

Overwegende dat het noodzakelijk is rekening te houden met de sluiting van akute en V-bedden;

. Gelet op de wetten op de raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wetten van 9 augustus 1980, 16 juni 1989 en 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat het dringend geboden is het globale budget van het Rijk, zoals bedoeld in artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen, voor het dienstjaar 1994 vast te stellen ten einde de beheerders tijdig in kennis te stellen van het budget van financiële middelen waarover zij zullen kunnen beschikken;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 26 oktober 1993 en op 23 november 1993;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het globale budget van het Rijk wordt voor het jaar 1994 vastgesteld op 129 947 300 000 frank verdeeld als volgt : 111 038 000 000 frank voor de algemene ziekenhuizen en 18 909 300 000 frank voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Art. 2. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 24 december 1993.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
B. ANSELME

Considérant qu'il y a lieu de tenir compte de la fermeture des lits aigus et V;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par les lois des 9 août 1980, 16 juin 1989 et 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il est urgent de fixer pour l'exercice 1994 le budget global pour le Royaume dont question à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, afin d'informer à temps les gestionnaires du budget des moyens financiers dont ils pourront disposer;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 26 octobre 1993 et le 23 novembre 1993;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le budget global pour le Royaume pour l'année 1994 est fixé à 129 947 300 000 francs, se répartissant en : 111 038 000 000 de francs pour les hôpitaux généraux et 18 909 300 000 francs pour les hôpitaux psychiatriques.

Art. 2. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 24 décembre 1993.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
B. ANSELME

N. 94 — 162

[C — 25413]

30 DECEMBER 1993. — Ministerieel besluit houdende wijziging van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op de artikelen 87, 88, 93, 94, derde lid, 97 en 99;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1993 houdende vaststelling van het globale budget van het Rijk, zoals bedoeld in artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen, voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen voor het dienstjaar 1994;

Gelet op het ministerieel besluit van 2 augustus 1986, houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, gewijzigd bij de ministerieel besluiten van 21 april 1987, 11 augustus 1987, 7 november 1988, 12 oktober 1989, 20 december 1989, 23 juni 1990, 10 juli 1990, 28 november 1990, 26 februari 1991, 20 maart 1991, 10 april 1991, 20 november 1991, 19 oktober 1992 en 30 oktober 1992;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling « Financiering », uitgebracht op 13 mei 1993 en 15 juli 1993;

Gelet op het advies van 3 december 1993 van de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, uitgebracht op 21 december 1993;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wetten van 9 augustus 1980, 4 juli 1989 en 19 juli 1991;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

F. 94 — 162

[C — 25413]

30 DECEMBRE 1993. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation

Le Ministre des Affaires Sociales,

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment les articles 87, 88, 93, 94, troisième alinéa, 97 et 99;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1993 fixant pour l'exercice 1994 le budget global du Royaume, visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux;

Vu l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation, modifié par les arrêtés ministériels des 21 avril 1987, 11 août 1987, 7 novembre 1988, 12 octobre 1989, 20 décembre 1989, 23 juin 1990, 10 juillet 1990, 28 novembre 1990, 26 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991, 19 octobre 1992 et 30 octobre 1992;

Vu les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Financement, donnés les 13 mai 1993 et 15 juillet 1993;

Vu l'avis du 3 décembre 1993 de la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 21 décembre 1993;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par la loi du 9 août 1980, la loi du 4 juillet 1989 et la loi du 19 juillet 1991;

Vu l'urgence;

Overwegende dat de rechtszekerheid gebiedt dat de ziekenhuisbeheerders dringend in kennis worden gesteld van de in 1994 vigerende voorwaarden en regelen inzake de financiering van de ziekenhuizen zodat ze tijdig de nodige maatregelen kunnen treffen,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 4, § 1, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, wordt als volgt vervangen :

« Art. 4 § 1. Voor de hierna vermelde diensten wordt een afzonderlijke prijs per verpleegdag bepaald die berekend wordt op basis van een afzonderlijk budget en een afzonderlijk quotum van verpleegdagen :

1° de diensten die gespecialiseerd zijn in behandeling en revalidatie (kenletter Sp), verder Sp-diensten genoemd, die gevestigd zijn in een ziekenhuis dat over één of meerdere andersoortige ziekenhuisdiensten beschikt;

2° de diensten voor intensieve neonatale zorg (kenletter N), verder N-diensten genoemd, vanaf het dienstjaar te bepalen door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft;

3° de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden die voldoen aan de criteria vermeld in de bijlage 1 bij dit besluit ».

Art. 2. In de inleidende zin van artikel 7 van het voornoemde ministerieel besluit worden tussen de woorden « 12quater » en « 13 » de woorden « 12 quinquies » ingevoegd, en de woorden « 14ter » na de woorden « 14bis ».

Art. 3. Artikel 11, § 2, van het voornoemd ministerieel besluit wordt als volgt gewijzigd :

1° in litera a), 2° wordt het woord « liften » geschrapt;

2° in litera b) wordt een 4° toegevoegd, luidend als volgt :

« 4° de onderhoudskosten van de liften en de verwarming »;

3° in litera c), 3° worden de woorden « onderhouds -en » geschrapt.

