

Investitionen können berücksichtigt werden, wenn sie den Zielen des Zuschusses entsprechen, jedoch nur für den Betrag der Wertminderung des Materials.

Darlehenszinsen können nicht berücksichtigt werden.

**Art. 7** - Werden ungerechtfertigte Nichtverfügbarkeiten festgestellt und wird ordnungsgemäß darauf hingewiesen, wird der in Artikel 2 erwähnte Zuschuss auf der Grundlage der gemäß Artikel 6 § 3 berechneten Anzahl Tage der Nichtverfügbarkeit angepasst. Ungerechtfertigte Nichtverfügbarkeiten sind solche, die nicht auf den Unterhalt oder die Reparatur eines oder mehrerer Krankenwagen des Ambulanzdienstes zurückzuführen sind.

**Art. 8** - Der Königliche Erlass vom 4. September 2014 zur Festlegung der Modalitäten und Bedingungen für die in Artikel 3ter des Gesetzes vom 8. Juli 1964 über die dringende medizinische Hilfe erwähnte Gewährung eines Zuschusses wird aufgehoben.

**Art. 9** - Vorliegender Erlass tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

**Art. 10** - Der für die Volksgesundheit zuständige Minister ist mit der Ausführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.

Brüssel, den 6. Dezember 2018

PHILIPPE

Von Königs wegen:

Die Ministerin der Volksgesundheit

M. DE BLOCK

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

[C - 2021/21967]

26 SEPTEMBRE 2021. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le projet d'arrêté royal que j'ai l'honneur de soumettre à la signature de votre Majesté tend à compléter l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 (ci-après : AR IFFE) et d'y apporter différentes adaptations techniques. Les principaux ajouts concernent :

- Une extension temporelle jusqu'au second semestre 2020 de certaines interventions (les interventions liées à la diminution des activités habituelles et aux activités supplémentaires des prestataires de soins). Une date de fin est également prévue pour les forfaits surcoûts et le forfait de disponibilité, à savoir le 30 septembre 2021 ;

- Une extension matérielle des interventions en prévoyant une intervention pour toute l'année 2020 au profit des hôpitaux, en tenant compte des pertes de recettes relatives aux parts personnelles des patients et des patients non affiliés à un organisme assureur. Pour les prestataires de soins de santé indépendants financés par des honoraires, un montant forfaitaire d'implication est prévu pour la période pendant laquelle les hôpitaux étaient en phase 2B du Plan 'Surge Capacity'. En outre, le présent arrêté prévoit l'octroi d'une prime d'encouragement aux médecins spécialistes en formation (MSF) et médecins généralistes en formation (MGF) en stage dans un hôpital, par analogie avec celle octroyée au personnel hospitalier inscrit sur le payroll d'un hôpital, telle que prévue à l'article 74undecies de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Enfin, l'intervention pour les MSF est divisée en trois parties : la garantie de la rémunération de base, une prime brute mensuelle de 250 euros et la répartition d'une enveloppe au niveau hospitalier. Ces deux dernières parties s'appliquent également au MGF en stage hospitalier ;

- Un certain nombre de mesures de contrôle sont rendus plus explicites ou, en ce qui concerne les extensions au second semestre, plus fermement établis.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

[C - 2021/21967]

26 SEPTEMBER 2021. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het ontwerp van koninklijk besluit dat ik de eer heb aan Uwe Majesteit ter ondertekening voor te leggen, strekt ertoe het koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de COVID-19 epidemie aan te vullen (hierna: KB UFFT) en hier verschillende technische aanpassingen op aan te brengen. De voornaamste aanvullingen hebben betrekking op:

- Een temporele uitbreiding naar het tweede semester 2020 van bepaalde tegemoetkomingen (tegemeetkomingen met betrekking tot de dalende reguliere activiteit en de bijkomende activiteiten van zorgverleners). Tevens wordt er voorzien in een einddatum voor de meerkostenforfaits en het beschikbaarheidsforfait, namelijk 30 september 2021;

- Een materiële uitbreiding van de tegemoetkomingen door voor 2020 in een tegemoetkoming te voorzien ten voordele van de ziekenhuizen waarbij rekening gehouden wordt met de gemiste inkomsten uit persoonlijke aandelen van patiënten en vanwege patiënten die niet via een verzekeringsinstelling zijn aangesloten. Voor de zelfstandige zorgverleners gefinancierd door honoraria wordt er in een betrokkenheidsforfait voorzien voor de periode waarin de ziekenhuizen zich in fase 2B van het 'Surge Capacity' Plan bevond. Bovendien voorziet het voorliggende besluit in de toekenning van de aanmoedigingspremie aan de artsen-specialisten in opleiding (ASO) en de huisartsen-in-opleiding (HAIO) in ziekenhuisstage, overeenkomstig aan de premie voor het ziekenhuispersoneel zoals voorzien in artikel 74undecies van het Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Tot slot wordt de tegemoetkoming voor de ASO in drie onderdelen opgesplitst: de garantie voor de basisvergoeding, een maandelijke bruto premie van 250 EUR en de verdeling van een ziekenhuisbrede enveloppe. Deze laatste twee zijn ook van toepassing op de HAIO in ziekenhuisstage;

- Er worden een aantal controlemaatregelen geëxpliciteerd, of, met betrekking tot uitbreidingen naar het tweede semester, sterker verankerd.

Les articles 1 et 9 prévoient une intervention pour les mois d'octobre à décembre 2020 pour les prestataires de soins indépendants financés par des honoraires qui, de leur propre initiative ou à la demande du médecin-chef, ont exercé d'autres activités au sein de l'hôpital en raison de l'intensification demandée par le Comité 'Hospital & Transport Surge Capacity' au cours de cette période. Le but de ce financement est d'octroyer un montant financier calculé proportionnellement à l'engagement manifesté.

L'article 2 décrit les frais de personnel dont la couverture financière est prise en compte dans le cadre du présent arrêté.

L'article 3 contient quelques modifications techniques et définit une date limite d'octroi des indemnités forfaitaires au 30 septembre 2021.

L'article 4 contient des corrections techniques et une extension des interventions:

- une intervention forfaitaire est prévue pour couvrir la perte de recettes relative à la facturation des parts personnelles des patients. Dans la logique de l'Assurance maladie, elles constituent une partie de la compensation pour les frais de fonctionnement des hôpitaux ;

- une intervention est prévue pour couvrir la perte de recettes relative aux soins aux patients non affiliés à un organisme assureur ;

- les interventions prévues sont prolongées jusqu'à la fin du second semestre de 2020. S'il s'avère que certains MSF et MGF à charge de l'hôpital n'ont pas été payés, ces montants peuvent être déduits de la garantie sur les prélèvements du semestre suivant.

L'article 5 précise dans quels postes de décomptes les interventions sont incluses.

Diverses extensions et clarifications sont incluses dans l'article 6 :

- certaines interventions sont élargies aux MGF qui étaient en stage hospitalier pendant les périodes prises en considération ;

- la notion de "médecins-spécialistes" est remplacée par les "prestataires de soins financés par des honoraires" comme l'intervention devrait bénéficier à tous les prestataires de soins financés par des honoraires qui étaient impliqués dans l'activité. car il n'y a pas que des médecins spécialistes qui sont concernés ;

- la référence à l'intervention qui garantit les prélèvements est corrigée ;

- L'intervention prévue à l'article 6, § 3, e) de l'AR IFFE est étendue, affinée et divisée en trois parties :

- La première partie concerne encore la rémunération de base du MSF. Il est précisé ici qu'il s'agit du MSF à charge d'un médecin indépendant, afin d'éviter un double financement. En effet, certains MSF sont payés via les prélèvements sur les honoraires, pour lesquels il y a déjà une intervention prévue à l'article 4, § 3, de l'AR IFFE, et d'autres MSF sont payés par un tiers pour leur rémunération de base (la Défense, institution académique ou scientifique, financement via une subvention). L'objectif de cette intervention est de garantir la rémunération de base en premier lieu. S'il existe un solde résiduel, il doit être utilisé pour satisfaire aux autres obligations contractuelles relatives au MSF ou MGF, dans la mesure où elles sont à charge d'un médecin indépendant. Il s'agit en particulier de "frais variables". En effet, la "garantie" ne vise en aucun cas à limiter la rémunération du MSF à la rémunération de base (en effet, la rémunération brute totale de 5 000 euros par mois incluse dans la formule de calcul couvre à la fois le coût brut de la rémunération de base et les coûts variables). L'article 10 de l'arrêté modifie l'article 8 de l'AR IFFE pour préciser qu'une autre utilisation est possible, pour autant qu'elle réponde aux conditions prévues par l'AR IFFE et à condition que les MSF et les MGF aient obtenu leurs rémunérations contractuellement légitimes. Cette clarification vise à consacrer plus clairement le principe d'une "garantie" et à éviter que cette intervention soit utilisée pour réduire la "charge habituelle" sur les honoraires, sans qu'il y ait une relation proportionnelle avec l'impact sur les revenus des honoraires dû à l'épidémie COVID-19 ;

- la deuxième partie doit permettre de fournir à chaque MSF et MGF travaillant à l'hôpital une prime brute de 250 euros par mois. C'est l'hôpital avec lequel le MSF ou le MGF a une convention de formation qui effectue le paiement et reçoit le montant dans le décompte. S'ils ont travaillé dans plusieurs hôpitaux, le paiement est effectué sur base d'un commun accord entre les hôpitaux concernés afin que le MSF ne reçoive qu'une seule fois le montant brut par mois. Ceci est vérifié par le biais du système de reporting et repris comme tel dans les décomptes.

Artikel 1 en 9 voorzien een tegemoetkoming voor de maanden oktober tot en met december 2020 voor de zelfstandige zorgverleners gefinancierd door honoraria die op eigen initiatief of op vraag van de hoofddarts andere activiteiten binnen het ziekenhuis hebben uitgevoerd ten gevolge van de door het Comité 'Hospital & Transport Surge Capacity' gevraagde opschalingen in deze periode. Het opzet van deze financiering is om een bedrag toe te kennen in verhouding met de getoonde inzet.

Artikel 2 beschrijft welk personeelskosten gedekt worden met tegemoetkomingen in het kader van het KB UFFT.

Artikel 3 bevat enkele technische aanpassingen en legt een einddatum vast voor de forfaitaire vergoedingen op 30 september 2021.

Artikel 4 bevat technische correcties en in een uitbreiding van de tegemoetkomingen:

- er wordt een forfaitaire tegemoetkoming voorzien voor de gemiste inkomsten van ziekenhuizen uit facturaties ten laste van de patiënt op basis van de tariefreglementering van de Ziekteverzekering. Deze vormen in de logica van de Ziekteverzekering immers deel van de vergoeding voor de werkingskosten van de ziekenhuizen;

- er wordt een tussenkomst voorzien om de gemiste opbrengsten te dekken voor zorg aan patiënten die niet bij een verzekeringsinstelling zijn aangesloten;

- de voorziene tegemoetkomingen worden verlengd naar het tweede semester 2020. Indien blijkt dat bepaalde ASO en HAIO die ten laste zijn van het ziekenhuis, niet uitbetaald werden, kunnen deze bedragen afgehouden worden van de garantie op de afdrachten van het daaropvolgende semester.

Artikel 5 verduidelijkt in welke afrekeningsposten de tegemoetkomingen worden opgenomen.

In artikel 6 worden verschillende uitbreidingen en verduidelijkingen opgenomen:

- Bepaalde tegemoetkomingen worden uitgebreid naar de HAIO die in ziekenhuisstage waren tijdens de periodes die in aanmerking komen;

- De term 'artsen-specialisten' wordt vervangen door 'zorgverleners gefinancierd door honoraria' gezien de tegemoetkoming ten goede van alle zorgverleners gefinancierd door honoraria die bij de activiteit betrokken waren. .

- De verwijzing naar de tegemoetkoming die de afdrachten garandeert wordt gecorrigeerd;

- De tegemoetkoming opgenomen in artikel 6, § 3, e) van het KB UFFT wordt uitgebreid, verwijfd en in drie onderdelen opgesplitst :

- Het eerste onderdeel heeft nog steeds betrekking op basisvergoeding voor de ASO. Hier wordt verduidelijkt dat het gaat om de ASO die ten laste is van een zelfstandige arts, om te vermijden dat er sprake zou zijn van een dubbele financiering. Sommige ASO worden immers betaald via de afdrachten op de honoraria, waarin reeds wordt tegemoetgekomen in artikel 4, § 3, van het KB UFFT, en andere ASO zijn voor hun basisvergoeding ten laste van een derde partij (Defensie, academische of wetenschappelijke instelling, gefinancierd via een beurs). Het doel van deze tegemoetkoming is in eerste instantie de basisvergoeding garanderen. Indien er nog een restsaldo blijft, dient dit te worden aangewend om aan de andere contractuele verplichtingen te voldoen ten aanzien van ASO en HAIO, in zoverre deze ten laste zijn van een zelfstandig arts. Het betreft hier met name de zogenaamde 'variabele vergoedingen'. De 'garantie' beoogt immers geenszins de vergoeding van de ASO te beperken tot de basisvergoeding (de totale bruto vergoeding per maand van 5.000 EUR opgenomen in de berekeningsformule dekt immers zowel de bruto kost van de basisvergoeding als van de variabele kosten). In artikel 10 van het besluit wordt artikel 8 van het KB UFFT gewijzigd om te verduidelijken dat een andere aanwending mogelijk is, in zoverre dit beantwoordt aan de vereisten opgenomen in het besluit en op voorwaarde dat de ASO en HAIO hun contractueel rechtmatige vergoedingen verkregen hebben. Deze verduidelijking beoogt aldus het principe van een 'garantie' duidelijker te verankeren en te vermijden dat deze tegemoetkoming wordt aangewend om de 'gewoonlijke lasten' op het honorarium te verlichten, zonder dat er sprake is van een evenredige impact op de honoraria-inkomsten door de COVID-19-epidemie;

- het tweede deel moet toelaten om aan iedere ASO en HAIO werkzaam in het ziekenhuis een bruto premie van 250 euro bruto per maand te voorzien. Indien zij werkzaam waren in meerdere ziekenhuizen, gebeurt de uitbetaling in onderlinge afspraak tussen deze ziekenhuizen om te verzekeren dat deze ASO slechts éénmaal het brutobedrag krijgt uitbetaald per maand. Dit wordt aan de hand van het systeem van rapportering nagegaan en op deze wijze in de afrekeningen opgenomen.

— Une troisième composante consiste en une enveloppe au niveau de l'hôpital qui peut être utilisée, si nécessaire, pour financer une partie de la rémunération variable des MSF et des facturations supplémentaires des MGF. Outre cette utilisation, qui doit être limitée à ce qui est nécessaire, le but de cette intervention est de pouvoir compenser les MSF et MGF qui ont fait un effort supplémentaire en augmentant leur rémunération variable pour les MSF, ou par une allocation supplémentaire pour les MGF. Si l'hôpital avait déjà décidé d'accorder des montants supplémentaires dans le cadre de COVID-19, le surplus par rapport au salaire habituel peut être compensé dans l'enveloppe. Le solde de cette enveloppe doit toujours être utilisé au profit des MSF et MGF travaillant à l'hôpital pendant le mois en question, soit sous forme d'une allocation spécifique pour un MSF ou MGF en reconnaissance d'un effort particulier, soit en augmentant la prime brute mensuelle de tous les MSF et MGF.

- Les interventions de l'article 6, a) à e), de l'AR IFFE sont prolongées au second semestre 2020.

— cette prolongation est subordonnée au respect des conditions fixées pour les interventions visées au point e). Ceci afin d'éviter d'octroyer des montants qui ne soient pas utilisés aux fins prévues ;

— avec la même idée sous-jacente, l'extension des allocations sous (a) à (d) prend en compte les montants du semestre précédent qui ont été versés manifestement en violation des principes de répartition inclus dans l'arrêté en les déduisant du décompte du semestre suivant ;

— une prime d'encouragement exceptionnelle est prévue pour les MSF et les MGF à l'hôpital, par analogie avec celle qui a été octroyée au personnel hospitalier.

L'article 7 adapte l'intitulé du chapitre 5 de l'AR IFFE pour y inclure le forfait d'implication.

