1.182 EUR toegekend per cyclus waarbij voldaan wordt aan de volgende voorwaarden :

1<sup>o</sup> de leeftijd van de vrouw waarvoor de cyclus wordt verricht is maximaal 42 jaar;

2<sup>o</sup> deze bepaling is van toepassing voor een maximum van 6 cycli per vrouw bedoeld in 1<sup>o</sup>.

Met «cyclus» wordt het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen.

Om voor de in dit artikel bedoelde financiering in aanmerking te komen, moet het zorgprogramma voor alle patiënten de voorwaarden naleven, bedoeld in bijlage 15 van dit besluit.

Deze financiering dekt op forfaitaire wijze de laboratoriumkosten van de reproductieve geneeskunde, met name personeel, apparatuur, materiaal en indirecte kosten.

Dat omvat de kosten verbonden aan de laboratoriumprocedure, met inbegrip van het opzoeken van kiemcellen met het oog op inseminatie, de bevruchting door middel van IVF/ICSI, de kweek van de verkregen embryo's en de morfologische evaluatie ervan alsmede de cryobewaring (invriezing, opslag, ontdoing) van de embryo's.

Het aantal cycli per ziekenhuis dat beantwoordt aan de voorwaarden van eerste lid, wordt meegedeeld door het College van geneesheren voor het zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde', zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen aan het Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het is verboden aan de Centra voor reproductieve geneeskunde van de in het tweede lid bedoelde kosten aan de patiënt te factureren voor cycli die voldoen aan de in dit artikel bedoelde voorwaarden.

Bij het begin van elk dienstjaar wordt een voorlopig bedrag toegekend op basis van de gegevens van het laatst gekende dienstjaar. Dit bedrag wordt herzien op basis van de gegevens van het betrokken dienstjaar.

De regelen inzake toezicht op de naleving van het maximum aantal pogingen, worden door Ons bepaald.

**Art. 76ter.** De acute ziekenhuizen en de geïsoleerde Sp-diensten met een ombudsfunctie krijgen een bedrag toegekend, dat als volgt wordt vastgesteld :

- voor de acute ziekenhuizen met minder dan 250 bedden : een forfaitair bedrag van 16.670,84 EUR;

- voor de acute ziekenhuizen met 250 bedden en meer : een forfaitair bedrag van 21.070,95 EUR;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met minder van 100 bedden : een forfaitair bedrag van 4.214,19 EUR;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met 100 tot 400 bedden : een forfaitair bedrag van 8.428,38 EUR;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met meer dan 400 bedden : een forfaitair bedrag van 10.535,47 EUR;

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.

Pour conserver le bénéfice de ce financement, les hôpitaux doivent transmettre, pour le 1<sup>er</sup> mai de chaque année, à la Direction générale de l'Organisation des établissements de soins, un rapport annuel reprenant au moins les éléments suivants :

- le nombre de plaintes;
- l'objet de ces plaintes;
- la suite réservée à ces plaintes;
- les difficultés rencontrées dans l'exercice de la mission;
- les recommandations du médiateur. »

Voor het vaststellen van het aantal bedden gelden de volgende regels :

- voor de acute ziekenhuizen met een Sp-dienst worden enkel de acute bedden in aanmerking genomen;

- voor de geïsoleerde Sp-diensten met G-bedden en palliatieve Sp-bedden wordt het aantal bedden van die twee diensten bijgeteld bij het aantal Sp-bedden.

Om die financiering te blijven genieten moeten de ziekenhuizen, tegen 1 mei van elk jaar, het Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen een jaarverslag bezorgen dat minstens de volgende punten bevat :

- het aantal klachten;
- het voorwerp van die klachten;
- het gevolg dat aan die klachten is gegeven;
- de moeilijkheden bij het uitvoeren van de opdracht;
- de aanbevelingen van de ombudsman. »