Art. 4. Artikel 11, § 2, d), 8°, laatste zin van het voornoemde ministerieel besluit, wordt aangevuld als volgt :

« of met elk ander bedrag, mits dat bedrag, dat overeenstemt met het reglement betreffende de werking van de inningsdienst, afgehouden wordt bij toepassing van artikel 140, § 2, van de wet op de ziekenhuizen ».

Art. 5. Artikel 12ter van het voornoemde ministerieel besluit, wordt als volgt gewijzigd :

1° punt f) wordt door de volgende bepaling vervangen :

« f) het personeel toegekend aan de openbare ziekenhuizen om het intern transport van de gehospitaliseerde patiënten te verzorgen »;

2° een punt j) wordt toegevoegd, luidend als volgt :

« j) de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel ».

Art. 6. In artikel 16 van het voornoemde ministerieel besluit wordt § 2ter ingevoegd, luidend als volgt :

« § 2ter. De afschrijvingslasten voor de investeringen die gedaan werden om te voldoen aan de architectonische normen voor de ziekenhuisapotheek mogen niet hoger zijn dan 40 % van de werkelijke investeringswaarden, beperkt tot de in § 1 bepaalde maximumbedragen, voor zover er betoelaging werd bekomen. Deze betoelaging moet blijken uit de beslissing van de daartoe bevoegde overheid.

Art. 7. In artikel 18, § 1 van het voornoemde ministerieel besluit worden de woorden « artikel 16, §§ 1, 2 en 3 » vervangen door de woorden « artikel 16, §§ 1, 2, 2ter en 3 ».

Art. 8. Artikel 22 van het voornoemde ministerieel besluit wordt door de volgende bepaling vervangen :

« Art. 22. De vakbondspremie zoals bedoeld in artikel 10 wordt gefinancierd met het bedrag dat men bekomt door het aantal gerealiseerde verpleegdagen met 2 frank te vermenigvuldigen ».

Art. 9. Artikel 22bis, § 2, van het voornoemde ministerieel besluit wordt aangevuld als volgt :

« Wat de afschrijvingen voor de lasten van opbouw en verbouwing betreft, wordt er enkel rekening gehouden met de werken die betrekking hebben op de architectonische normen, voorzien in de koninklijke besluiten houdende vaststelling van de erkenningsnormen waaraan de betrokken medisch-technische diensten moeten voldoen ».

Considérant que la sécurité juridique impose qu'il faut d'urgence informer les gestionnaires des hôpitaux des conditions et des règles en vigueur pour le financement des hôpitaux en 1994, afin qu'ils puissent prendre en temps utile les mesures nécessaires,

Arrête :

Article 1er. L'article 4, § 1er de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation est remplacé comme suit :

« Art. 4 § 1er. Pour les services mentionnés ci-dessous, est fixé un prix de journée d'hospitalisation distinct, calculé sur base d'un budget distinct et d'un quota de journées d'hospitalisation distinct :

1° les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (index Sp), dénommés ci-après services Sp, faisant partie d'un ensemble hospitalier comptant un ou plusieurs services de type différent;

2° les services des soins intensifs néonataux, (index N), dénommés ci-après services N, à partir de l'exercice à fixer par le Ministre qui a le prix de journée d'hospitalisation dans ses compétences;

3° les unités de traitement de grands brûlés répondant aux critères repris en annexe 1 du présent arrêté ».

Art. 2. A la phrase introductive de l'article 7 de l'arrêté ministériel précité, les mots « 12quinquies » sont insérés entre les mots « 12 quater » et « 13 » et les mots « 14ter » sont ajoutés après les mots « 14bis ».

Art. 3. L'article 11, § 2, de l'arrêté ministériel précité est modifié comme suit :

1° dans la lettre a), 2° le mot « ascenseurs » est supprimé;

2° dans la lettre b), est ajouté un 4°, libellé comme suit :

« 4° les frais d'entretien des ascenseurs et du chauffage »;

3° dans la lettre c), 3° les mots « d'entretien et » sont supprimés.

Art. 4. L'article 11, § 2, d), 8°, dernière phrase de l'arrêté ministériel précité, est complété comme suit :

« ou de tout autre montant pour autant que ce montant, correspondant au règlement relatif au fonctionnement du service de perception, soit retenu en application de l'article 140, § 2, de la loi sur les hôpitaux ».

Art. 5. L'article 12ter de l'arrêté ministériel précité est modifié comme suit :

1° le point f) est remplacé par la disposition suivante :

« f) le personnel accordé aux hôpitaux publics pour assurer le transport interne des patients hospitalisés »;

2° un point j) est ajouté, libellé comme suit :

« j) la formation permanente du personnel infirmier ».

Art. 6. A l'article 16 de l'arrêté ministériel précité, est inséré le § 2ter, libellé comme suit :

« § 2ter. Les charges d'amortissements des investissements réalisés en vue de répondre aux normes architecturales prévues pour la pharmacie hospitalière ne peuvent dépasser 40 % des valeurs réelles d'investissement limitées aux montants maxima visés au § 1er, pour autant qu'il y ait eu subvention. Ces subventions doivent être prouvées par la décision de l'autorité concernée compétente en cette matière.