L'article 8 clarifie les dispositions de l'article 7 de l'AR IFFE et prévoit une limitation dans le temps en ajoutant une date de fin.

A l'article 9 de l'arrêté, une nouvelle intervention est prévue, à savoir un "forfait d'implication". Il sera accordé pour les mois d'octobre à décembre 2020 en fonction du nombre de lits réservés pendant la phase 2B. Cette "enveloppe" est destinée à accorder un montant aux prestataires de soins indépendants financés par les honoraires dans l'hôpital qui, volontairement ou sur ordre du médecin-chef, se sont vus confier des tâches autres que celles qu'ils effectuent habituellement.

L'article 10 apporte un certain nombre de clarifications et d'ajustements, comme :

- l'octroi des interventions aux prestataires de soins indépendants financés par des honoraires tient compte du nombre d'ETP des prestataires de soins indépendants par rapport au nombre total d'ETP des prestataires de soins financés par des honoraires. Il s'agit simplement d'une clarification de ce que l'on entend par la référence à la "part" et de la relation avec le "le pourcentage de temps de travail" demandé ;

- pour l'octroi à l'hôpital de la garantie des honoraires de permanence au niveau 2019, il est tenu compte de la proportion d'ETP de médecins indépendants par rapport aux ETP de l'ensemble des médecins. Cet ajustement tient compte du fait que ces honoraires ne peuvent être facturés que par les médecins. Cela constitue un élargissement de l'intervention. Toutefois, le montant accordé n'est pas réservé à la répartition par le Conseil médical ou aux médecins indépendants. Ce montant, comme les autres montants pour les prestataires indépendants, est d'abord réparti entre le Conseil médical et l'organe "ad hoc" pour les autres prestataires de soins indépendants financés par des honoraires, c'est-à-dire entre les médecins indépendants et les autres indépendants financés par des honoraires. En effet, il ne s'agit pas d'une garantie de revenu, mais d'une intervention au profit des médecins et autres prestataires de soins financés par des honoraires qui ont assuré des permanences pendant la période COVID-19 considérée ;

- une méthode de répartition est prévue pour les budgets des prestataires de soins indépendants financés par des honoraires, à savoir entre les médecins indépendants et les autres prestataires de soins de santé indépendants financés par des honoraires. Comme les budgets des prestataires de soins salariés financés par des honoraires se retrouvent au niveau d'un seul organe de décision, à savoir l'hôpital, aucune répartition explicite n'est prévue pour ce groupe.

- Il est précisé que les calculs des interventions pour les MSF et les MGF sont également basés sur des listes fournies par l'hôpital.

- Les options de répartition aux prestataires de soins sont définies plus clairement.

— Een derde onderdeel bestaat uit een enveloppe op ziekenhuisniveau waarmee, zo nodig, een aandeel van de variabele vergoedingen van de ASO en de extra-facturatie van de HAIO gefinancierd kunnen worden. Naast deze aanwending, die beperkt dient te blijven tot het nodige, is het opzet van deze tegemoetkoming om de ASO en HAIO die zich extra hebben ingezet te kunnen vergoeden via een verhoging van hun variabele vergoeding wat de ASO betreft, of een bijkomende tegemoetkoming, wat de HAIO betreft. Indien er in het ziekenhuis reeds beslist was om in het kader van COVID-19 extra bedragen toe te kennen, dan mag het surplus ten aanzien van de gewoontelijke vergoedingen verreken worden op de enveloppe. Een saldo op deze enveloppe dient steeds te worden aangewend ten behoeve van de ASO en HAIO die tijdens de betrokken maand werkzaam waren in het ziekenhuis: hetzij in de vorm van een specifieke vergoeding voor een ASO of HAIO ter erkenning van een bijzondere inzet, hetzij door het verhogen van de maandelijkse bruto premie van alle ASO en HAIO.

- De tegemoetkomingen in artikel 6, a) t.e.m. e) van het KB UFFT worden verlengd naar het tweede semester 2020.

— deze verlenging wordt wat betreft de tegemoetkomingen onder e) afhankelijk gemaakt van het respecteren van de gestelde voorwaarden. Dit om te vermijden dat er bedragen worden toegekend die niet voor het beoogde doeleinde worden aangewend.

— vanuit hetzelfde achterliggende idee, wordt bij de verlenging van de tegemoetkomingen onder a) tot d) rekening gehouden met bedragen van het voorgaande semester die kennelijk in strijd met de in het besluit opgenomen verdelingsprincipes werden uitbetaald door deze in mindering te brengen van de afrekening van het daaropvolgende semester.

— er wordt een uitzonderlijke aanmoedigingspremie voorzien voor de ASO en HAIO in het ziekenhuis, naar analogie van deze voor het ziekenhuispersoneel.

Artikel 7 past het opschrift van hoofdstuk 5 van het KB UFFT aan om hierin ook het betrokkenheidsforfait te includeren.

Artikel 8 worden de bepalingen van artikel 7 van het KB UFFT duidelijker geformuleerd en wordt er een begrenzing in de tijd voorzien door een einddatum toe te voegen.

In artikel 9 van het besluit wordt er in een nieuwe tegemoetkoming voorzien, namelijk een 'betrokkenheidsforfait'. Dit wordt toegekend voor de maanden oktober tot en met december 2020 op basis van het aantal gereserveerde bedden in fase 2B. Deze 'enveloppe' is bedoeld om een bedrag toe te kennen aan zelfstandige zorgverleners gefinancierd door honoraria in het ziekenhuis die vrijwillig of in opdracht van de hoofdarts belast werden met andere taken dan de taken die ze gewoonlijk uitvoeren.

In artikel 10 van het wijzigingsbesluit worden er een aantal verduidelijkingen en aanpassingen voorzien:

- de toekenning van tegemoetkomingen aan zelfstandige zorgverleners gefinancierd door honoraria houdt rekening met het aantal VTE van de zelfstandige zorgverleners ten aanzien van het totale aantal VTE van zorgverleners gefinancierd door honoraria. Dit betreft slechts een verduidelijking van wat er bedoeld werd met de verwijzing naar 'aandeel' en de relatie met het opgevraagde 'tewerkstellingspercentage' ;

- voor de toekenning aan het ziekenhuis van de waarborg van de permanentie-honoraria op het niveau van 2019 wordt er in rekening gehouden met de verhouding VTE zelfstandige artsen t.a.v. de VTE van alle artsen. Deze aanpassing houdt rekening met het gegeven dat deze honoraria uitsluitend door artsen kunnen aangerekend worden. Dit vormt een uitbreiding van de tegemoetkoming. Het toegekende bedrag wordt echter niet voorbehouden aan de verdeling door de medische raad of aan zelfstandige artsen. Dit bedrag wordt zoals andere bedragen voor zelfstandige zorgverleners eerst verdeeld tussen medische raad en het 'ad hoc' orgaan voor andere zelfstandige zorgverleners gefinancierd door honoraria, m.a.w. tussen de zelfstandige artsen en de zelfstandige andere zorgverleners gefinancierd door honoraria. Het gaat immers niet om een inkomenswaarborg, maar om een tegemoetkoming ten voordele van zowel artsen als andere zorgverleners gefinancierd door honoraria die permanenties verzorgden gedurende de betrokken COVID-19 periode;

- er wordt een verdelingswijze voorzien voor de budgetten voor zelfstandige zorgverleners gefinancierd door honoraria, namelijk tussen de zelfstandige artsen en de andere zelfstandige zorgverleners gefinancierd door honoraria. Aangezien de budgetten voor gesalarieerde zorgverleners gefinancierd door honoraria bij één beslissingsorgaan terecht komen, namelijk het ziekenhuis, wordt voor deze groep geen expliciete opsplitsing voorzien.

- Er wordt verduidelijkt dat de berekeningen van de tegemoetkomingen voor de ASO en HAIO eveneens vertrekken van lijsten aangeleverd door het ziekenhuis.

- De toekenningsmogelijkheden aan de individuele zorgverleners worden duidelijker gedefinieerd.

- Une possibilité explicite de révision des interventions pour les MSF et les MGF est insérée sur la base du paiement effectif.

L'article 11 de l'arrêté modificatif modifie l'article 9 comme suit :

- une compensation entre semestres est rendue possible si un hôpital ayant un solde provisoire négatif ou des soldes provisoires négatifs de semestres précédents, a un solde provisoire positif pour un semestre donné. Ceci afin d'éviter des paiements supplémentaires à la charge de l'assurance maladie, alors qu'il reste des montants à recouvrer. Au moment du décompte final, toutes les dernières informations sont prises en compte ;

- la disposition relative au chômage temporaire est modifiée afin de refléter plus fidèlement le coût réel du travailleur mis en chômage temporaire qui est pris en considération.

L'article 12 modifie l'article 10 de l'AR IFFE en précisant, en ce qui concerne les deux premières conditions, qu'il ne peut pas y avoir d'intention de répercuter sur le patient les coûts liés à la crise du COVID-19. Ce n'est pas le cas si une augmentation des frais ou des cotisations est le résultat de décisions d'investissement établies de longue date, où l'épidémie COVID-19 n'affecte pas l'origine des fonds et où une augmentation aurait eu lieu même sans la crise COVID-19. Ces conditions relatives à l'augmentation des suppléments d'honoraires ou des prélèvements restent applicables tant qu'il y a des interventions.

L'article 13 insère un nouvel article 10/1 dans lequel il est précisé que le contrôle habituel par les gestionnaires du SPF SPSCAE et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI reste applicable. Étant donné qu'il s'agit de montants de l'assurance maladie, les montants peuvent être récupérés selon la procédure prévue par la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'article 14 prévoit une entrée en vigueur le 12 novembre 2020, conformément à l'entrée en vigueur de l'AR IFFE modifié par le présent arrêté.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,  
de Votre Majesté,  
le très respectueux  
et très fidèle serviteur,

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

**26 SEPTEMBRE 2021. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19**

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la Constitution, l'article 108 ;

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, les articles 92, 101, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, 105, § 1<sup>er</sup> et 127 ;

Vu l'arrêté royal n° 10 du 19 avril 2020 permettant l'octroi, les modalités de répartition et de liquidation d'une avance aux hôpitaux généraux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, l'article 3/1, inséré par l'arrêté royal n° 35 du 24 juin 2020, confirmé par la loi du 24 décembre 2020 ;

Vu l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 ;

Vu l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, donné le 12 novembre 2020 ;

Vu l'article 8 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative, le présent arrêté est dispensé d'analyse d'impact de la réglementation, vu l'urgence motivée par la nécessité de donner aux hôpitaux dans les meilleurs délais une image claire de leurs droits aux avances et aux éventuels moyens supplémentaires, pour les années 2020 et 2021 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 23 août 2021 ;

- Er wordt een expliciete mogelijkheid voor herziening van de tegemoetkomingen voor de ASO en HAIO ingeschreven op basis van de werkelijke uitbetaling.

Artikel 11 van het wijzigingsbesluit past als volgt aangepast:

- Er wordt een schuldvergelijking mogelijk gemaakt tussen semesters indien een ziekenhuis dat voor een gegeven semester een positief voorlopig saldo heeft, een negatief voorlopig saldo of negatieve voorlopige saldi heeft uit vorige semesters. Dit om te vermijden dat er bijstortingen gebeuren ten laste van de ziekteverzekering, terwijl er nog bedragen teruggevorderd dienen te worden. Op het moment van de definitieve afrekening wordt er rekening gehouden met alle laatst mogelijke informatie;

- de bepaling inzake de tijdelijke werkloosheid wordt aangepast om correcter de werkelijke kostprijs te benaderen van de betrokken werknemer die op tijdelijke werkloosheid werd gezet.

Artikel 12 past artikel 10 van het KB UFFT aan door inzake de eerste twee voorwaarden te verduidelijken dat er geen oogmerk mag zijn om de kosten gelieerd aan de COVID-19 crisis door te schuiven naar de patiënt. Dit is niet het geval indien een verhoging van ereloonsupplementen of afdrachten het gevolg is van reeds lang vaststaande investeringsbeslissingen, waarbij de COVID-19 epidemie geen invloed heeft op de herkomst van de middelen en er ook zonder de COVID-19 crisis sprake geweest zou zijn van een verhoging. Deze voorwaarden met betrekking tot de verhogingen van ereloonsupplementen of afdrachten blijven van toepassing zolang er sprake is van tegemoetkomingen.

Artikel 13 van het besluit voegt een nieuw artikel 10/1 toe aan het KB UFFT waarin geëxpliciteerd wordt dat de gewoonlijke controle door de dossierbeheerders van de FOD VVVL en de Dienst geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV van toepassing blijft. Gezien het om bedragen van de Ziekteverzekering gaat, kunnen bedragen teruggevorderd worden volgens de procedure voorzien in de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 14 van het besluit voorziet een inwerkingtreding op 12 november 2020, overeenkomstig de inwerkingtreding van het KB UFFT dat door het voorliggend besluit gewijzigd wordt.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,  
van Uwe Majesteit,  
de zeer eerbiedige  
en zeer getrouwe dienaar,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

**26 SEPTEMBER 2021. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie**

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de Grondwet, artikel 108;

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikelen 92, 101, eerste lid, 2<sup>o</sup>, 105, § 1 en 127;

Gelet op het koninklijk besluit nr. 10 van 19 april 2020 voor de toekenning van en de regels voor de verdeling en vereffening van een voorschot aan de algemene ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, artikel 3/1, ingevoegd bij het koninklijk besluit nr. 35 van 24 juni 2020, bekrachtigd bij de wet van 24 december 2020;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie;

Gelet op het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 12 november 2020;

Gelet op het artikel 8 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging, is dit besluit vrijgesteld van een regelgevingsimpactanalyse gezien de hoogdringendheid gemotiveerd door de noodzaak de ziekenhuizen zo snel mogelijk een duidelijk beeld te geven met betrekking tot hun rechten voor de jaren 2020 en 2021 op de voorschotten en eventueel bijkomende middelen;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 23 augustus 2021;

Vu l'accord de la Secrétaire d'État au Budget, donné le 7 septembre 2021 ;

Vu la Décision de la Commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ;

Vu les lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, l'article 3, § 1<sup>er</sup> ;

Vu l'urgence ;

Considérant que dans le cadre de la sécurité juridique les hôpitaux doivent obtenir dans les meilleurs délais une image claire de leurs droits aux avances et aux éventuels moyens supplémentaires, pour les années 2020 et 2021 ;

Considérant que les hôpitaux ont besoin de certitude quant à leur situation financière pour pouvoir suivre l'évolution de la demande de soins réguliers dans leur offre de soins et leur organisation ; que, à cette fin, ils doivent pouvoir dégager et utiliser leurs ressources propres ou obtenir des fonds auprès d'investisseurs ou de banques pour compléter les fonds publics ;

Considérant que les mesures de soutien COVID-19 pour divers autres secteurs expirent le 30 septembre 2021 ;

Considérant que la crise COVID-19 se stabilise et que nous nous dirigeons vers une situation où il devient normal que des patients COVID-19 soient admis dans les hôpitaux sans que cela n'affecte l'ensemble de l'organisation de ces hôpitaux ;

Considérant qu'il est donc nécessaire que les interventions au secteur hospitalier expirent également au 30 septembre 2021 dans un contexte d'égalité de traitement, d'autant plus que ces interventions ne correspondent plus à des coûts proportionnels ;

Considérant qu'il existe une grande incertitude sur le terrain quant aux modalités précises de répartition des moyens attribués et que les présentes modifications apportent plus de clarté à cet égard ;

Considérant que les MSF et les MGF changent de stage ou terminent leur formation et que les hôpitaux doivent pouvoir leur transférer dans les meilleurs délais les interventions auxquelles ils ont droit, ainsi qu'à tout autre prestataire de soins quittant l'hôpital ;

Considérant que les hôpitaux subissent des pertes de revenus provenant d'une source autre que celle de l'assurance maladie, à savoir celle relative à la part personnelle du patient et celle relative aux patients non affiliés à un organisme assureur, tels que visés dans la loi de 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ; que, dans la logique de l'assurance maladie obligatoire ces revenus constituent un complément fonctionnel à la compensation des frais de fonctionnement des hôpitaux et sont nécessaires pour assurer la continuité de la capacité de soins ;