Art. 7. A l'article 18, § 1er de l'arrêté ministériel précité, les mots « l'article 16, §§ 1, 2 et 3 » sont remplacés par les mots « l'article 16, §§ 1, 2, 2ter et 3 ».

Art. 8. L'article 22 de l'arrêté ministériel précité est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 22. La prime syndicale dont question à l'article 10 est financée par le montant obtenu en multipliant le nombre de journées réalisées par 2 francs ».

Art. 9. L'article 22bis, § 2, de l'arrêté ministériel précité est complété comme suit :

« En ce qui concerne les amortissements des charges de constructions et d'aménagement, sont uniquement retenus les travaux se rapportant aux normes architecturales prévues par les arrêtés royaux fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les différents services médico-techniques concernés ».

Art. 10. Artikel 23, § 2 van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt gewijzigd :

1° in litera 1° wordt de vermelding « S » vervangen door de vermelding « Sp » ;

2° litera 4° wordt aangevuld met de volgende bepaling :

« De eenheden voor de behandeling van zware brandwonden worden met deze categorie van ziekenhuizen gelijkgesteld. In voorkomend geval blijven de ziekenhuizen waarin deze eenheden gevestigd zijn, voor de overige soorten van ziekenhuisdiensten onder het toepassingsgebied van § 1 vallen ».

Art. 11. Artikel 27 van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt vervangen :

« Art. 27, § 1. Voor de toepassing van de karakteristieken op de ziekenhuizen die, naast een Sp-dienst, nog over andere soorten ziekenhuisdiensten beschikken, wordt met de Sp-diensten geen rekening gehouden.

§ 2. De bepalingen van Afdeling II worden op alle Sp-diensten afzonderlijk toegepast ».

Art. 12. De laatste zin van artikel 28 bis van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt vervangen :

« Hiertoe wordt rekening gehouden met hun structurele en functionele kenmerken alsook met het medisch en verpleegkundig niveau van die diensten, functies en activiteiten ».

Art. 13. Artikel 33 van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt gewijzigd :

1° § 1 wordt als volgt aangevuld :

« Wat de verwarming betreft, worden de kosten voor brandstof gewijzigd door ze te delen door de waarde van de dagtemperatuur van de streek waar het ziekenhuis gevestigd is, en door ze te vermenigvuldigen met de waarde van de gemiddelde dagtemperatuur van het land ».

2° § 2 wordt als volgt vervangen :

« § 2. De internaatkosten worden niet in de kostenvergelijking opgenomen, evenmin als de kosten bedoeld in de artikelen 12 bis, 12 ter, 12 quater en 12 quinquies, die respectievelijk door de Onderdelen B3, B4, B5 en B6 worden gedekt ».

Art. 14. In artikel 34 §§ 2, 3, c) van het voornoemde ministerieel besluit, worden tussen het woord « aangepast » en de woorden « door het aandeel van het operatiekwartier », de woorden « door het aandeel van de administratie met 25 % te verminderen en » ingevoegd.

Art. 15. Artikel 37, § 1, 2° en 3° lid van het voornoemde ministerieel besluit, wordt als volgt vervangen :

« Deze gemiddelde gecorrigeerde kostprijs wordt evenwel met 2 % vermindert voor de onderhoudskosten, de administratieve kosten en de kosten voor was en linnen, behalve als de reële gemiddelde verblijfsduur onder de genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur valt. Voornoemde verblijfsduren worden berekend overeenkomstig de bepalingen van bijlage 3 van dit besluit ».

Art. 16. In artikel 37, § 2 van het voornoemde ministerieel besluit worden de laatste drie leden geschrapt.

Art. 17. In artikel 38, a) van het voornoemde ministerieel besluit, worden de woorden « aan de som » vervangen door de woorden « met de som ».

Art. 18. Artikel 38, c) van het voornoemde ministerieel besluit wordt aangevuld met de volgende bepaling :

« Onder actueel budget B1 wordt verstaan het budget waarover het ziekenhuis beschikt op 31 december van het jaar voorafgaand aan het dienstjaar waarin, bij toepassing van artikel 40, § 2, een nieuw Onderdeel B1 vastgelegd werd. Dit budget wordt berekend door de waarde per dag van Onderdeel B1 van het ziekenhuis te vermenigvuldigen met het quotum dat, overeenkomstig artikel 53, toegekend werd; hierbij blijven buiten beschouwing de aanpassingen betreffende het bijkomend personeel dat toegekend werd krachtens artikel 11 van het ministerieel besluit van 20 november 1991 tot vaststelling, voor het dienstjaar 1992, van de specifieke voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten alsook die aanpassing voortvloeiend uit de vaststelling van een te lange verblijfsduur in de kraamkliniek, bedoeld in artikel 46 bis ».

Art. 19. In artikel 40, § 1 van het voornoemde ministerieel besluit wordt de vermelding « V » vervangen door de vermelding « Sp ».

Art. 20. Artikel 40 van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt gewijzigd :

1° § 2 wordt de nieuwe § 3, luidend als volgt :

« § 3. De overgang van het actuele budget naar het definitieve budget verloopt progressief met dien verstande dat die 10 % bedraagt voor het eerste jaar van de periode van drie jaar en 10 % bijkomend voor elk daaropvolgend dienstjaar.