Considérant que durant la période de juillet à septembre 2020, la reprise normale des activités hospitalières est restée encore limitée par le maintien des mesures d'hygiène et par la poursuite des mesures de réservation de la capacité hospitalière en vue de faire face à un éventuel rebond de l'épidémie ; qu'à partir d'octobre 2020, il y a eu une forte résurgence de l'épidémie et qu'une intensification de capacité COVID-19 a été réalisée dans le cadre du Surge Capacity Plan sur base des différentes phases prévues par le Comité 'Hospital & transport surge capacity', ce qui a de nouveau contraint les hôpitaux et les prestataires de soins hospitaliers à se recentrer sur la prise en charge des soins aux patients COVID-19 et à se limiter par ailleurs aux patients nécessitant des soins non reportables et urgents ; qu'une nouvelle vague a également eu lieu à partir de mi-mars 2021 ;

Considérant que cette crise sanitaire exerce une pression énorme sur les prestataires de soins qui poursuivent sans relâche leurs efforts et qui continuent à s'adapter aux besoins qui se présentent ; que, par l'arrêté royal 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, une prime d'encouragement exceptionnelle est prévue pour les travailleurs et statutaires repris sur le payroll de l'hôpital, ainsi que pour le personnel intérimaire et le personnel mis à disposition d'un hôpital par une administration provinciale ou locale ou par une autre entité ; et que, le présent arrêté prévoit des mesures de soutien équitable aux médecins spécialistes en formation (MSF) et aux médecins généralistes en formation (MGF) à l'hôpital et aux prestataires de soins indépendants qui restent impliqués dans les soins hospitaliers, mais qui subissent une modification profonde de leurs tâches en raison du contexte actuel ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 7 september 2021 ;

Gelet op het Besluit van de Commissie van 20 december 2011 betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen ;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, artikel 3, § 1 ;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid ;

Overwegende dat in het kader van de rechtszekerheid de ziekenhuizen zo snel mogelijk een duidelijk beeld dienen te krijgen met betrekking tot hun rechten voor de jaren 2020 en 2021 op de voorschotten en eventueel bijkomende middelen ;

Overwegende dat de ziekenhuizen zekerheid nodig hebben over hun financiële toestand om met hun zorgaanbod en organisatie opnieuw de evoluties in de reguliere zorgvragen te kunnen bijhouden ; dat ze hiervoor immers moeten kunnen overgaan tot het vrijmaken en aanwenden van eigen middelen of tot het ter beschikking krijgen van fondsen vanwege investeerders of banken ter aanvulling van de publieke middelen ;

Overwegende dat de COVID-19 steunmaatregelen voor verschillende andere sectoren aflopen op 30 september 2021 ;

Overwegende dat de COVID-19 crisis stabiliseert en we evolueren naar een toestand waarbij het een normale toestand wordt dat er COVID-19 patiënten in ziekenhuizen zijn opgenomen, zonder dat dit nog de gehele organisatie van die ziekenhuizen zal beïnvloeden ;

Overwegende dat het daarom noodzakelijk is dat de tegemoetkoming voor de ziekenhuissector ook op 30 september 2021 aflopen in een context van gelijke behandeling, temeer deze tegemoetkomingen niet langer corresponderen met evenredige kosten ;

Overwegende dat er veel onduidelijkheid bestaat op het terrein over de precieze verdelingsmodaliteiten van de toegekende middelen en de voorliggende wijzigingen hierin meer duidelijkheid verschaffen ;

Overwegende dat de ASO's en HAIO's van stageplaats veranderen of hun opleiding finaliseren en de ziekenhuizen hen zo snel mogelijk de tegemoetkomingen moeten kunnen overmaken waar zij aanspraak op hebben ; evenals aan eventuele andere zorgverleners die het ziekenhuis verlaten ;

Overwegende dat de ziekenhuizen bepaalde opbrengsten met een andere bron dan de Ziekteverzekering derven, namelijk deze gelieerd aan het persoonlijk aandeel van de patiënt en deze met betrekking tot patiënten die niet zijn aangesloten bij een verzekeringsinstelling, zoals bedoeld in de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ; dat deze inkomsten vanuit de logica van de Verplichte Ziekteverzekering een functioneel complement vormen in de compensatie van de werkingskosten van de ziekenhuizen en nodig zijn om continuïteit in de zorgcapaciteit te verzekeren ;

Overwegende dat gedurende de periode van juli tot september 2020, de hervatting van de normale ziekenhuisactiviteit nog beperkt bleef omwille van de aangehouden sanitaire maatregelen en de voortgezette maatregelen om ziekenhuiscapaciteit beschikbaar te houden om een eventuele heropleving van de epidemie te kunnen opvangen ; dat er vanaf oktober 2020 sprake was van een sterke heropleving van de epidemie en dat een opschaling van de COVID-19 capaciteit werd uitgevoerd in het kader van het Surge Capacity Plan op basis van de verschillende fases voorzien door het 'Hospital & transport surge capacity' Comité waardoor de ziekenhuizen en ziekenhuiszorgverleners zich opnieuw moesten toespitsen op zorg aan COVID-19 patiënten en zich voor het overige moesten beperken tot patiënten die niet-uitstelbare en dringende zorg behoeften ; dat er zich ook vanaf midden maart 2021 een nieuwe golf voordeed ;

Overwegende dat deze gezondheids crisis een enorme druk meebrengt voor de zorgverleners die zich onverminderd blijven inzetten en zich steeds opnieuw schikken naar de noden die zich aandienen ; dat bij het koninklijk besluit van 14 december 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen er een uitzonderlijke aanmoedigingspremie voorzien wordt voor werknemers en statutairen op de payroll van een ziekenhuis, alsook aan elk interim personeelslid en aan personeel dat door een provinciale of plaatselijke overheidsdienst of door een andere entiteit aan een ziekenhuis ter beschikking gesteld is ; en dat middels dit voorliggend besluit maatregelen worden getroffen om ook in een billijke ondersteuning te voorzien van de arts-specialisten in opleiding (ASO) en de huisartsen-in-opleiding (HAIO) in het ziekenhuis en van de zelfstandige zorgverleners die betrokken blijven in de ziekenhuiszorg, maar een grondige wijziging in hun taakbedeling ondergaan ten gevolge van de huidige context ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 1<sup>er</sup>, alinéa unique, de l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, le 4<sup>o</sup> est remplacé par ce qui suit :

« 4<sup>o</sup> De l'impact de la réservation obligatoire d'un pourcentage de la capacité des lits hospitaliers pour les soins COVID-19 sur l'activité des prestataires de soins financés par des honoraires, soit par obligation de rester disponible pour cette capacité réservée en raison de leur engagement dans les soins COVID-19, soit en effectuant au niveau de l'hôpital des tâches différentes que celles habituelles en raison de cette réorganisation de la capacité de soins. ».

**Art. 2.** Dans l'article 2, § 2 du même arrêté, le *b*), est remplacé par ce qui suit :

« *b*) les frais de personnel supplémentaires, notamment le personnel supplémentaire travaillant dans un centre de frais entre 020 et 899, tel que prévu dans l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, en plus du personnel régulier, et à l'exception du personnel soignant repris dans les normes des services hospitaliers et du personnel de soutien financé par le Fonds Blouses blanches, créé en exécution de la loi du 9 décembre 2019 ; sont également admissibles à l'indemnité d'autres frais de personnel supplémentaires liés, par exemple, à des prestations supplémentaires et à des services de garde en plus des prestations et services réguliers ; ».

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

1<sup>o</sup> le paragraphe 1<sup>er</sup> est remplacé par ce qui suit :

« § 1<sup>er</sup>. L'intervention forfaitaire, visée à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, pour les frais admis à l'article 2, § 2, est fixée comme suit :

*a*) pour la préparation de l'hôpital au COVID-19, il est accordé une seule fois :

- aux hôpitaux généraux : un montant par lit COVID-19 préparé en vue des soins COVID-19. Le nombre de lits COVID-19 retenu pour chaque hôpital est le nombre total fixé par arrêté ministériel ;

- aux hôpitaux psychiatriques : un montant fixe par ETP payé à charge d'un centre de frais entre 020 et 899 ; le nombre d'ETP payés provient des données FINHOSTA relatives à l'année 2018 ;

*b*) pour les soins aux patients COVID-19, il est accordé jusqu'au 30 septembre 2021 :

- un montant par journée d'hospitalisation d'un patient COVID-19. Ce montant diffère selon qu'il s'agisse de journée d'hospitalisation en unité de soins non intensifs ou en unité de soins intensifs. En ce qui concerne le montant par journée d'hospitalisation en unité de soins non intensifs, une distinction supplémentaire est faite entre les hôpitaux généraux et psychiatriques. Pour le montant par journée d'hospitalisation en unité de soins intensifs, une distinction supplémentaire est faite entre les patients sans assistance respiratoire, les patients avec assistance respiratoire et les patients avec oxygénation extra-corporelle par membrane (ECMO) ;

- un montant par patient pour les patients COVID-19 et les patients suspectés COVID-19 vus aux urgences, tels que définis par Sciensano ;

*c*) pour les soins aux patients non-COVID-19, il est accordé pour les mois au cours desquels des mesures de protection supplémentaires dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 sont d'application, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2021 : un forfait couvrant les frais supplémentaires occasionnés dans les services non-COVID-19. Ce forfait est calculé en fonction du nombre d'ETP payés à charge d'un centre de frais entre 020 et 899 et. Ce forfait peut différer entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. » ;

2<sup>o</sup> le paragraphe 3 est remplacé par ce qui suit :

« § 3. Les montants ainsi octroyés constituent le poste 1 des décomptes provisoires prévus à l'article 9 pour le semestre auquel ils se rapportent. ».

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 1, enige lid, van het koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, wordt de bepaling onder 4<sup>o</sup> vervangen als volgt:

“4<sup>o</sup> De impact van de verplichte reservatie van een percentage van de capaciteit aan ziekenhuisbedden voor COVID-19 zorg op de activiteit van de zorgverleners die worden gefinancierd door honoraria, ofwel doordat ze verplicht beschikbaar dienen te blijven voor deze gereserveerde capaciteit wegens hun inzetbaarheid voor COVID-19 zorg, ofwel doordat ze ten gevolge van deze reorganisatie van de zorgcapaciteit andere taken uitvoeren op ziekenhuisniveau dan gewoonlijk.”.

**Art. 2.** In artikel 2, § 2 van hetzelfde besluit, wordt de bepaling onder *b*) vervangen als volgt:

“*b*) bijkomende personeelskosten, met name bijkomend personeel ingezet binnen een kostenplaats tussen 020 en 899 zoals voorzien in het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen, bovenop het reguliere personeel, en met uitzondering van zowel het in de normen van de ziekenhuisdiensten opgenomen zorgpersoneel als het ondersteunend personeel dat gefinancierd wordt door het Zorgpersoneelfonds, opgericht ter uitvoering van de wet van 9 december 2019; daarnaast komen ook andere bijkomende personeelskosten in aanmerking voor de tegemoetkoming, die bijvoorbeeld gerelateerd zijn aan meerprestaties en wachtdiensten, bovenop de reguliere prestaties en dienstverlening;”.

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

1<sup>o</sup> paragraaf 1 wordt vervangen als volgt:

“§ 1. De forfaitaire tegemoetkoming, beoogd in artikel 2, § 1, voor de kosten die in artikel 2, § 2, in aanmerking worden genomen, wordt als volgt vastgelegd:

*a*) voor het COVID-19-klaar maken van het ziekenhuis wordt éénmalig toegekend:

- aan de algemene ziekenhuizen: een bedrag per COVID-19-bed dat werd klaargemaakt voor COVID-19-zorg. Het aantal COVID-19 bedden dat in aanmerking komt voor elk ziekenhuis is het totaal aan COVID-19 bedden zoals vastgelegd in een ministerieel besluit;

- aan de psychiatrische ziekenhuizen: een vast bedrag per betaalde VTE ten laste van een kostenplaats tussen 020 en 899; het aantal betaalde VTE wordt vastgelegd is afkomstig van de FINHOSTA-gegevens voor het jaar 2018;

*b*) voor de zorg aan COVID-19-patiënten wordt toegekend tot en met 30 september 2021:

- een bedrag per verpleegdag voor een COVID-19-patiënt. Dit bedrag verschilt naargelang het gaat om verpleegdag op een niet-intensieve eenheid en op een intensieve eenheid. Bij het bedrag per verpleegdag op een niet-intensieve eenheid wordt er een bijkomend onderscheid gemaakt tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Bij het bedrag per verpleegdag op een intensieve eenheid wordt een bijkomend onderscheid gemaakt tussen patiënten zonder ademhalingsondersteuning, met ademhalingsondersteuning en extracorporele membraanoxygenatie (ECMO) -patiënten;

- een bedrag per patiënt voor de COVID-19- en COVID-19-suspect-patiënten die op de spoedgevallen werden gezien, zoals gedefinieerd door Sciensano;

*c*) voor de zorg aan niet-COVID-19-patiënten wordt toegekend voor de maanden waarin aanvullende beschermingsmaatregelen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie van toepassing zijn en uiterlijk tot en met 30 september 2021: een forfait dat de meerkosten op niet-COVID-19-diensten dekt. Dit forfait wordt berekend op basis van het aantal betaalde VTE's ten laste van een kostenplaats tussen 020 en 899. Dit forfait kan verschillen tussen algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen.”;

2<sup>o</sup> paragraaf 3 wordt vervangen als volgt:

“§ 3. De aldus toegekende bedragen vormen post 1 van de voorlopige afrekeningen voorzien in artikel 9, van het semester waar ze betrekking op hebben.”.

**Art. 4.** Dans l'article 4 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit :

« § 2. Les interventions forfaitaires, visées au paragraphe 1<sup>er</sup>, sont fixées comme suit :

1° Le budget des moyens financiers des hôpitaux, notifié au 1<sup>er</sup> janvier 2020 et d'application pour la période du premier semestre 2020, est garanti à 100 % tant pour les patients affiliés à un organisme assureur que pour les patients non affiliés à un organisme assureur, par le calcul d'une intervention égale au montant fixé après déduction des facturations pour le premier semestre 2020 de la partie variable. Si ce montant est inférieur à zéro, l'intervention est mise à zéro ;

2° Le budget des conventions INAMI est garanti, y compris l'intervention personnelle du patient, par type de convention, par une intervention calculée sur la base des montants qui s'appliquent à chaque type de convention pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 tenant compte de l'activité au cours de la même période de référence de l'année 2019, telle qu'elle apparaît dans les 'Documents FH' 2019 de l'INAMI. L'intervention est octroyée déduction faite de la facturation des prestations effectuées pendant la période de mars, avril, mai et juin 2020, dans la mesure où il reste un montant positif. Les honoraires, éventuellement intégrés dans ces conventions INAMI, ne font pas partie de la garantie octroyée ;

3° Le budget, pour chaque type de forfait d'hospitalisation de jour, est garanti par une intervention calculée sur la base des montants de qui s'appliquent à chaque type de forfait pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, mais déterminée en fonction de l'activité au cours de la même période de référence de l'année 2019, telle qu'elle apparaît dans les 'Documents FH' 2019 de l'INAMI. L'intervention est octroyée après déduction de la facturation pour les prestations effectuées durant la période de mars, avril, mai et juin 2020, dans la mesure où il reste un montant positif ;

4° Le budget des forfaits médicaments est garanti par une intervention calculée sur la base du budget applicable pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 et octroyée après déduction des facturations pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 de ces forfaits, dans la mesure où il reste un montant positif. » ;

2° il est inséré un paragraphe 3/1, rédigé comme suit :

« § 3/1. Pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, une intervention forfaitaire est octroyée aux hôpitaux afin de tenir compte, vu la diminution des activités, de la perte de recettes relatives aux montants qui sont à charge du patient sur base de la réglementation tarifaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cette intervention forfaitaire comprend les éléments suivants :

1° Une intervention pour tenir compte de la diminution des prélèvements sur les interventions personnelles qui font partie des honoraires visés au paragraphe 3. Cette intervention est calculée selon la méthode du paragraphe 3 appliquée à la partie de ces honoraires à charge du patient pour la période concernée ;

2° Une intervention pour la perte relative à l'intervention personnelle forfaitaire pour les médicaments à charge du patient pendant une hospitalisation dans les hôpitaux généraux. Ce montant est garanti, complémentarément à l'intervention prévue au paragraphe 2, alinéa unique, 4°, au montant sur la base de l'activité durant la période de référence 2019 et des montants qui s'appliquent en 2020. Cette intervention est octroyée après déduction des facturations de cette part personnelle pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 ;

3° Une intervention garantissant les revenus liés à la marge de délivrance des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, à un montant qui sera basé sur le volume de leur facturation au cours de la même période de référence dans l'année 2019, tels que repris dans les 'Documents SHA' 2019 de l'INAMI, et de l'indice de 2020 et tenant compte des plafonds fixés. Cette intervention est accordée après déduction des facturations de cette marge de délivrance pour des délivrances réalisées sur la période de mars, avril, mai et juin 2020. » ;

**Art. 4.** In artikel 4 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 2 wordt vervangen als volgt:

“§ 2. De forfaitaire tegemoetkomingen, beoogd in de eerste paragraaf worden als volgt vastgelegd:

1° Het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen betekend op 1 januari 2020 en van toepassing voor de periode van het eerste semester 2020 wordt voor 100 % gegarandeerd zowel voor de patiënten die via een verzekeringsinstelling zijn aangesloten als voor patiënten die niet bij een verzekeringsinstelling zijn aangesloten, door een tegemoetkoming die gelijk is aan het bedrag dat wordt vastgesteld na aftrek van de facturaties voor het eerste semester van 2020 van het variabele gedeelte. Indien dit bedrag kleiner is dan nul, wordt de tegemoetkoming op nul gezet;

2° Het budget van de RIZIV-overeenkomsten wordt gegarandeerd, inclusief het persoonlijk aandeel van de patiënt, per type van overeenkomst, door een tegemoetkoming die berekend wordt op basis van de bedragen die van toepassing zijn voor elk type van overeenkomst voor de periode maart, april, mei en juni 2020, maar die wordt vastgesteld op basis van de activiteit in diezelfde referentieperiode in het jaar 2019, zoals zij in 'Documenten FH' 2019 van het RIZIV is opgenomen. De tegemoetkoming wordt toegekend na aftrek van de facturatie voor de prestaties uitgevoerd in de periode maart, april, mei en juni 2020, in zoverre een positief bedrag resteert. De honoraria die eventueel in die RIZIV-overeenkomsten zijn opgenomen, vallen niet onder de toegekende garantie;

3° Het budget wordt voor elk type forfait voor het dagziekenhuis gegarandeerd door een tegemoetkoming die berekend wordt op basis van de bedragen die van toepassing zijn voor elk type forfait voor de periode maart, april, mei en juni 2020, maar bepaald op basis van de activiteit in diezelfde referentieperiode in het jaar 2019, zoals zij in 'Documenten FH' 2019 van het RIZIV is opgenomen. De tegemoetkoming wordt toegekend na aftrek van de facturatie voor de prestaties uitgevoerd in de periode maart, april, mei en juni 2020, in zoverre een positief bedrag resteert;

4° Het budget van de geneesmiddelenforfaits wordt gegarandeerd door een tegemoetkoming, die berekend wordt op basis van het toepasbare budget voor de periode maart, april, mei en juni 2020 en toegekend wordt na aftrek van de facturaties voor de periode maart, april, mei en juni 2020 van die forfaits, in zoverre een positief bedrag resteert.”;

2° er wordt een paragraaf 3/1 ingevoegd, luidende:

“§ 3/1. Voor de periode maart, april, mei en juni 2020 wordt een forfaitaire tegemoetkoming toegekend aan de ziekenhuizen om, gelet op de verminderde activiteit, rekening te houden met de gederfde inkomsten die betrekking hebben op de bedragen die op basis van de tariefreglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ten laste van de patiënt zijn. Deze forfaitaire tegemoetkoming bestaat uit volgende onderdelen:

1° Een tegemoetkoming om rekening te houden met de verminderde afhouding op de persoonlijke aandelen die deel uitmaken van de honoraria zoals bedoeld in paragraaf 3. Deze tegemoetkoming wordt berekend volgens de methode in paragraaf 3 toegepast op het deel van deze honoraria ten laste van de patiënt voor de betrokken periode;

2° Een tegemoetkoming voor het gedeeltelijk forfaitair persoonlijk aandeel op de geneesmiddelen ten laste van de patiënt tijdens een opname in de algemene ziekenhuizen. Deze inkomsten worden gegarandeerd, als complement op de tegemoetkoming opgenomen in paragraaf 2, enige lid, 4°, aan een bedrag op basis van de activiteit in de referentieperiode 2019 en de bedragen van toepassing in 2020. Deze tegemoetkoming wordt toegekend na aftrek van de facturaties van dit persoonlijk aandeel in de periode maart, april, mei en juni 2020;

3° Een tegemoetkoming waarmee de inkomsten met betrekking tot de afleveringsmarge van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen die terugbetaald worden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de periode maart, april, mei en juni 2020, gewaarborgd worden aan een bedrag op basis van het volume van deze aanrekeningen tijdens dezelfde periode in het jaar 2019, zoals opgenomen in de 'Documenten AZV' 2019 van het RIZIV, en de index van 2020 en rekening houdende met de vastgelegde grensbedragen. Deze tegemoetkoming wordt toegekend na aftrek van de facturaties van deze afleveringsmarge met betrekking tot afleveringen uitgevoerd in de periode maart, april, mei en juni 2020.”;

3° il est inséré un paragraphe 3/2, rédigé comme suit :

« § 3/2. Pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, une intervention forfaitaire est prévue afin de tenir compte, suite à la diminution des activités, de la perte de recettes relatives aux soins aux patients qui ne sont pas affiliés à un organisme assureur (ci-après 'patients non-OA'), et ce conformément aux interventions prévues reprises aux paragraphes 2, alinéa unique, 2° à 4°, 3 et 3/1, étant entendu que :

- pour le calcul de l'intervention pour les patients non-OA conformément aux interventions du paragraphe 2, alinéa unique, 2° et 3°, le montant des recettes garanti pour la même période, tel que visé aux dispositions ci-dessus, au niveau d'activité de la période de référence en 2019, est multiplié par le pourcentage de patients non-OA comme repris dans la collecte de données FINHOSTA 2019 (ci-après : le % non-OA 2019). Ces montants sont octroyés après déduction du produit de la facturation 2020 pour la période concernée, comme prévu dans les dispositions correspondantes, avec le pourcentage de patients non-OA comme repris dans la collecte de données FINHOSTA 2020 (ci-après : le % non-OA 2020) ;

- pour le calcul de l'intervention pour patients non-OA conformément à l'intervention du paragraphe 2, alinéa unique, 4°, le montant 2020 garanti pour la même période, tel que visé dans la disposition précitée, est multiplié par le % non-OA 2020 ;

- pour le calcul de l'intervention pour les patients non-OA conformément aux interventions des paragraphes 3 et 3/1, alinéa unique, 1°, dans le cadre de l'application des étapes du paragraphe 3, le montant 'facturation 2020' relatif à la même période est multiplié par le % non-OA 2020 et le montant 'facturation 2019' relatif à la période de référence 2019 correspondante est multiplié par le % non-OA 2019 ;

- pour le calcul de l'intervention pour patients non-OA conformément aux interventions du paragraphe 3/1, alinéa unique, 2° et 3°, le montant garanti pour la même période sur base de cette disposition est multiplié par le % non-OA 2019. Ces montants sont octroyés après déduction du produit des facturations enregistrées pour la période concernée de l'intervention, visée dans les dispositions correspondantes, avec le % non-OA 2020. » ;

4° le paragraphe 4 est remplacé par ce qui suit :

« § 4. Une intervention est octroyée pour le second semestre 2020, selon les mêmes mécanismes que ceux prévus aux paragraphes 2, 3, 3/1 et 3/2, étant entendu que :

- pour l'application du paragraphe 2, alinéa unique, 1°, sont pris en considération d'une part, le budget des moyens financiers des hôpitaux notifié au 1<sup>er</sup> juillet 2020 et, d'autre part, la facturation du deuxième semestre 2020 ;

- pour l'application du paragraphe 2, alinéa unique, 2° et 3°, les interventions pour les mois du deuxième semestre 2020 sont calculées sur base des montants applicables au cours du deuxième semestre 2020 et sur base de l'activité au cours du deuxième semestre 2019. Pour la réduction des facturations prévue par ces dispositions avant l'octroi de l'intervention il est tenu compte de la facturation des prestations effectuées au cours du second semestre 2020 ;

- pour l'application du paragraphe 2, alinéa unique, 4°, cette intervention est calculée sur base du budget applicable pour la période du deuxième semestre 2020 et les interventions sont octroyées après déduction de la facturation au cours de la période du deuxième semestre 2020 de ces forfaits ;

- pour l'application des paragraphes 3 et 3/1, alinéa unique, 1°, seules les étapes 1 et 3 sont répétées, sur base des mois du deuxième semestre 2020, la comparaison étant effectuée avec le deuxième semestre de l'année de référence 2019 ;

- si la rémunération de base et/ou les rémunérations variables des médecins spécialistes en formation (MSF) ou les rémunérations des médecins généralistes en formation (MGF) travaillant à l'hôpital sont à charge de l'hôpital par le biais des prélèvements sur les honoraires des prestataires de soins, et que l'hôpital n'a pas ou qu'en partie versé ces montants aux MSF ou MGF travaillant dans l'hôpital pendant la période mars à décembre 2020 inclus, tel qu'il ressort du système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, alors le montant de l'intervention prévue au paragraphe 3 pour le second semestre 2020 sera diminué des montants impayés pour ces MSF ou MGF. Par 'rémunération variable', on entend la rémunération de l'opting-out, les services de garde, les permanences et les 'heures inconfortables' ;

3° er wordt een paragraaf 3/2 ingevoegd, luidende:

“§ 3/2. Voor de periode maart, april, mei en juni 2020, wordt een forfaitaire tegemoetkoming voorzien om rekening te houden met de gedeerde inkomsten met betrekking tot de zorg aan patiënten die niet aangesloten zijn bij een verzekeringsinstelling (hierna: 'niet-VI patiënten') als gevolg van de verminderde activiteit, en dit overeenkomstig de voorziene tegemoetkomingen opgenomen in de paragrafen 2, enige lid 2° tot 4°, 3 en 3/1, met dien verstande dat:

- voor de berekening van de tegemoetkoming voor niet-VI patiënten overeenkomstig de tegemoetkomingen in paragraaf 2, enige lid, 2° en 3°, wordt het voor dezelfde periode gegarandeerde bedrag aan inkomsten, zoals bedoeld in voornoemde bepalingen, op het activiteitsniveau van de referentieperiode in 2019, vermenigvuldigd met het percentage niet-VI patiënten zoals dit volgt uit de FINHOSTA-gegevensinzameling 2019 (hierna: het % niet-VI 2019). Deze bedragen worden toegekend na aftrek van het product van de facturatie 2020 voor de betrokken periode, zoals bedoeld in de overeenkomstige bepalingen, met het percentage niet-VI patiënten zoals dit volgt uit de FINHOSTA-gegevensinzameling 2020 (hierna: het % niet-VI 2020);

- voor de berekening van de tegemoetkoming voor niet-VI patiënten overeenkomstig de tegemoetkoming in paragraaf 2, enige lid, 4° wordt het voor dezelfde periode gegarandeerde bedrag 2020, zoals bedoeld in voornoemde bepaling, vermenigvuldigd met het % niet-VI 2020;

- voor de berekening van de tegemoetkoming voor niet-VI patiënten overeenkomstig de tegemoetkomingen in de paragrafen 3 en 3/1, enige lid, 1°, wordt bij de toepassing van de stappen van paragraaf 3, het bedrag 'facturatie 2020' met betrekking tot dezelfde periode vermenigvuldigd met het % niet-VI 2020 en het bedrag 'facturatie 2019' met betrekking tot de overeenkomstige referentieperiode 2019 vermenigvuldigd met het % niet-VI 2019;

- voor de berekening van de tegemoetkoming voor niet-VI patiënten overeenkomstig de tegemoetkomingen in paragraaf 3/1, enige lid, 2° en 3°, wordt het voor dezelfde periode gegarandeerd bedrag op basis van deze bepalingen vermenigvuldigd met het % niet-VI 2019. Deze bedragen worden toegekend na aftrek van het product van de opgenomen facturaties voor betrokken periode van de tegemoetkoming, zoals bedoeld in de overeenkomstige bepalingen, met het % niet-VI 2020.”;

4° paragraaf 4 wordt vervangen als volgt:

“§ 4. Er wordt een tegemoetkoming toegekend voor het tweede semester 2020, volgens dezelfde mechanismen als deze in paragrafen 2, 3, 3/1 en 3/2, met dien verstande dat:

- bij de toepassing van paragraaf 2, enige lid, 1° wordt enerzijds het budget financiële middelen dat betekend werd op 1 juli 2020 en anderzijds de facturatie van het tweede semester 2020 in aanmerking genomen;

- bij de toepassing van paragraaf 2, enige lid, 2° en 3°, worden de tegemoetkomingen voor de maanden van het tweede semester 2020 berekend op basis van de bedragen van toepassing gedurende het tweede semester 2020 en op basis van de activiteit tijdens het tweede semester 2019. Voor de in deze bepalingen voorziene vermindering met facturatie voorafgaand aan de toekenning van de tegemoetkoming, wordt rekening gehouden met de facturatie van de prestaties uitgevoerd tijdens het tweede semester 2020;

- bij de toepassing van paragraaf 2, enige lid, 4°, wordt deze tegemoetkoming berekend op basis van het toepasbare budget voor de periode van het tweede semester 2020 en worden de tegemoetkomingen toegekend na aftrek van de facturatie tijdens de periode van het tweede semester 2020 van die forfaits;

- bij de toepassing van paragrafen 3 en 3/1, enige lid, 1°, worden enkel stap 1 en 3 herhaald, op basis van de maanden in het tweede semester van 2020 waarbij de vergelijking wordt uitgevoerd met het tweede semester van het referentiejaar 2019;

- indien de basisvergoeding en/of variabele vergoedingen van de artsen-specialisten in opleiding (ASO) of vergoedingen van de huisartsen-in-opleiding (HAIO) werkzaam in het ziekenhuis ten laste zijn van het ziekenhuis via de afhoudingen op de honoraria van de zorgverleners, en het ziekenhuis deze bedragen niet of slechts gedeeltelijk heeft uitbetaald aan de ASO of HAIO werkzaam in het ziekenhuis gedurende de periode maart tot en met december 2020 zoals blijkt uit het systeem van rapportering bedoeld in artikel 10, eerste lid, 3°, dan wordt het bedrag van de tegemoetkoming voorzien in paragraaf 3 voor het tweede semester 2020 verminderd met de niet-uitbetaalde bedragen ten behoeve van deze ASO of HAIO. Onder 'variabele vergoeding' dient begrepen te worden de vergoedingen voor de opting-out, de wacht-diensten, de permanenties, en de zogenaamde 'oncomfortabele uren' ;



- pour l'application du paragraphe 3/1, alinéa unique, 2° et 3°, en ce qui concerne le calcul de ces interventions pour le deuxième semestre 2020, les mois correspondants de 2019 sont utilisés comme référence pour l'activité en combinaison avec les montants applicables du deuxième semestre 2020, la facturation de la période à laquelle se rapporte l'intervention étant également déduite. ».

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

1° les paragraphes 1 et 2 sont respectivement complétés par la phrase suivante :

« Le poste contient également les montants calculés de manière analogue en application de l'article 4, § 4. » ;

2° il est ajouté un paragraphe 3 et 4, rédigés comme suit :

« § 3. Le montant ainsi calculé en application de l'article 4, § 3/1 constitue le poste 2.C. des décomptes provisoires fixés à l'article 9. Ce poste contient également les montants calculés de manière analogue en application de l'article 4, § 4.

§ 4. Le montant ainsi calculé en application de l'article 4, § 3/2 constitue le poste 2.D. des décomptes provisoires fixés à l'article 9. Ce poste contient également les montants calculés de manière analogue en application de l'article 4, § 4. ».