Art. 10. L'article 23, § 2 de l'arrêté ministériel précité est modifié comme suit :

1° dans le littéra 1°, la mention « S » est remplacée par la mention « Sp » ;

2° le littéra 4° est complété comme suit :

« Sont assimilés à cette catégorie d'hôpitaux, les unités de traitement de grands brûlés. Dans ce cas, les hôpitaux où sont situés ces unités, restent, pour les autres types de services hospitaliers, visés par les dispositions du § 1 ».

Art. 11. L'article 27 de l'arrêté ministériel précité est remplacé comme suit :

« Art. 27, § 1er. Pour l'application des caractéristiques aux hôpitaux qui disposent, outre un service Sp, d'autres types de services hospitaliers, les services Sp ne sont pas pris en considération.

§ 2. Les dispositions de la Section II s'appliquent séparément à tous les services Sp ».

Art. 12. La dernière phrase de l'article 28 bis de l'arrêté ministériel précité est remplacée par :

« Pour cela, il est tenu compte de leurs caractéristiques structurelles et fonctionnelles ainsi que du niveau médical et infirmier de ces services, fonctions et activités ».

Art. 13. L'article 33 de l'arrêté ministériel précité est modifié comme suit :

1° le § 1er est complété comme suit :

« En ce qui concerne le chauffage, les coûts relatifs au combustible sont modifiés en les divisant par la valeur degré/jour de la région où est situé l'hôpital et en les multipliant par la valeur degré/jour moyenne pour le pays ».

2° le § 2 est remplacé par :

« § 2. Les frais d'internat ne sont pas repris dans la comparaison des coûts, ni les frais visés aux articles 12 bis, 12 ter, 12 quater et 12 quinquies, couverts respectivement par les Sous-parties B3, B4, B5 et B6 ».

Art. 14. A l'article 34, §§ 2, 3, c) de l'arrêté ministériel précité, les mots « en diminuant de 25 % la partie relative à l'administration et » sont insérés entre les mots « les frais d'entretien » et « en augmentant ».

Art. 15. L'article 37, § 1, 2° et 3° alinéas de l'arrêté ministériel précité, sont remplacés comme suit :

« Ce coût corrigé moyen est toutefois diminué de 2 % pour les frais d'entretien, les frais administratifs et les frais de buanderie-lingerie, sauf si la durée réelle moyenne de séjour de l'hôpital est inférieure à la durée moyenne normalisée. Les durées de séjour précitées sont calculées conformément aux dispositions reprises en annexe 3 du présent arrêté ».

Art. 16. A l'article 37, § 2, de l'arrêté ministériel précité, les 3 derniers alinéas sont supprimés.

Art. 17. A l'article 38, a) de l'arrêté ministériel précité, les mots « à la somme » sont remplacés par les mots « avec la somme ».

Art. 18. L'article 38, c) de l'arrêté ministériel précité est complété comme suit :

« Par budget actuel B1, on entend le budget dont dispose l'hôpital au 31 décembre de l'année précédant l'exercice de fixation d'une nouvelle Sous-partie B1 en application de l'article 40, § 2. Ce budget est calculé en multipliant la valeur par journée de la Sous-partie B1 de l'hôpital par le quota qui lui est attribué en fonction de l'article 53, en ne tenant pas compte des adaptations relatives à du personnel supplémentaire accordé en vertu de l'article 11 de l'arrêté ministériel du 20 novembre 1991 fixant pour l'exercice 1992, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers, ainsi que de celle résultant de la constatation d'une trop longue durée de séjour en maternité visée à l'article 46 bis ».

Art. 19. A l'article 40, § 1er de l'arrêté ministériel précité, la mention « V » est remplacée par la mention « Sp ».

Art. 20. L'article 40 de l'arrêté ministériel précité est modifié comme suit :

1° le § 2 devient le nouveau § 3, libellé comme suit :

« § 3. Le passage du budget actuel vers le budget définitif se fera progressivement étant entendu qu'il est égal à 10 % la première année de la période de trois ans et à 10 % complémentirement pour chacun des exercices suivants.

In afwijking van het eerste lid, wordt het percentage op 20 % vastgesteld voor het eerste jaar van de tweede periode van drie jaar en op 20 % bijkomend voor elk daaropvolgend dienstjaar.

Voor de ziekenhuizen waarvan het definitieve budget voor het geheel van de Onderdelen B1 en B2 na toepassing van artikel 46, § 1 meer dan 10 % van het actuele budget afwijkt, wordt evenwel het percentage voor het eerste jaar van de tweede periode van drie jaar op 30 % vastgesteld, en op 30 % bijkomend voor elk daaropvolgend dienstjaar zonder dat dit resulteert in een overschrijding van het nationale budget voor Onderdeel B1 ».

2° § 3 wordt § 2.

Art. 21. In artikel 41 van het voornoemde ministerieel besluit wordt de vermelding « V » vervangen door de vermelding « Sp ».

Art. 22. Artikel 42, § 3 van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt gewijzigd :

1° na het woord « waarde » worden de woorden « op 31 december van het dienstjaar voorafgaand aan dat tijdens hetwelk het nieuwe Onderdeel B2, bij toepassing van voornoemde § 2, vastgesteld werd » ingevoegd.

2° de woorden « te verhogen met een bedrag dat overeenkomt met de waarde van 0,4 full-time equivalent per 30 bedden, berekend aan 800 000 frank per full-time equivalent » worden vervangen door de woorden « zonder rekening te houden met de aanpassingen betreffende respectievelijk het bijkomende personeel dat toegekend werd krachtens de verschillende sociale akkoorden die afgesloten werden in de periode van 1989 tot 1991, de vaststelling van een te lange verblijfsduur in een kraamkliniek bedoeld in artikel 46bis, de vermindering die toegepast werd krachtens § 8 van dit artikel en de toepassing van de bepalingen van artikel 15 van het ministerieel besluit van 28 november 1990 tot vaststelling voor het dienstjaar 1991, van de specifieke voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten ».

Art. 23. Artikel 42, § 8 van het voornoemde ministerieel besluit wordt met de volgende bepalingen aangevuld :

« Indien echter blijkt dat het budget voor het personeel van de verpleegeenheden lager is dan het budget dat nodig is om de basisactiviteit te dekken, wordt, alvorens artikel 46 toe te passen, het definitieve budget aangepast met een bedrag berekend als volgt :

— men maakt het verschil (D) tussen de twee voornoemde budgetten;

— dat verschil wordt vergeleken met het bedrag (A) dat overeenstemt met de in § 9 bedoelde aanpassing vastgesteld in het laatste jaar van de lopende driejarige periode voor wat betreft het gedeelte met betrekking tot het personeel van de verpleegeenheden;

— indien D hoger is dan A, wordt $D - A$ uitgedrukt als een percentage van het definitieve budget. Van dat percentage wordt desgevallend het positieve procentuele verschil tussen de reële gemiddelde verblijfsduur van het ziekenhuis en zijn genormaliseerde gemiddelde duur afgetrokken. Deze twee verblijfsduren worden berekend overeenkomstig de regeling vermeld in bijlage 3 bij dit besluit;

— het definitieve budget wordt vermeerderd met het aldus vastgestelde nieuwe percentage.

Onder budget voor het personeel van de verpleegeenheden wordt verstaan, het resultaat van de vermenigvuldiging van het voor die eenheden toegekende aantal punten met de waarde van het punt, aangepast met een percentage dat het verschil weergeeft tussen het budget berekend krachtens artikel 42, § 7, 1ste zin en het budget berekend volgens artikel 42, § 8, 1ste en 2de lid.

Het vereiste budget om de basisactiviteit te dekken stemt overeen met de lasten voor het verplegend personeel van de verpleegeenheden voor het dienstjaar dat door de Minister die de verpleegdagsprijs onder zijn bevoegdheid heeft wordt vastgesteld, berekend met toepassing van de normen vermeld in artikel 43, § 4, a).

Art. 24. Artikel 42, § 9 van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt vervangen :

« § 9. De overgang van het actuele budget B2 naar het definitieve budget B2 verloopt progressief met dien verstande dat die voor het eerste jaar van de periode van drie jaar 10 % bedraagt en 10 % bijkomend voor elk daaropvolgend dienstjaar.

In afwijking van het eerste lid, wordt het percentage voor het eerste jaar van de tweede periode van drie jaar op 20 % vastgesteld en op 20 % bijkomend voor elk daaropvolgend dienstjaar. Voor de ziekenhuizen waarvan na toepassing van artikel 46bis, § 1 het definitieve budget van de Onderdelen B1 en B2 samen echter meer dan 10 % van het actuele budget afwijkt, wordt het percentage voor het eerste jaar op 30 % vastgesteld voor de tweede periode van drie jaar, en op 30 % bijkomend voor elk daaropvolgend dienstjaar zonder dat dit resulteert in een overschrijding van het nationale budget voor Onderdeel B2 ».

Par dérogation au 1er alinéa, le pourcentage relatif à la première année est fixé à 20 % pour la deuxième période de trois ans et à 20 % complémentaiement pour chacun des exercices suivants.

Cependant pour les hôpitaux dont le budget définitif de l'ensemble des Sous-parties B1 et B2 après application de l'article 46, § 1 diffère de plus de 10 % du budget actuel, le pourcentage relatif à la première année est fixé à 30 % pour la deuxième période de trois ans et à 30 % complémentaiement pour chacun des exercices suivants sans qu'il en résulte un dépassement du budget national pour la Sous-partie B1 ».

2° le § 3 devient le § 2.

Art. 21. A l'article 41 de l'arrêté ministériel précité, la mention « V » est remplacée par la mention « Sp ».

Art. 22. L'article 42, § 3 de l'arrêté ministériel précité est modifié comme suit :

1° après le mot « valeur », sont insérés les mots « au 31 décembre de l'exercice précédant celui de fixation de la nouvelle Sous-partie B2 en application du § 2 précité;

2° les mots « à augmenter d'un montant qui correspond à la valeur de 0,4 équivalent temps plein par 30 lits calculés à 800 000 francs par équivalent temps plein » sont remplacés par « en ne tenant pas compte des adaptations relatives respectivement au personnel supplémentaire accordé en vertu des différents accords sociaux conclus pendant la période de 1989 à 1991, à la constatation d'une trop longue durée de séjour en maternité visée à l'article 46bis, à la réduction appliquée en vertu du § 8 du présent article, à l'application des dispositions de l'article 15 de l'arrêté ministériel du 28 novembre 1990 fixant, pour l'exercice 1991, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers ».