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

1° dans le paragraphe 2, le *e*) est remplacé par ce qui suit :

« *e*) La garantie pour les médecins spécialistes en formation (MSF) à l'hôpital du versement de la rémunération de base, et la garantie, tant pour les médecins spécialistes en formation (MSF) que pour les médecins généralistes en formation (MGF) à l'hôpital, d'une rémunération de garde équitable au prorata du nombre de permanences effectuées d'une part, et d'un remboursement de leurs activités et coûts supplémentaires pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, tant dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques, d'autre part. » ;

2° au *g*), les mots « des médecins spécialistes » sont remplacés par les mots « des prestataires de soins » ;

3° dans le paragraphe 3, *c*) et *d*), les mots « par l'article 4, § 4 » sont respectivement remplacés par les mots « par l'article 4, § 3 » ;

4° dans le paragraphe 3, le *e*) est remplacé par ce qui suit :

« *e*) Afin de garantir le paiement de la rémunération de base de tous les MSF dans les hôpitaux, ainsi que le paiement de tous les MSF et MGF dans les hôpitaux pour les services de gardes qu'ils ont assurés et leurs activités et frais supplémentaires, un montant global est alloué pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, divisé en trois parties :

1° La première partie doit permettre de verser la rémunération de base, malgré la diminution des recettes d'honoraires, à tous les MSF qui sont à charge d'un médecin indépendant au sein de l'hôpital pour la totalité de leur rémunération de base et pour qui le coût de la rémunération de base n'est donc pas à charge de l'hôpital par le biais de prélèvements sur les honoraires des prestataires de soins, comme visé à l'article 4, § 3, ou à charge d'un tiers.

Pour le calcul, il est procédé à une comparaison entre la masse nationale des honoraires prestés dans les hôpitaux pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 avec la même période en 2019, en tenant compte de l'indexation, afin de déterminer un pourcentage de diminution des honoraires, appelé P.

Le budget partiel mensuel prévu pour chaque hôpital est calculé comme suit : 5.000 euros \* P \* nombre d'ETP MSF pris en considération sur une base mensuelle qui sont à charge d'un médecin indépendant dans l'hôpital.

À condition que chaque MSF ait effectivement perçu sa rémunération de base, le solde restant est utilisé pour payer d'autres sommes dues aux MSF et MGF en vertu d'obligations contractuelles à charge d'un médecin indépendant, notamment en ce qui concerne les rémunérations variables.

- bij de toepassing van paragraaf 3/1, enige lid, 2° en 3° voor de berekening van deze tegemoetkomingen voor het tweede semester 2020, worden de overeenkomstige maanden uit 2019 als referentie gehanteerd voor de activiteit in combinatie met de van toepassing zijnde bedragen van tijdens het tweede semester 2020, waarbij ook telkens de facturatie uit de periode waarop de tegemoetkoming betrekking heeft in mindering wordt gebracht. ».

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

1° paragrafen 1 en 2 worden respectievelijk aangevuld met de volgende zin:

“Dezelfde post bevat eveneens de overeenkomstig berekende bedragen in toepassing van artikel 4, § 4.”;

2° er worden een paragraaf 3 en 4 toegevoegd, die als volgt luiden:

“§ 3. Het aldus in toepassing van artikel 4, § 3/1 berekende bedrag, vormt de post 2.C. van de voorlopige afrekeningen die zijn vastgesteld in artikel 9. Dezelfde post bevat eveneens de overeenkomstig berekende bedragen in toepassing van artikel 4, § 4.

§ 4. Het aldus in toepassing van artikel 4, § 3/2 berekende bedrag, vormt de post 2.D. van de voorlopige afrekeningen die zijn vastgesteld in artikel 9. Dezelfde post bevat eveneens de overeenkomstig berekende bedragen in toepassing van artikel 4, § 4.”.

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

1° in paragraaf 2, wordt de bepaling onder *e*) vervangen als volgt:

“*e*) De waarborg, voor de artsen-specialisten in opleiding (ASO) in het ziekenhuis, van de betaling van de basisvergoeding, en de waarborg, voor zowel de artsen-specialisten in opleiding (ASO) als de huisartsen-in-opleiding (HAIO) in het ziekenhuis van enerzijds een billijke wachtvergoeding, pro rata het aantal gepresteerde permanenties, en anderzijds van een vergoeding voor hun extra-activiteiten en extrakosten voor de periode maart, april, mei en juni 2020, zowel in de algemene als in de psychiatrische ziekenhuizen.” ;

2° in de bepaling onder *g*) worden de woorden “artsen-specialisten” vervangen door de woorden “zorgverleners”;

3° in paragraaf 3, *c*) en *d*), worden de woorden “op grond van artikel 4, § 4” respectievelijk vervangen door de woorden “op grond van artikel 4, § 3”;

4° in paragraaf 3, wordt de bepaling onder *e*) vervangen als volgt:

“*e*) Om de betaling van de basisvergoeding van alle ASO in de ziekenhuizen te garanderen, alsook de vergoeding van alle ASO en HAIO in de ziekenhuizen voor de wachtdiensten die ze hebben verzorgd en voor hun extra-activiteiten en extrakosten, wordt voor de periode maart, april, mei en juni 2020 een globaal bedrag toegewezen, onderverdeeld in drie delen:

2° Het eerste deel moet toelaten de basisvergoeding, ondanks dalende honorariuminkomsten, uit te betalen aan alle ASO, die voor wat betreft hun volledige basisvergoeding ten laste zijn van een zelfstandige arts in het ziekenhuis en voor wie de kost van de basisvergoeding aldus niet voor rekening is van een ziekenhuis via de afhoudingen op de honoraria van de zorgverleners, zoals bedoeld in artikel 4, § 3 of voor rekening van een derde partij.

Voor de berekening wordt er een vergelijking gemaakt tussen de nationale honorariamassa geïndexerd in de ziekenhuizen in de periode maart, april, mei en juni 2020 en deze in dezelfde periode in 2019, rekening houdende met de indexatie, om het percentage daling in de honoraria, P, vast te stellen.

Het deelbudget per maand wordt voor elk ziekenhuis als volgt berekend: 5000 euro \* P \* aantal VTE ASO beschouwd op maandbasis die ten laste zijn van een zelfstandig arts in het ziekenhuis.

Op voorwaarde dat elke ASO effectief zijn basisvergoeding ontvangt heeft, wordt het restsaldo gebruikt voor de betaling van andere verschuldigde bedragen aan ASO en HAIO in het kader van contractuele verplichtingen ten laste van een zelfstandig arts, met name betreffende de variabele vergoedingen.

Pour le MSF dont la rémunération de base est à charge d'un hôpital, cette première partie est censée contenue dans le montant accordé sur base de l'article 4, § 3.

2° La deuxième partie doit permettre de verser à tous les MSF et MGF travaillant dans les hôpitaux pendant la période de mars, avril, mai et juin 2020, un montant complémentaire de 250 euros bruts mensuels, par personne, et de couvrir les cotisations patronales ONSS sur ce montant, afin de couvrir leurs activités et frais supplémentaires résultant de l'épidémie.

Le budget partiel mensuel est calculé pour chaque hôpital comme suit : 250 euros \* 1,2108 \* nombre total des MSF et MGF considéré sur une base mensuelle, chaque MSF et MGF ne pouvant être inclus que dans le budget partiel d'un seul hôpital. Chaque MSF et MGF concerné reçoit la prime de 250 euros bruts une fois pour le même mois. Si un MSF ou MGF dans le cadre de son plan de stage ou, en ce qui concerne les MSF financés par une institution universitaire ou scientifique, une bourse ou par la Défense, en dehors d'un plan de stage, a travaillé dans plusieurs hôpitaux au cours du même mois, le versement de la prime brute sera confié à un seul hôpital sur base d'un commun accord entre ces hôpitaux.

En ce qui concerne le MSF ou MGF, qui est repris pour un même mois dans les listes de différents hôpitaux, visées à l'article 8, § 6, le budget partiel par hôpital est révisé en fonction du mode de paiement choisi, tel qu'il ressort du système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°. Les budgets partiels des différents hôpitaux dans lesquels le MSF ou MGF a travaillé au cours du même mois et qui ont versé un montant au MSF ou MGF en application de cette disposition, peuvent être ajustés en fonction du nombre d'ETP presté dans chaque hôpital par le même MSF ou MGF, afin d'arriver à une intervention maximale de 250 euros \* 1,2108 par MSF ou MGF individuel à travers des budgets partiels des différents hôpitaux.

3° La troisième partie forme une enveloppe au niveau de l'hôpital afin :

- de pouvoir financer, malgré les circonstances COVID-19, les rémunérations variables des MSF et les facturations supplémentaires des MGF en plus de la rémunération mensuelle fixe déterminée contractuellement, dans la mesure où cela n'est pas possible sur la base des recettes d'honoraires et de la première partie de l'intervention visée au 1°, telle que déclarée sur l'honneur par l'hôpital et le conseil médical dans le cadre du système de reporting prévu à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°. Les rémunérations variables d'un MSF, dont la rémunération de base est à la charge de l'hôpital conformément à la liste visée à l'article 8, § 6, alinéa 1<sup>er</sup>, ne peuvent pas être payées à partir de cette enveloppe si les rémunérations variables font partie des prélèvements, compte tenu de l'intervention prévue à l'article 4, § 3.

- de pouvoir assurer une rémunération adaptée aux circonstances de l'épidémie de COVID-19 pour les MSF et les MGF ayant fourni des efforts supplémentaires dans l'hôpital, au moyen d'une rémunération variable majorée pour ces MSF ou d'une rémunération complémentaire pour ces MGF. Si ces rémunérations variables ont déjà été ajustées au vu des circonstances de l'épidémie de COVID-19, le surplus peut être compensé avec cette enveloppe.

Un solde éventuel de ce budget partiel revient directement aux MSF et MGF travaillant à l'hôpital pendant la période pour laquelle cette intervention est octroyée, en étant utilisé dans un premier temps pour compenser les efforts insuffisamment rémunérés de ces bénéficiaires ou en s'ajoutant à la deuxième partie, telle que visée au 2° afin d'augmenter le montant mensuel de tous les MSF et MGF concernés.

Pour cette troisième partie, le budget partiel mensuel de chaque hôpital, en ce compris les cotisations patronales ONSS sur les montants accordés sur la base de cette enveloppe, est calculé comme suit : 600 euros \* nombre d'ETP MSF et MGF dans l'hôpital considéré sur une base mensuelle. » ;

5° dans le paragraphe 3, f) et g), les mots « médecins spécialistes » sont chaque fois remplacés par les mots « prestataires de soins hospitaliers financés par des honoraires » et les mots « par l'article 4, § 4 » sont chaque fois remplacés par les mots « par l'article 4, § 3 » ;

Voor de ASO van wie de basisvergoeding ten laste is van een ziekenhuis, wordt dit eerste deel geacht vervat te zitten in het bedrag dat wordt toegekend op basis artikel 4, § 3.

3° Het tweede deel moet toelaten om alle ASO en HAIO werkzaam in de ziekenhuizen tijdens de periode maart, april, mei en juni 2020 een bijkomend bedrag van 250 euro bruto per maand per persoon uit te betalen en de patronale RSZ-bijdrage op dit bedrag te dekken, met het oog op het dekken van hun extra-activiteiten en extrakosten ten gevolge van de epidemie.

Het deelbudget per maand wordt voor elk ziekenhuis als volgt berekend: 250 euro \* 1,2108 \* totaal aantal ASO en HAIO beschouwd op maandbasis, waarbij iedere ASO en HAIO slechts in het deelbudget van één ziekenhuis kan opgenomen worden. Iedere betrokken ASO en HAIO krijgt één keer de bruto premie van 250 euro voor eenzelfde maand. Indien een ASO of HAIO in het kader van zijn stageplan of, voor wat betreft de ASO die gefinancierd worden via een universitaire of wetenschappelijke instelling, een beurs of via Defensie, buiten een stageplan om, werkzaam was in meerdere ziekenhuizen tijdens dezelfde maand, dan wordt de uitbetaling van de bruto premie met betrekking tot die maand in onderling afspraak tussen deze ziekenhuizen aan één ziekenhuis toevertrouwd.

Het deelbudget per ziekenhuis wordt, wat betreft de ASO of HAIO die voor eenzelfde maand opgenomen werd in de lijsten van verschillende ziekenhuizen zoals bedoeld in artikel 8, § 6, herzien op basis van de gekozen uitbetalingwijze, zoals blijkt uit het systeem van rapportering bedoeld in artikel 10, eerste lid, 3°. De deelbudgetten van de verschillende ziekenhuizen waarin deze ASO of HAIO tijdens eenzelfde maand werkzaam was en die een bedrag in toepassing van deze bepaling aan de ASO of HAIO hebben uitbetaald, kunnen aangepast worden in functie van het aantal VTE dat in ieder ziekenhuis door dezelfde ASO of HAIO gepresteerd werd, om tot een maximale tegemoetkoming van 250 euro \* 1,2108 per individuele ASO of HAIO over de deelbudgetten van de verschillende ziekenhuizen heen te komen.

4° Het derde deel vormt een enveloppe op ziekenhuisniveau om:

4° ondanks de COVID-19-omstandigheden, de variabele vergoedingen van de ASO en de extra-facturaties van de HAIO boven op de contractueel bepaalde vaste maandelijks vergoeding te kunnen financieren, in zoverre dit niet mogelijk is op basis van de honorariumkosten en het eerste deel van de tegemoetkoming opgenomen onder 1° zoals verklaard op erewoord door het ziekenhuis en de medische raad in het kader van het systeem van rapportering zoals opgenomen in artikel 10, eerste lid, 3°. De variabele vergoedingen van een ASO waarvan de basisvergoeding volgens de lijst zoals bedoeld in artikel 8, § 6, eerste lid, ten laste van het ziekenhuis is, kunnen niet betaald worden vanuit deze enveloppe wanneer de variabele vergoedingen deel uitmaken van de afdracht, gelet op de tegemoetkoming voorzien in artikel 4, § 3.

- een aan de omstandigheden van de COVID-19 epidemie aangepaste vergoeding te kunnen voorzien voor ASO en HAIO in het ziekenhuis die zich extra hebben ingezet, via het verhogen van de variabele vergoeding voor wat deze ASO betreft of via een bijkomende vergoeding wat deze HAIO betreft. Indien deze variabele vergoedingen met het oog op de omstandigheden van de COVID-19 epidemie reeds bijgesteld waren, dan mag het surplus verrekend worden op deze enveloppe.

Een eventueel saldo op dit deelbudget komt rechtstreeks toe aan de ASO en HAIO werkzaam in het ziekenhuis tijdens de periode waarvoor deze tegemoetkoming wordt toegekend door in de eerste plaats aangewend te worden voor de inzet van deze begunstigden die nog onvoldoende vergoed is of toegevoegd te worden aan het tweede deel zoals bedoeld in 2° om het maandelijks bedrag van alle betrokken ASO en HAIO te verhogen.

Het deelbudget per maand wordt voor dit derde deel voor elk ziekenhuis, inclusief de patronale RSZ-bijdrage op de bedragen die op basis van deze enveloppe worden toegekend, als volgt berekend: 600 euro \* aantal VTE ASO en HAIO in het ziekenhuis beschouwd op maandbasis.”;

5° in paragraaf 3, f) en g), worden de woorden “artsen-specialisten” telkens vervangen door “zorgverleners in het ziekenhuis gefinancierd door honoraria” en de woorden “op grond van artikel 4, § 4” telkens vervangen door de woorden “op grond van artikel 4, § 3”;

6° le paragraphe 4 est remplacé par ce qui suit :

« § 4. Une intervention est octroyée pour le second semestre 2020 selon les mêmes mécanismes que ceux prévus au paragraphe 3, à l'exception des budgets visés aux *f*) et *g*), et étant entendu que :

- les montants des sous-parties du paragraphe 3, *e*) ne sont chacun prorogés que s'il ressort du système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, que les montants de ces interventions pour la période de mars à juin 2020 inclus ont été accordés et versés aux ayants droit MSF et MGF dans les conditions fixées par le présent arrêté ;

- les montants des interventions de l'article 6, § 3, *a*) à *d*) inclus pour le deuxième semestre 2020 peuvent chacun être diminués des montants des interventions pour le premier semestre 2020 qui ont manifestement été versés en violation des principes de répartition de l'article 8, tel qu'il ressort du système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°. » ;

7° un paragraphe 4/1 est ajouté, rédigé comme suit :

« § 4/1. Une prime d'encouragement exceptionnelle est octroyée à chaque MSF et chaque MGF ayant presté entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 30 novembre 2020 dans un hôpital général ou un hôpital psychiatrique. Cette prime est fixée à 985 euros bruts par équivalent temps plein, majorés d'une cotisation patronale ONSS de 21,08 % .