Art. 23. L'article 42, § 8 de l'arrêté ministériel précité est complété par les dispositions suivantes :

« Cependant, avant application de l'article 46, s'il apparaît que le budget pour le personnel des unités de soins est inférieur au budget nécessaire pour couvrir l'activité de base, le budget définitif est adapté d'un montant calculé comme suit :

— on établit la différence (D) entre les deux budgets précités;

— cette différence est comparée avec le montant (A) correspondant à l'ajustement visé au § 9 prévu la dernière année de la période courante de 3 ans pour la partie relative au personnel des unités de soins;

— si D est supérieure à A, $D - A$ est exprimé en pourcentage du budget définitif. De ce pourcentage est déduite le cas échéant la différence positive exprimée en pourcentage entre la durée réelle moyenne de séjour de l'hôpital et sa durée moyenne normalisée. Ces deux durées de séjour sont calculées conformément aux modalités reprises en annexe 3 du présent arrêté;

— le budget définitif est augmenté du nouveau pourcentage ainsi déterminé.

Par budget pour le personnel des unités de soins, est entendu, le résultat de la multiplication du nombre de points attribué pour ces unités par la valeur du point, adapté d'un pourcentage représentant la différence entre le budget calculé en vertu de l'article 42, § 7, 1re phrase et celui calculé en fonction de l'article 42, § 8, 1er et 2e alinéas.

Le budget nécessaire pour couvrir l'activité de base est égal aux charges de personnel infirmier des unités de soins de l'exercice déterminé par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses compétences, calculées en application des normes reprises à l'article 43, § 4, a).

Art. 24. L'article 42, § 9 de l'arrêté ministériel précité est remplacé comme suit :

« § 9. Le passage du budget actuel B2 vers le budget définitif B2 s'effectuera progressivement étant entendu qu'il est égal à 10 %, pour la première année de la période de trois ans, et à 10 % complémentaiement pour chacun des exercices suivants.

Par dérogation à l'alinéa premier, le pourcentage de la première année est fixé à 20 % pour la deuxième période de trois ans et 20 % complémentaiement pour chacun des exercices suivants. Cependant, pour les hôpitaux dont le budget définitif de l'ensemble des Sous-parties B1 et B2 après application de l'article 46bis, § 1, diffère de plus de 10 % du budget actuel, le pourcentage relatif à la première année est fixé à 30 % pour la deuxième période de trois ans et à 30 % complémentaiement pour chacun des exercices suivants sans qu'il en résulte un dépassement du budget national pour la Sous-partie B2 ».

Art. 25. Artikel 43, § 1, van het voornoemde ministerieel besluit wordt aangevuld als volgt :

« 3^o de minimale verpleegkundige gegevens (M.V.G.) : de statistische gegevens bedoeld in het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en met betrekking tot een door hem vast te stellen periode;

Art. 26. In artikel 43, § 2, 1^o, a) van het voornoemde ministerieel besluit wordt de vermelding « , L en S » vervangen door de vermelding « en L » en wordt de vermelding « voor de S-bedden (allergie) : 0,83 punt » geschrapt.

Art. 27. Artikel 43, § 2, 2^o van het voornoemde ministerieel besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

« 2^o Voor de hoofden van de verpleegkundige diensten en het middenkader worden er punten toegekend volgens de onderstaande modaliteiten :

- ziekenhuizen tot 149 erkende bedden : 6,45 punten;
- ziekenhuizen van 150 tot 250 erkende bedden : 7,63 punten;
- ziekenhuizen van 251 tot 299 erkende bedden : 9,50 punten;
- ziekenhuizen van 300 tot 449 erkende bedden : 12,29 punten;
- ziekenhuizen van 450 tot 500 erkende bedden : 13,95 punten;
- ziekenhuizen van 501 tot 599 erkende bedden : 16,22 punten;
- ziekenhuizen van 600 tot 749 erkende bedden : 19,54 punten;
- ziekenhuizen van 750 tot 899 erkende bedden : 22,86 punten;
- ziekenhuizen van 900 tot 1 200 erkende bedden : 27,28 punten;
- ziekenhuizen met meer dan 1 200 erkende bedden : 35,02 punten ».

Art. 28. Artikel 43, § 2, 3^o van het voornoemde ministerieel besluit, wordt vervangen als volgt :

« 3^o Het aantal punten toegekend aan de C-bedden overeenkomstig punt 1^o wordt vermeerderd naargelang van de totale waarde per bezet C-bed, van de heekkundige ingrepen voor gehospitaliseerde patiënten in een vast te stellen dienstjaar, berekend overeenkomstig de voornoemde nomenclatuur.