Pour le calcul du temps de travail en ETP, il est tenu compte du temps de travail presté pendant la période mentionnée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, étant entendu que les périodes d'absence de plus de 30 jours calendrier ne sont pas prises en considération.

Le budget partiel pour cette intervention unique est calculé comme suit pour chaque hôpital : 985 euros \* 1,2108 \* nombre d'ETP MSF et MGF à l'hôpital. ».

**Art. 7.** L'intitulé du chapitre 5 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« CHAPITRE 5. De l'intervention prévue à l'article 1<sup>er</sup>, 4°, pour l'impact de la réservation obligatoire d'un pourcentage de la capacité des lits hospitaliers pour les soins COVID-19 sur l'activité des prestataires de soins financés par des honoraires ».

**Art. 8.** Dans l'article 7 du même arrêté, les paragraphes 1 à 3 sont remplacés par ce qui suit :

« § 1<sup>er</sup>. Une intervention est accordée au titre d'un forfait exceptionnel de disponibilité aux prestataires de soins hospitaliers, financés par des honoraires, afin de compenser l'impact sur leur activité de l'obligation de disponibilité résultant de la réservation obligatoire d'un pourcentage de la capacité des lits d'hospitalisation intensive et non intensive imposée par l'autorité dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 afin de faire face, sans délai, aux besoins d'hospitalisation pour la COVID-19 en cas de résurgence importante de l'épidémie.

§ 2. Cette intervention est calculée par hôpital sur la base de la capacité réservée imposée à partir du 1<sup>er</sup> juin 2020 et au plus tard jusqu'au 30 septembre 2021, et uniquement pour les mois où la phase 0 est d'application comme établie par le Comité 'Hospital & Transport Surge Capacity' dans la communication du 17 juin 2020, à savoir 15 % des lits agréés à caractère intensif (n) + 4\*n lits non intensifs.

§ 3. Par 'lit réservé', il est octroyé une intervention forfaitaire mensuelle qui correspond à un douzième du montant moyen national des honoraires, limités à la part à charge du budget des soins de santé de l'INAMI, qui ont été facturés par lit pour les séjours hospitaliers en 2019, indexés avec l'index global des honoraires entre 2019 et l'année au cours de laquelle cette intervention est accordée. ».

6° paragraaf 4 wordt vervangen als volgt:

“§ 4. Een tegemoetkoming wordt toegekend voor het tweede semester 2020 volgens dezelfde mechanismen als die welke in § 3 zijn bepaald, met uitsluiting van de budgetten in de bepalingen onder *f*) en *g*), en met dien verstande dat:

- de bedragen van de onderdelen in paragraaf 3, *e*) elk slechts verlengd worden indien uit het systeem van rapportering, zoals bedoeld in artikel 10, eerste lid, 3°, blijkt dat de bedragen van deze tegemoetkomingen voor de periode maart tot en met juni 2020 overeenkomstig de gestelde voorwaarden in dit besluit zijn toegekend en uitbetaald aan de gerechtigde ASO en HAIO;

- de bedragen van de tegemoetkomingen van artikel 6, § 3, *a*) tot en met *d*) voor het tweede semester 2020 kunnen elk verminderd worden met de bedragen van de tegemoetkomingen van het eerste semester 2020 die kennelijk in strijd met de verdelingsprincipes van artikel 8 werden uitbetaald, zoals blijkt uit het systeem van rapportering, zoals bedoeld in artikel 10, eerste lid, 3°. ” ;

7° een paragraaf 4/1 wordt toegevoegd, die als volgt luidt:

“§ 4/1. Een uitzonderlijke aanmoedigingspremie wordt toegekend aan elke ASO en aan elke HAIO die tussen 1 september en 30 november 2020 in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis hebben gewerkt. Deze premie wordt vastgesteld op 985 euro bruto per voltijds equivalent, te verhogen met de patronale RSZ-bijdrage van 21,08 % .

Voor de berekening van de arbeidstijd in VTE wordt rekening gehouden met de gepresteerde arbeidstijd gedurende de in het eerste lid genoemde periode, met dien verstande dat perioden van afwezigheid van meer dan 30 kalenderdagen niet in aanmerking worden genomen.

Het deelbudget voor deze eenmalige tegemoetkoming wordt per ziekenhuis als volgt berekend: 985 euro \* 1,2108 \* aantal VTE ASO en HAIO in het ziekenhuis.”.

**Art. 7.** Het opschrift van hoofdstuk 5 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt:

« HOOFDSTUK 5. Tegemoetkoming die in artikel 1, 4°, is bepaald, voor de impact op de activiteit van de zorgverleners gefinancierd door honoraria in een ziekenhuis, ten gevolge van de verplichte reservatie van een percentage van de capaciteit aan ziekenhuisbedden voor COVID-19 zorg ».

**Art. 8.** In artikel 7 van hetzelfde besluit worden de paragrafen 1 tot 3 vervangen als volgt:

“§ 1. Een tegemoetkoming wordt toegekend voor een uitzonderlijk beschikbaarheidsforfait voor de zorgverleners in een ziekenhuis gefinancierd door honoraria, ter compensatie van de impact op hun activiteit door de verplichting beschikbaar te blijven ten gevolge van de verplichte reservatie van een percentage van de capaciteit aan zowel intensieve als niet-intensieve ziekenhuisbedden die door de overheid is opgelegd in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, teneinde de nood aan ziekenhuisopnames voor COVID-19 onmiddellijk te kunnen opvangen in geval van een aanzienlijke heropflakking van de epidemie.

§ 2. Deze tegemoetkoming wordt per ziekenhuis berekend op basis van de opgelegde vrij te houden capaciteit vanaf 1 juni 2020 en uiterlijk tot en met 30 september 2021, en uitsluitend voor de maanden waarin fase 0 van toepassing is, zoals opgelegd door het Comité 'Hospital & Transport Surge Capacity' in de communicatie van 17 juni 2020, met name voor 15 % van de erkende bedden met intensief karakter (n) + 4\*n niet-intensieve bedden.

§ 3. Per 'gereserveerd' bed wordt een forfaitaire tegemoetkoming per maand toegekend die overeenkomt met een twaalfde van het nationaal gemiddelde bedrag van de honoraria, beperkt tot het gedeelte ten laste van de begroting voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, die gefactureerd werden per bed voor ziekenhuisverblijven in 2019, geïndexeerd met de globale index van de honoraria tussen 2019 en het jaar waarin deze tegemoetkoming wordt toegekend.”.

**Art. 9.** Dans le chapitre 5 du même arrêté, il est inséré un article 7/1, rédigé comme suit :

« Art. 7/1. § 1<sup>er</sup>. Une intervention est octroyée pour accorder un forfait exceptionnel d'implication aux prestataires de soins en hôpital général financés par des honoraires, pour compenser l'impact sur leur activité de leur participation à une nouvelle répartition des tâches, de leur propre initiative ou à la demande du médecin-chef, dans le cadre de laquelle ils sont chargés de tâches autres que celles qu'ils effectuent normalement, suite à la réservation obligatoire d'un pourcentage de la capacité des lits d'hospitalisation intensive et non intensive imposée par l'autorité dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 afin de faire face, sans délai, aux besoins d'hospitalisation pour la COVID-19 en cas de réurgence importante de l'épidémie. Ces autres tâches peuvent concerner les activités dans les services COVID-19 ainsi que d'autres activités réalisées au sein de l'hôpital

§ 2. Cette intervention est octroyée par hôpital à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2020 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2020, sur la base de la capacité réservée imposée durant la phase la plus élevée de cette période, ce qui correspond à la phase 2B comme établie dans la communication du 17 juin 2020 par le Comité 'Hospital & Transport Surge Capacity', y compris les lits 'Corona High Oxygen Care'.

Si un hôpital a droit à la fois à une allocation sur la base de l'article 7 et à une allocation sur la base de l'article 7/1 pour le même mois, seule l'allocation qui aboutit au montant le plus élevé, compte tenu de l'article 8, § 3, premier alinéa, est octroyé à l'hôpital en question.

§ 3. Par 'lit réservé' en phase 2B, il est octroyé une intervention forfaitaire mensuelle qui correspond à un douzième du montant moyen national des honoraires, limités à la part à charge du budget des soins de santé de l'INAMI, qui ont été facturés par lit lors des séjours hospitaliers en 2019, indexés avec l'index global des honoraires entre 2019 et 2020. Le montant par mois est accordé à condition que l'hôpital ait suivi durant ce mois les instructions en matière d'intensification de capacité COVID-19 du comité 'Hospital & Transport Surge Capacity'.

§ 4. Cette intervention est d'application uniquement pour les prestataires de soins indépendants à l'hôpital, compte tenu de la prime d'encouragement exceptionnelle prévue à l'article 74<sup>undecies</sup> de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux pour les prestataires de soins salariés hospitaliers.

§ 5. Le montant du forfait d'implication ainsi calculé constitue le poste 4bis des décomptes provisoires prévus à l'article 9. ».

**Art. 10.** Dans l'article 8 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 3 est remplacé par ce qui suit :

« § 3. Pour les hôpitaux où sont actifs, à la fois, des prestataires de soins indépendants et salariés financés par des honoraires, le montant des interventions, qui concernent les prestataires de soins indépendants et qui résultent des calculs prévus dans les articles 6, 7 et 7/1, à l'exception de l'article 6, § 3, e), est attribué à chacun de ces hôpitaux proportionnellement à la proportion d'ETP des prestataires de soins indépendants par rapport aux ETP de tous les prestataires de soins financés par des honoraires.

Par dérogation à l'alinéa premier, le montant des interventions résultant des calculs prévus à l'article 6, § 3, alinéa unique, a), 1., est attribué à chacun de ces hôpitaux proportionnellement au prorata du nombre d'ETP de médecins indépendants par rapport au nombre total d'ETP de médecins dans l'hôpital.

Les proportions visées aux alinéas 1<sup>er</sup> et 2 sont calculées, par semestre de l'année 2020, à partir de la liste fournie par l'hôpital avec, pour tous les prestataires de soins financés par des honoraires, le nom, le numéro INAMI, l'indication selon laquelle il s'agit d'un médecin ou d'un autre prestataire de soins financé par des honoraires, le temps de travail avec un maximum d'un ETP par personne par mois et le statut, indépendant ou salarié.

La proportion visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> est utilisé pour la répartition interne au sein de l'hôpital des budgets partiels qui s'appliquent aux prestataires de soins tant indépendants que salariés. Pour la répartition interne de l'intervention visé à l'article 7 en 2021, la proportion par hôpital sur base des listes pour 2020 est utilisé.

Pour la répartition interne à l'hôpital des budgets partiels destinés aux prestataires de soins indépendants visés aux alinéas 1<sup>er</sup> et 2, ou après avoir appliqué une répartition interne aux budgets partiels

**Art. 9.** In hoofdstuk 5 van hetzelfde besluit wordt een artikel 7/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 7/1. § 1. Een tegemoetkoming wordt toegekend om een uitzonderlijk betrokkenheidsforfait toe te kennen aan de zorgverleners in een algemeen ziekenhuis gefinancierd door honoraria, ter compensatie van de impact op hun activiteit van hun betrokkenheid, op eigen initiatief of op vraag van de hoofdarts, in een nieuwe taakbedeling waarin ze belast worden met andere taken dan die welke zij normaal gesproken uitvoeren, ten gevolge van de verplichte reservatie van een percentage van de capaciteit aan intensieve en niet-intensieve ziekenhuisbedden die door de overheid is opgelegd in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, teneinde de nood aan ziekenhuisopnames voor COVID-19 onmiddellijk te kunnen opvangen. Deze andere taken kunnen zowel betrekking hebben op activiteiten op COVID-19 afdelingen op voor andere activiteiten uitgevoerd in het ziekenhuis.

§ 2. Deze tegemoetkoming wordt per ziekenhuis toegekend vanaf 1 oktober 2020 en uiterlijk tot 31 december 2020 op basis van de opgelegde vrij te houden capaciteit tijdens de hoogste fase van deze periode, wat overeenstemt met fase 2B zoals opgenomen in de communicatie vanaf 17 juni 2020 door het Comité 'Hospital & Transport Surge Capacity', inclusief de Corona High Oxygen Care bedden.

Indien een ziekenhuis voor eenzelfde maand in aanmerking komt voor zowel een tegemoetkoming op basis van artikel 7 als een tegemoetkoming op basis van artikel 7/1, wordt enkel de tegemoetkoming die resulteert in het hoogste bedrag, rekening houdende met artikel 8, § 3, eerste lid, toegekend aan het ziekenhuis in kwestie.

§ 3. Per 'gereserveerd bed' in fase 2B, wordt een forfaitaire tegemoetkoming per maand toegekend die overeenkomt met een twaalfde van het nationaal gemiddelde van de honoraria, beperkt tot het gedeelte ten laste van de begroting voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, die gefactureerd werden per bed voor ziekenhuisverblijven in 2019, geïndexeerd met de globale index van de honoraria tussen 2019 en 2020. Het bedrag per maand wordt toegekend op voorwaarde dat het ziekenhuis tijdens deze maand de instructies met betrekking tot de opschaling van COVID-19 capaciteit navolgde van het comité 'Hospital & Transport Surge Capacity'.

§ 4. Die tegemoetkoming is uitsluitend van toepassing op zelfstandige zorgverleners in het ziekenhuis, gelet op de uitzonderlijke aanmoedigingspremie zoals voorzien in artikel 74<sup>undecies</sup> van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen voor de gesalarieerde zorgverleners in het ziekenhuis.

§ 5. Het aldus berekende bedrag voor het betrokkenheidsforfait vormt de post 4bis van de voorlopige berekeningen die zijn vastgesteld in artikel 9.”.

**Art. 10.** In artikel 8 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° paragraaf 3 wordt vervangen als volgt:

“§ 3. Voor ziekenhuizen waar er zowel zelfstandige als gesalarieerde zorgverleners die door honoraria gefinancierd worden actief zijn, wordt het bedrag van de tegemoetkomingen die resulteren uit de berekeningen onder artikelen 6, 7 en 7/1, met uitzondering van artikel 6, § 3, e), en die enkel van toepassing zijn voor zelfstandige zorgverleners aan elk van deze ziekenhuizen toegekend proportioneel aan het aandeel VTE zelfstandige zorgverleners ten opzichte van de VTE van alle zorgverleners die door honoraria gefinancierd worden.

In afwijking van het eerste lid, wordt het bedrag van de tegemoetkomingen die resulteren uit de berekeningen onder artikel 6, § 3, enige lid, a), 1., proportioneel aan het aandeel VTE zelfstandige artsen ten opzichte van de VTE van alle artsen in het ziekenhuis toegekend aan elk van deze ziekenhuizen.

De verhouding zoals bedoeld in het eerste en het tweede lid worden berekend, per semester van het jaar 2020, op basis van de lijst, die het ziekenhuis aanlevert met, voor alle zorgverleners die door honoraria gefinancierd worden, de naam, het RIZIV-nummer, de indicatie of het over een arts gaat of een andere zorgverlener gefinancierd door honoraria, het de arbeidstijd met een maximum van één VTE per persoon per maand, en het statuut, zelfstandig of gesalarieerd.

De verhouding zoals bedoeld in het eerste lid wordt gehanteerd voor de interne verdeling binnen het ziekenhuis van de deelbudgetten die zowel van toepassing zijn op de zelfstandige als de gesalarieerde zorgverleners. Voor de interne verdeling van de tegemoetkoming van artikel 7 in 2021 wordt gebruik gemaakt van de verhouding per ziekenhuis op basis van de lijsten voor 2020.