Met het oog op die berekening worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de heekkundige verstrekkings per bezet bed :

- voor de ziekenhuizen die behoren tot de 3 decielen met de laagste waarde per bed : geen bijkomend punt;
- voor de ziekenhuizen van het 4^o, 5^o en 6^o deciel : 0,03 punt;
- voor de ziekenhuizen van het 7^o deciel : 0,09 punt;
- voor de ziekenhuizen van het 8^o deciel : 0,16 punt;
- voor de ziekenhuizen van het 9^o deciel : 0,23 punt;
- voor de ziekenhuizen van het 10^o deciel : 0,30 punt.

De aldus voor de heekkunde toegekende punten worden ten belope van 70 % in aanmerking genomen. De punten die de resterende 30 % vertegenwoordigen worden voor het gehele land samengeteld en verdeeld overeenkomstig punt 6^o hierna ».

Art. 29. Artikel 43, § 2, 4^o van het voornoemde ministerieel besluit wordt vervangen als volgt :

« 4^o Het aantal punten toegakend aan D-bedden overeenkomstig punt 1^o wordt vermeerderd op basis van de totale waarde van de geneeskundige verstrekkings per bezet D-bed, berekend overeenkomstig de bovenbedoelde nomenclatuur en verleend aan patiënten opgenomen in een D-dienst, met uitzondering van verstrekkings van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en van forfaitaire honoraria.

Met het oog op deze berekening worden de ziekenhuizen ingedeeld volgens de stijgende waarde van deze verstrekkings per bezet D-bed :

- voor de ziekenhuizen die behoren tot de 3 decielen met de laagste waarde per bed : geen bijkomende punten;
- voor de ziekenhuizen van het 4^o, 5^o en 6^o deciel : 0,03 punt;
- voor de ziekenhuizen van het 7^o deciel : 0,09 punt;
- voor de ziekenhuizen van het 8^o deciel : 0,16 punt;
- voor de ziekenhuizen van het 9^o deciel : 0,23 punt;
- voor de ziekenhuizen van het 10^o deciel : 0,30 punt.

De aldus toegekende punten voor de D-bedden worden in aanmerking genomen ten belope van 70 %. De punten die de overige 30 % vertegenwoordigen worden samengeteld voor het gehele land en verdeeld overeenkomstig 6^o hierna ».

Art. 25. L'article 43, § 1er, de l'arrêté ministériel précité est complété comme suit :

« 3^o le résumé infirmier minimum (R.I.M.) : les données statistiques, visées à l'arrêté royal du 14 août 1987 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et se rapportant à une période à déterminer par lui;

Art. 26. A l'article 43, § 2, 1^o, a) de l'arrêté ministériel précité, la mention « , L et S » est remplacée par la mention « et L » et la mention « pour les lits S (allergie) : 0,83 points » est supprimée.

Art. 27. L'article 43, § 2, 2^o de l'arrêté ministériel précité est remplacé comme suit :

« 2^o Pour les chefs de services infirmiers et le cadre intermédiaire, des points sont attribués selon les modalités suivantes :

- hôpitaux jusqu'à 149 lits agréés : 6,45 points;
- hôpitaux de 150 à 250 lits agréés : 7,63 points;
- hôpitaux de 251 à 299 lits agréés : 9,50 points;
- hôpitaux de 300 à 449 lits agréés : 12,29 points;
- hôpitaux de 450 à 500 lits agréés : 13,95 points;
- hôpitaux de 501 à 599 lits agréés : 16,22 points;
- hôpitaux de 600 à 749 lits agréés : 19,54 points;
- hôpitaux de 750 à 899 lits agréés : 22,86 points;
- hôpitaux de 900 à 1 200 lits agréés : 27,28 points;
- hôpitaux de plus de 1 200 lits agréés : 35,02 points ».

Art. 28. L'article 43, § 2, 3^o de l'arrêté ministériel précité, est remplacé comme suit :

« 3^o. Le nombre de points attribués conformément au point 1^o pour les lits C est augmenté en fonction de la valeur totale par lit C occupé, des prestations chirurgicales pour des patients hospitalisés dans un exercice à déterminer, calculé conformément à la nomenclature précitée.

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

- pour les hôpitaux qui appartiennent aux 3 déciles avec la valeur par lit la plus basse : pas de point supplémentaire;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 4^o, 5^o et 6^o décile : 0,03 point;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 7^o décile : 0,09 point;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 8^o décile : 0,16 point;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 9^o décile : 0,23 point;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 10^o décile : 0,30 point.

Les points ainsi attribués pour la chirurgie sont retenus à concurrence de 70 %. Les points représentant les 30 % restants sont totalisés pour l'ensemble du pays et sont répartis conformément au 6^o ci-après ».

Art. 29. L'article 43, § 2, 4^o de l'arrêté ministériel précité est remplacé comme suit :

« 4^o Le nombre de points attribués conformément au point 1^o pour les lits D est augmenté sur base de la valeur totale des prestations médicales par lit D occupé, calculé conformément à la nomenclature susvisée octroyées aux patients admis dans un service D, à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires.

En vue de ce calcul, les hôpitaux sont répartis selon la valeur croissante des prestations par lit D occupé :

- pour les hôpitaux qui appartiennent aux 3 déciles avec les valeurs les plus basses : pas de point supplémentaire;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 4^o, 5^o et 6^o décile : 0,03 point;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 7^o décile : 0,09 point;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 8^o décile : 0,16 point;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 9^o décile : 0,23 point;
- pour les hôpitaux qui appartiennent au 10^o décile : 0,30 point.