Voor de interne verdeling binnen het ziekenhuis van de deelbudgetten die voor zelfstandige zorgverleners bestemd zijn, zoals bedoeld in het eerste en het tweede lid, of na het toepassen van een interne

destinés aux deux statuts sur base du nombre d'ETP par statut, telle qu'elle ressort de l'alinéa 4, le budget du groupe des prestataires de soins indépendants relatif à un semestre donné est réparti entre les médecins indépendants d'un côté et les autres prestataires de soins indépendants de l'autre au prorata des honoraires globaux générés en 2019 par chacun des deux groupes d'indépendants sur une base annuelle, comme établi par l'hôpital, sauf si les montants pour ce semestre ont déjà été répartis au sein de l'hôpital ou qu'un accord différent a été conclu entre le Conseil Médical et l'organe ad hoc pour les autres prestataires de soins sous statut d'indépendant visés au paragraphe 5. » ;

2° le paragraphe 6 est remplacé par ce qui suit :

« § 6. Les interventions pour les MSF et MGF visées à l'article 6, § 3, e), y compris la prorogation de ces interventions prévue à l'article 6, § 4, et à l'article 6, § 4/1, sont calculées sur la base d'une liste que l'hôpital fournit avec, pour tous les MSF et MGF travaillant à l'hôpital, pendant la période pour laquelle les interventions sont octroyées, le nom, le numéro INAMI et le taux d'occupation par mois, avec un maximum d'un ETP par personne par mois, et spécifiquement pour les MSF, l'indication de qui prend en charge ce MSF.

Les montants des interventions pour les MSF ou MGF repris à l'article 6, § 3, e), 2° et 3°, y compris les montants résultant de la prorogation de ces interventions prévue à l'article 6, § 4, et le montant de l'intervention repris à l'article 6, § 4/1, doivent être utilisés en totalité conformément aux conditions prévues. Le Conseil médical peut décider, à condition que toutes les sommes contractuellement dues aient été effectivement octroyées aux MSF, que l'intervention prévue à l'article 6, § 3, e), 1°, sera utilisée différemment, étant entendu que les principes de répartition repris à l'alinéa 4 doivent être respectés.

L'hôpital qui reçoit les interventions de l'article 6, § 3, e), et § 4/1 dans le cadre des décomptes provisoires sur la base de l'occupation du MSF ou MGF pendant la période de référence, prend les mesures nécessaires pour s'assurer qu'un versement a été effectué aux MSF ou MGF bénéficiaires, indépendamment du fait que le MSF ou le MGF travaille encore à l'hôpital ou qu'il ait entre-temps terminé ou achevé sa formation. Les montants au titre de la prorogation des interventions de l'article 6, § 3, e), sur la base de l'article 6, § 4, et du montant de l'intervention prévu à l'article 6, § 4/1, sont provisoirement attribués à ces hôpitaux et peuvent être révisés lors du décompte définitif sur la base du montant effectivement versé au MSF et MGF et du respect des modalités prévues dans le présent arrêté, comme en atteste le système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°.

En ce qui concerne les montants attribués sur la base des articles 6, 7 et 7/1, à l'exception des interventions visées à l'alinéa 2, la répartition prévoit, en premier lieu, la rémunération de l'effort ou des tâches telles que visées dans ces articles sur la base de variables objectives fixées par l'instance en charge de la répartition. La répartition se fait entre tous les prestataires de soins financés par des honoraires qui participent effectivement aux soins pendant la période de couverture des interventions, en priorité aux soins COVID-19, ou à la gestion de cette épidémie à l'hôpital. L'instance en charge de la répartition peut, après avoir convenu d'une contrepartie financière appropriée pour le déploiement ou les tâches décrites dans ces articles, décider d'utiliser les montants restants pour compléter d'autres interventions prévues dans le présent arrêté ou pour d'autres efforts des prestataires de soins qui relèvent de sa compétence, dans la mesure où il s'agit d'une contrepartie financière pour et au prorata d'une contribution effective dans l'hôpital par les prestataires de soins financés par des honoraires et qui participent effectivement aux soins pendant la période à laquelle s'appliquent les interventions, en priorité dans la prise en charge des soins COVID-19, ou dans la gestion de cette épidémie dans l'hôpital. Pour cette autre utilisation également, l'instance en charge de la répartition établit des variables objectives qui garantissent une utilisation au bénéfice des efforts non ou insuffisamment rémunérés, étant entendu que la perte de revenu ne constitue pas une variable qui est prise en considération. L'instance en charge de la répartition adopte une méthode de travail transparente vis-à-vis de tous les bénéficiaires potentiels concernant les critères de répartition appliqués. » ;

3° le paragraphe 7 est remplacé par ce qui suit :

« § 7. Tout versement réalisé à partir des montants octroyés par les articles 6, 7 et 7/1 sera documenté, au niveau de l'hôpital, sur la base de la répartition prévue par le conseil médical pour les prestataires médicaux ou l'instance ad hoc pour les autres prestataires de soins, afin de permettre un reporting à l'autorité fédérale de l'utilisation conforme

verdeling op deelbudgetten bestemd voor beide statuten op basis van het aantal VTE per statuut, zoals bedoeld in het vierde lid, wordt het budget van de groep zelfstandige zorgverleners met betrekking tot een bepaald semester verdeeld tussen de zelfstandige artsen enerzijds en de andere zelfstandige zorgverleners anderzijds naar verhouding van de in 2019 door elk van deze twee groepen zelfstandigen globale gegeneerde honoraria op jaarbasis, zoals vastgesteld door het ziekenhuis, tenzij de bedragen van dat semester reeds verdeeld werden binnen het ziekenhuis of hier een andersluidend akkoord over werd bereikt tussen de Medische raad en het ad-hoc orgaan voor de andere zorgverleners met het zelfstandigenstatuut zoals bedoeld in paragraaf 5. » ;

2° paragraaf 6 wordt vervangen als volgt:

« § 6. De tegemoetkomingen voor de ASO en HAIO opgenomen in artikel 6, § 3, e), inclusief de verlenging van deze tegemoetkomingen zoals voorzien in artikel 6, § 4, en artikel 6, § 4/1, worden berekend op basis van een lijst, die het ziekenhuis aanlevert met voor alle ASO en HAIO werkzaam in het ziekenhuis tijdens de periode waarvoor de tegemoetkomingen worden voorzien, de naam, het RIZIV-nummer, en het tewerkstellingspercentage per maand met een maximum van één VTE per persoon per maand, en specifiek voor de ASO de indicatie wie deze ASO ten laste heeft.

De bedragen van de tegemoetkomingen voor de ASO of HAIO zoals opgenomen in artikel 6, § 3, e), 2° en 3°, inclusief de bedragen ingevolge de verlenging van deze tegemoetkomingen zoals voorzien in artikel 6, § 4, en het bedrag van de tegemoetkoming opgenomen in artikel 6, § 4/1, moeten integraal worden gebruikt volgens de gestelde voorwaarden. De Medische Raad kan beslissen, op voorwaarde dat alle contractueel verschuldigde bedragen effectief uitbetaald werden aan de ASO, dat de tegemoetkoming zoals opgenomen in artikel 6, § 3, e), 1°, een andere aanwending krijgt, met dien verstande dat de verdelingsprincipes opgenomen in het vierde lid gerespecteerd dienen te worden.

Het ziekenhuis dat de tegemoetkomingen van artikel 6, § 3, e) en § 4/1 in het kader van de voorlopige afrekeningen krijgt toegekend op basis van de tewerkstelling van de ASO of HAIO tijdens de referentieperiode, neemt de nodige maatregelen om een uitbetaling aan de rechthebbende ASO of HAIO te garanderen, ongeacht of de ASO of HAIO nog werkt in het ziekenhuis of inmiddels zijn opleiding heeft afgerond of beëindigd. De bedragen ingevolge de verlenging van de tegemoetkomingen in artikel 6, § 3, e), op basis van artikel 6, § 4, en het bedrag van de tegemoetkoming opgenomen in artikel 6, § 4/1, worden provisioneel toegekend aan deze ziekenhuizen en kunnen worden hervzien bij de definitieve afrekening op basis van het effectief uitbetaalde bedrag aan de ASO en HAIO en het respecteren van de in dit besluit voorziene modaliteiten, zoals blijkt uit het systeem van rapportering bedoeld in artikel 10, eerste lid, 3°.

Wat betreft de bedragen die worden toegekend op basis van artikel 6, 7 en 7/1, uitgezonderd de tegemoetkomingen zoals bedoeld in het tweede lid, voorziet de verdeling in de eerste plaats in het vergoeden van de inzet of taken zoals opgenomen in deze artikelen op basis van objectieve variabelen die zijn vastgesteld door de instantie die belast is met de verdeling. De verdeling gebeurt onder alle zorgverleners die door honoraria worden gefinancierd en die daadwerkelijk zijn betrokken in het kader van de zorg gedurende de periode van dekking van de tegemoetkomingen, en bij voorrang in de COVID-19-zorg, of in het kader van het beheer van die epidemie in het ziekenhuis. De met de verdeling belaste instantie kan, na het overeenkomen over een correcte tussenkomst voor de inzet of taken zoals omschreven in deze artikelen, beslissen tot een aanwending van de resterende bedragen ten voordele van de aanvulling van andere tegemoetkomingen voorzien in dit besluit of van andere inspanningen van de zorgverleners die onder zijn bevoegdheid behoren, in zoverre het een tussenkomst voor en naar verhouding van een reële bijdrage in het ziekenhuis betreft van zorgverleners die door honoraria gefinancierd worden en die daadwerkelijk zijn betrokken in het kader van de zorg gedurende de periode waarop de tegemoetkomingen van toepassing zijn, en bij voorrang in de COVID-19-zorg, of in het kader van het beheer van deze epidemie in het ziekenhuis. Ook voor deze andere aanwending worden er door de met de verdeling belaste instantie objectieve variabelen vastgelegd die een aanwending verzekeren ten voordele van niet of onvoldoende vergoede inzet, met dien verstande dat inkomensverlies geen variabele uitmaakt die in aanmerking mag komen. Er wordt door de met de verdeling belaste instantie ten behoeve van alle potentiële begunstigen een transparante werkwijze gehanteerd over de toegepaste verdelingscriteria. » ;

3° paragraaf 7 wordt vervangen als volgt:

« § 7. Elke storting die voortvloeit uit de bedragen die krachtens de artikelen 6, 7 en 7/1 zijn toegekend, moet door het ziekenhuis worden gedocumenteerd op basis van de verdeling die is vastgelegd door de Medische Raad voor de medische zorgverleners of door de ad-hoc instantie voor de andere zorgverleners, zodat een reporting aan de

aux objectifs de ces interventions. En ce qui concerne les MSF et MGF, en particulier, l'hôpital documente pour chaque MSF et MGF, pour chaque intervention et période concernée, quels montants leur ont été versés et la date du paiement de ces montants, afin que cela puisse compléter le rapport au gouvernement fédéral visé à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>. ».

**Art. 11.** A l'article 9 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1<sup>o</sup> les paragraphes 1<sup>er</sup> et 2 sont remplacés par ce qui suit :

« § 1<sup>er</sup>. Les postes 1, 2.A, 2.B, 2.C, 2.D, 3, 4 et 4bis tels que définis plus haut, sont additionnés au niveau de chaque hôpital pour chaque semestre, tant qu'ils sont applicables au semestre concerné.

Le résultat obtenu pour chaque semestre est comparé à la somme des avances éventuelles octroyées à l'hôpital pour le semestre concerné, en application de l'arrêté royal n<sup>o</sup> 10 du 19 avril 2020, modifié par l'arrêté royal n<sup>o</sup> 35 du 24 juin 2020, et donne lieu à un décompte provisoire par semestre. Tout solde positif en faveur de l'hôpital sera déduit des éventuels soldes négatifs à charge du même hôpital résultant des décomptes provisoires des semestres précédents, en commençant par le solde négatif le plus ancien, ce qui a pour effet d'apurer l'ensemble des décomptes provisoires du semestre concerné et des semestres précédents concernés. Le premier décompte provisoire concernant le premier semestre 2020 est effectué au plus tôt dans le courant du deuxième semestre 2020. Le deuxième décompte provisoire concernant le deuxième semestre, avec d'éventuelles corrections pour le premier semestre, a lieu au plus tôt dans le courant du premier semestre 2021. Le troisième décompte provisoire concernant 2021 et les éventuelles corrections pour les semestres précédents, seront effectués au plus tôt au deuxième semestre 2021.

§ 2. Pour la détermination du décompte semestriel définitif par hôpital, les éléments suivants sont déduits de la somme des postes 1 à 2.D :

a) un montant par travailleur en chômage temporaire si l'hôpital a fait appel au système de chômage temporaire pour des travailleurs imputés dans un centre de frais entre 020 et 899 au cours d'un semestre pour lequel des interventions telles que prévues à l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, sont octroyées à l'hôpital à partir de mars 2020. Ce montant est calculé sur base du coût moyen annuel par ETP de tous les hôpitaux, tel que renseigné dans les données FINHOSTA de l'année au cours de laquelle le chômage temporaire a été appliqué, pour la catégorie de personnel concernée telle que reprise en annexe 4, section 4, de l'arrêté royal du 6 décembre 2020 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, à laquelle appartient le travailleur concerné, rapporté à la réduction du temps de travail mensuel du travailleur concerné s au cours du semestre concerné. Afin de déterminer le nombre d'ETP en chômage temporaire, chaque hôpital soumet au SPF SPSCAE une attestation sur l'honneur reprenant la liste des travailleurs définis ci-dessus par catégorie de personnel et avec la valeur de l'ETP mensuel en chômage temporaire. ;

b) la valeur des produits reçus si l'hôpital a fait appel aux stocks fédéraux d'équipements de protection individuelle, de produits pharmaceutiques et/ou de dispositifs médicaux. » ;

2<sup>o</sup> le paragraphe 4 est remplacé par ce qui suit :

« § 4. Si le décompte provisoire par semestre, après apurements éventuels par rapport aux soldes négatifs des semestres précédents comme visés au paragraphe 1<sup>er</sup>, fait apparaître un solde positif en faveur de l'hôpital, cette différence positive sera liquidée directement sur le compte bancaire de l'hôpital, en application de l'article 3/1 de l'arrêté royal n<sup>o</sup> 10 du 19 avril 2020, modifié par l'arrêté royal n<sup>o</sup> 35 du 24 juin 2020.

Si le décompte provisoire par semestre fait apparaître un solde négatif à charge de l'hôpital, le remboursement par l'hôpital s'opèrera via l'imputation d'un montant de rattrapage négatif dans le budget des moyens financiers de l'hôpital qui suit le décompte définitif du semestre concerné, compte tenu d'apurements éventuels intervenus entre-temps comme visés au paragraphe 1<sup>er</sup>. » ;

federale overheid kan aantonen dat die tegemoetkomingen overeenkomstig de doelstellingen zijn gebruikt. Met name met betrekking tot de ASO en HAIO, documenteert het ziekenhuis voor elke ASO en HAIO voor elke tegemoetkoming en betrokken periode, welke bedragen zijn uitbetaald aan hen en de datum van uitbetaling van deze bedragen, opdat dit de rapportering aan de federale overheid zoals voorzien in artikel 10, eerste lid, 3<sup>o</sup>, kan vervolledigen.".

**Art. 11.** In artikel 9 van hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1<sup>o</sup> paragrafen 1 en 2 worden vervangen als volgt:

“§ 1. De posten 1, 2.A, 2.B, 2.C, 2.D, 3, 4 en 4bis zoals hierboven gedefinieerd worden voor elk semester opgeteld per ziekenhuis, in zoverre ze voor dat semester van toepassing zijn.

Het resultaat dat voor elk semester bekomen wordt, wordt vergeleken met de som van de eventuele voorschotten die in datzelfde semester zijn toegekend aan het ziekenhuis, in toepassing van het koninklijk besluit nr. 10 van 19 april 2020, gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 35 van 24 juni 2020, en leidt tot een voorlopige afrekening per semester. Een eventueel positief saldo ten gunste van het ziekenhuis, wordt in mindering gebracht van eventuele negatieve saldi ten laste van ditzelfde ziekenhuis resulterende uit de voorlopige afrekeningen van voorgaande semesters, te beginnen met het oudste negatieve saldo, waardoor het geheel van voorlopige afrekeningen voor het betrokken semester en de betrokken voorgaande semesters, wordt aangezuiverd. De eerste voorlopige afrekening met betrekking tot het eerste semester 2020 wordt ten vroegste uitgevoerd in de loop van het tweede semester 2020. De tweede voorlopige afrekening met betrekking tot het tweede semester, met eventuele rechtzettingen voor het eerste semester, ten vroegste tijdens het eerste semester 2021. De derde voorlopige afrekening met betrekking tot 2021 en eventuele rechtzettingen voor de voorgaande semesters, wordt ten vroegste uitgevoerd in het tweede semester 2021.

§ 2. Voor de vaststelling per ziekenhuis van de definitieve afrekening per semester, worden van de opgetelde posten 1 t.e.m. 2.D. volgende elementen in mindering gebracht:

a) een bedrag per werknemer in tijdelijke werkloosheid indien het ziekenhuis beroep heeft gedaan op het systeem van tijdelijke werkloosheid voor werknemers opgenomen tussen kostenplaats 020 tot en met 899 tijdens een semester waarvoor tegemoetkomingen zoals bedoeld in artikel 1, 2<sup>o</sup>, aan het ziekenhuis worden toegekend, te rekenen vanaf maart 2020. Dit bedrag wordt berekend op basis van de gemiddelde kostprijs per VTE op jaarbasis in alle ziekenhuizen, zoals opgenomen in de FINHOSTA gegevens van het jaar waarin de tijdelijke werkloosheid werd toegepast, voor de personeelscategorie, zoals opgenomen in bijlage 4, afdeling 4 van het koninklijk besluit van 6 december 2020 houdende bepaling van de regels en de termijn volgens dewelke de beheerder van het ziekenhuis mededeling doet van de financiële toestand, van de bedrijfsuitkomsten, van het verslag van de bedrijfsrevisor en van alle statistische gegevens die met zijn inrichting verband houden, waartoe de werknemer in kwestie behoort, in verhouding tot de verminderde werktijd per maand van de betrokken werknemer, uitgedrukt in VTE, tijdens het semester in kwestie. Voor de vaststelling van het aantal VTE in tijdelijke werkloosheid, maakt elk ziekenhuis een verklaring over op erewoord aan de FOD VVVL met een lijst van de werknemers zoals hiervoor omschreven per personeelscategorie en met het aantal VTE per maand in tijdelijke werkloosheid.

b) de waarde van de ontvangen goederen indien het ziekenhuis gebruik heeft gemaakt van federale voorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen, farmaceutische producten en/of medische hulpmiddelen.";

2<sup>o</sup> paragraaf 4 wordt vervangen als volgt:

“§ 4. Als de voorlopige afrekening per semester, na eventuele aanzuiveringen op de negatieve saldi van voorgaande semesters zoals bedoeld in paragraaf 1, een positief saldo ten gunste van het ziekenhuis vertoont, zal dit positief verschil rechtstreeks op de bankrekening van het ziekenhuis worden vereffend, in toepassing van art. 3/1 van het koninklijk besluit nr. 10 van 19 april 2020, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 35 van 24 juni 2020.

Indien de voorlopige afrekening per semester, een negatief saldo ten laste van het ziekenhuis vertoont, zal de terugbetaling door het ziekenhuis geregeld worden via een negatief inhaalbedrag in het budget van financiële middelen van het ziekenhuis dat volgt op de definitieve afrekening van het semester in kwestie, rekening houdende met eventuele aanzuiveringen die intussen plaatsvinden zoals bedoeld in paragraaf 1.";

3° le paragraphe 5, alinéa 1<sup>er</sup>, est remplacé par ce qui suit :

« En 2023, quand les montants auxquels l'hôpital et les prestataires de soins de santé concernés ont droit pour le premier et le deuxième semestres 2020 seront définitivement connus, la régularisation, positive ou négative, entre ces montants définitifs et les montants provisoires dont il avait été tenu compte dans les décomptes provisoires établis conformément au paragraphe 1<sup>er</sup>, fera l'objet de l'imputation d'un montant de rattrapage dans le budget des moyens financiers du 1<sup>er</sup> juillet 2023 de chaque hôpital concernant le premier semestre 2020 et dans celui du 1<sup>er</sup> janvier 2024 concernant le deuxième semestre 2020. En 2024, la même comparaison sera réalisée pour les montants relatifs au premier semestre 2021, dont la régularisation de chaque hôpital fera l'objet de l'imputation d'un montant de rattrapage au plus tôt dans le budget des moyens financiers du 1<sup>er</sup> juillet 2024 de chaque hôpital. ».

**Art. 12.** L'article 10 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 10. L'attribution définitive des interventions financières fédérales exceptionnelles est subordonnée au respect des trois conditions suivantes qui seront vérifiées, au plus tard, lors du décompte définitif :

1° Aucun accord sur l'augmentation des suppléments d'honoraires n'est conclu dans le but de répercuter les coûts associés à l'épidémie de coronavirus COVID-19 ;

2° La réglementation relative aux prélèvements appliquée à l'hôpital ne conduit pas à des prélèvements supérieurs à ceux appliqués en 2019 dans le but de répercuter les coûts associés à l'épidémie de coronavirus COVID-19 ;

3° Les hôpitaux, les conseils médicaux et l'éventuel organe ad hoc doivent fournir au SPF SPSCAE et à l'INAMI les informations sur la manière dont ils ont utilisé les montants attribués, et cela selon un système de reporting qui sera développé par les administrations mentionnées.

Les deux premières conditions de l'alinéa 1<sup>er</sup> doivent être respectées pendant la période débutant le 11 mars 2020 et jusqu'à la fin de la période pendant laquelle les interventions exceptionnelles fédérales sont d'application. A défaut de respecter ces deux conditions, l'hôpital devra rembourser les montants perçus en vertu des articles 4, 6, 7 et 7/1, proportionnellement aux dépassements constatés. ».

**Art. 13.** Dans le chapitre 8 du même arrêté, il est inséré un article 10/1, rédigé comme suit :

« Art. 10/1. § 1<sup>er</sup>. En ce qui concerne les informations fournies dans le cadre des arrêtés ministériels pris en exécution de l'article 3, § 2, et dans le cadre de l'article 8, §§ 3, 6 et 7, de l'article 9, § 2, alinéa unique, a) , et de l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, les fonctionnaires ou préposés, tels que visés à l'article 127 de la Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, peuvent requérir du gestionnaire de l'hôpital, du Conseil Médical et de l'éventuel 'organe ad hoc', toutes les données utiles au contrôle et à la validation des données transmises. Les informations transmises pour l'exécution des dispositions précitées du présent arrêté peuvent, sur la base des constatations par le SPF SPSCAE et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tel que visé à l'article 139 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, être adaptées et ensuite traitées comme telles dans le cadre des décomptes définitifs de l'intervention et de la période à laquelle les données se rapportent. Ces adaptations sont communiquées, conformément à l'article 108 de la Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

§ 2. Les montants qui auraient été manifestement octroyés à des prestataires de soins individuels en violation des objectifs et modalités visés, comme l'atteste le système de déclaration prévu à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, ou le contrôle des renseignements transmis dans ce cadre, peuvent être réclamés conformément à la procédure prévue à l'article 164, alinéa 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité. ».

**Art. 14.** Le présent arrêté entre en vigueur le 12 novembre 2020.

3° paragraaf 5, eerste lid, wordt vervangen als volgt:

“In 2023, wanneer de bedragen waarop het ziekenhuis en de betrokken zorgverleners recht hebben voor het eerste en tweede semester 2020 definitief gekend zijn, wordt de regularisatie, positief of negatief, tussen deze definitieve bedragen en de voorlopige bedragen waarmee rekening werd gehouden in het kader van de voorlopige afrekeningen, zoals bepaald overeenkomstig de eerste paragraaf, opgenomen onder de vorm van de boeking van een inhaalbedrag in het budget van financiële middelen van 1 juli 2023 van elk ziekenhuis voor het eerste semester 2020 en van 1 januari 2024 voor het tweede semester 2020. In 2024, wordt voor de bedragen met betrekking tot het eerste semester 2021 eenzelfde vergelijking uitgevoerd, waarvan de regularisatie wordt opgenomen onder de vorm van de boeking van een inhaalbedrag in het budget van financiële middelen van 1 juli 2024 van elk ziekenhuis.”.

**Art. 12.** Artikel 10 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt:

“Art. 10. De definitieve toekenning van de uitzonderlijke federale financiële tegemoetkomingen hangt af van de naleving van de volgende drie voorwaarden die uiterlijk bij de definitieve afrekening zullen worden geverifieerd:

1° Er wordt geen akkoord tot verhoging van de ereloonsupplementen afgesloten met als oogmerk de kosten gelieerd aan de epidemie ten gevolge van het coronavirus COVID-19 door te schuiven;

2° De afdrachtenregeling die in het ziekenhuis wordt toegepast, leidt niet tot hogere afdrachten dan die die werden toegepast in 2019 met als oogmerk de kosten gelieerd aan de epidemie ten gevolge van het coronavirus COVID-19 door te schuiven;

3° De ziekenhuizen, de medische raden en het eventueel ad hoc orgaan moeten de FOD VVVL en het RIZIV informatie verstrekken over de wijze waarop zij de toegewezen bedragen hebben gebruikt, en dit volgens een systeem van rapportering dat door de genoemde administraties zal worden uitgewerkt.

Aan de eerste twee voorwaarden van het eerste lid moet worden voldaan in de periode die aanvangt op 11 maart 2020 en loopt tot het einde van de periode waarin de uitzonderlijke federale financiële tegemoetkomingen van toepassing zijn. Indien niet aan deze twee voorwaarden wordt voldaan, moet het ziekenhuis de op grond van de artikelen 4, 6, 7 en 7/1 ontvangen bedragen terugbetalen in verhouding tot de geconstateerde overschrijdingen.”.

**Art. 13.** In hoofdstuk 8 van hetzelfde besluit wordt een artikel 10/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 10/1. § 1. Met betrekking tot de informatie verstrekt in het kader van de uitvoering van de ministeriële besluiten zoals bedoeld in artikel 3, § 2 en in het kader van artikel 8, §§ 3, 6 en 7, artikel 9, § 2, enige lid, a) en artikel 10, eerste lid, 3°, kunnen de aangewezen ambtenaren of aangestelden zoals bedoeld in artikel 127 van de Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen bij de beheerder van het ziekenhuis, de Medische Raad en het eventueel 'ad hoc orgaan', en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, zoals bedoeld in artikel 139 van de Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, bij de zorgverleners, alle gegevens opvragen die nuttig zijn voor de controle en validatie van de overgemaakte gegevens. De informatie die verstrekt werd ten behoeve van de uitvoering van voornoemde bepalingen van dit besluit, kan op basis van de vaststellingen door de FOD VVVL en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, aangepast en vervolgens op die wijze verwerkt worden in het kader van de definitieve afrekeningen van de tegemoetkoming en periode waarop de gegevens betrekking hebben. Deze aanpassingen worden medegedeeld overeenkomstig artikel 108 van de Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

§ 2. Bedragen die kennelijk in strijd met de voorziene doelstellingen en modaliteiten werden toegekend aan individuele zorgverleners, zoals blijkt uit het reporting systeem voorzien in artikel 10, eerste lid, 3°, of uit de controle op de in dat kader overgemaakte informatie, kunnen teruggevorderd worden volgens de procedure voorzien in artikel 164, derde lid van de Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.”.

**Art. 14.** Dit besluit treedt in werking op 12 november 2020.

**Art. 15.** Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 26 septembre 2021.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

**Art. 15.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 26 september 2021.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

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

[C - 2021/21979]

**22 SEPTEMBRE 2021.** — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 21 décembre 2020 fixant les interventions forfaitaires visées à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, en ce qui concerne les hôpitaux généraux

Le Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales,

Vu la Constitution, l'article 108 ;

Vu l'arrêté royal n° 10 du 19 avril 2020, permettant l'octroi, les modalités de répartition et de liquidation d'une avance aux hôpitaux généraux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, l'article 3/1, inséré par l'arrêté royal n° 35 du 24 juin 2020, confirmé par la loi du 24 décembre 2020 ;

Vu l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, l'article 3, § 2 ;

Vu l'arrêté ministériel du 21 décembre 2020 fixant les interventions forfaitaires visées à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, en ce qui concerne les hôpitaux généraux ;

Vu l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, donné le 11 mars 2021 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 23 août 2021 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'État au Budget, donné le 7 septembre 2021 ;

Vu les lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, l'article 3, § 1<sup>er</sup> ;

Vu l'urgence ;

Considérant que dans le cadre de la sécurité juridique les hôpitaux doivent obtenir dans les meilleurs délais une image claire de leurs droits aux avances et aux éventuels moyens supplémentaires, pour les années 2020 et 2021 ;

Considérant que les hôpitaux ont besoin de certitude quant à leur situation financière pour pouvoir suivre l'évolution de la demande de soins réguliers dans leur offre de soins et leur organisation ; que, à cette fin, ils doivent pouvoir dégager et utiliser leurs ressources propres ou obtenir des fonds auprès d'investisseurs ou de banques pour compléter les fonds publics ;

Considérant que les mesures de soutien COVID-19 pour divers autres secteurs expirent le 30 septembre 2021 ;

Considérant que la crise COVID-19 se stabilise et que nous nous dirigeons vers une situation où il devient normal que des patients COVID-19 soient admis dans les hôpitaux sans que cela n'affecte l'ensemble de l'organisation de ces hôpitaux ;

Considérant qu'il est donc nécessaire que les interventions au secteur hospitalier expirent également au 30 septembre 2021 dans un contexte d'égalité de traitement, d'autant plus que ces interventions ne correspondent plus à des coûts proportionnels ;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

[C - 2021/21979]

**22 SEPTEMBER 2021.** — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 21 december 2020 tot vastlegging van de forfaitaire tegemoetkomingen zoals voorzien in artikel 3, § 1, van het koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, voor wat betreft de algemene ziekenhuizen

De Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken,

Gelet op de Grondwet, artikel 108;

Gelet op het koninklijk besluit nr. 10 van 19 april 2020 voor de toekenning van en de regels voor de verdeling en vereffening van een voorschot aan de algemene ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, artikel 3/1, ingevoegd bij het koninklijk besluit nr. 35 van 24 juni 2020, bekrachtigd bij de wet van 24 december 2020;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, artikel 3, § 2;

Gelet op het ministerieel besluit van 21 december 2020 tot vastlegging van de forfaitaire tegemoetkomingen zoals voorzien in artikel 3, § 1, van het koninklijk besluit van 30 oktober 2020 tot vaststelling van de nadere regels voor de toekenning van een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen in het kader van de coronavirus COVID-19 epidemie, voor wat betreft de algemene ziekenhuizen;

Gelet op het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, gegeven op 11 maart 2021;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 23 augustus 2023;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatsecretaris voor Begroting, gegeven op 7 september 2021 ;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, artikel 3, § 1;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat in het kader van de rechtszekerheid de ziekenhuizen zo snel mogelijk een duidelijk beeld dienen te krijgen met betrekking tot hun rechten voor de jaren 2020 en 2021 op de voorschotten en eventueel bijkomende middelen;

Overwegende dat de ziekenhuizen zekerheid nodig hebben over hun financiële toestand om met hun zorgaanbod en organisatie opnieuw de evoluties in de reguliere zorgvragen te kunnen bijhouden; dat ze hiervoor immers moeten kunnen overgaan tot het vrijmaken en aanwenden van eigen middelen of tot het ter beschikking krijgen van fondsen vanwege investeerders of banken ter aanvulling van de publieke middelen;

Overwegende dat de COVID-19 steunmaatregelen voor verschillende andere sectoren aflopen op 30 september 2021;

Overwegende dat de COVID-19 crisis stabiliseert en we evolueren naar een toestand waarbij het een normale toestand wordt dat er COVID-19 patiënten in ziekenhuizen zijn opgenomen, zonder dat dit nog de gehele organisatie van die ziekenhuizen zal beïnvloeden;

Overwegende dat het daarom noodzakelijk is dat de tegemoetkomingen voor de ziekenhuissector ook op 30 september 2021 aflopen in een context van gelijke behandeling, temeer deze tegemoetkomingen niet langer corresponderen met evenredige kosten;