Les points ainsi attribués pour les lits D sont retenus à concurrence de 70 %. Les points représentant les 30 % restants sont totalisés pour l'ensemble du pays et sont répartis conformément au 6^o ci-après ».

Art. 30. Artikel 43, § 2, 5° van het voornoemde ministerieel besluit wordt gewijzigd als volgt :

1° De eerste 3 leden en de eerste zin van het 4° lid van artikel 43, § 2, 5° van het voornoemde ministerieel besluit worden vervangen door :

« Het aantal punten toegekend aan de E-bedden overeenkomstig punt 1° wordt verhoogd naargelang van het aantal MVG-punten per verpleegdag vastgesteld op basis van de minimale verpleegkundige gegevens voor de E-bedden volgens de regeling vermeld in bijlage 2 van dit besluit »;

Met het oog op de toepassing van het vorige lid worden de ziekenhuizen in decielen ingedeeld volgens de stijgende waarde van het voormelde aantal M.V.G.-punten per verpleegdag.

Aan de ziekenhuizen die tot het 1e deciel behoren wordt 0,01 punt per bed toegekend.

Het aantal punten per bed wordt telkens, per deciel, met 0,01 punt verhoogd ».

2° De tweede zin van het 4de lid wordt vervangen als volgt :

« De aldus bekomen punten worden vermeerderd op grond van de overeenkomstig de voormelde nomenclatuur berekende totale waarde van de geneeskundige verstrekkingen per bezet E-bed toegekend aan de in een E-dienst opgenomen patiënten, met uitzondering van de verstrekkingen van klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en de forfaitaire honoraria ».

Art. 31. Artikel 43, § 2, 6° van het voornoemde ministerieel besluit wordt vervangen door :

« Voor de C-, D-, C + D bedden wordt een aantal punten toegekend overeenkomstig de hiernavolgende bepalingen :

Naargelang van het aantal M.V.G.-punten per verpleegdag vastgesteld op basis van de minimale verpleegkundige gegevens voor de bovengenoemde bedden volgens de regeling vermeld in bijlage 2 van dit besluit, worden de ziekenhuizen in decielen ingedeeld naargelang van de stijgende waarde van het voornoemde aantal M.V.G.-punten per verpleegdag.

— voor de ziekenhuizen die behoren tot de 3 decielen met de laagste waarde per bed : geen bijkomende punten;

— voor de ziekenhuizen van het 4°, 5° en 6° deciel : 0,02 punt;

— voor de ziekenhuizen van het 7° deciel : 0,05 punt;

— voor de ziekenhuizen van het 8° deciel : 0,09 punt;

— voor de ziekenhuizen van het 9° deciel : 0,13 punt;

— voor de ziekenhuizen van het 10° deciel : 0,17 punt.

Het aantal aldus toegekende punten wordt met een coëfficiënt aangepast, teneinde gelijk te zijn aan het aantal punten voor het gehele land zoals bedoeld in 3° en 4° hierboven ».

Art. 32. In artikel 43 § 2 van het voornoemde ministerieel besluit, wordt een 7° ingevoegd, luidend als volgt :

« 7° Het aantal punten berekend volgens de bepalingen van punt 1°, 2°, 3°, 4°, 5° en 6° wordt voor elk ziekenhuis samengegeld ».

Art. 33. Artikel 43, § 3 van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt gewijzigd :

1° in het eerste lid worden de woorden « drie soorten activiteiten » door « vier soorten activiteiten » vervangen;

2° in punten a en b worden de woorden « en deze bedoeld in artikel 12, 2° tot en met 6° » geschrapt;

3° het punt c) wordt vervangen door :

« c) de kosten van de medische produkten : de kosten bedoeld in artikel 12, 2° tot en met 6°, waarbij die worden onderverdeeld in kosten m.b.t. het operatiekwartier, kosten m.b.t. de spoedgevallendienst en kosten m.b.t. de verpleegeenheden »;

4° er wordt een punt d) toegevoegd, luidend als volgt :

« d) de kosten voor het personeel van de centrale sterilisatie ».

Art. 34. Artikel 43, § 3, 2°, a) van het voornoemde ministerieel besluit wordt vervangen door :

« a) voor het operatiekwartier : per operatiezaal worden 7,50 punten toegekend. Het aantal operatiezalen wordt als volgt bepaald :

— 1ste berekening :

Eerst wordt een theoretisch aantal operatiezalen berekend.

Het theoretisch aantal operatiezalen is gelijk aan één zaal per 25 C-bedden mits de gemiddelde waarde per operatiezaal van de heelkundige verstrekkingen voor de gehospitaliseerde patiënten, berekend op basis van voormelde nomenclatuur, minstens gelijk is aan de gemiddelde waarde voor het gehele land.

Indien de gemiddelde waarde van het ziekenhuis lager is dan de gemiddelde waarde voor het gehele land, wordt het aantal zalen verminderd tot die gemiddelde waarde is bereikt.

Art. 30. L'article 43, § 2, 5° de l'arrêté ministériel précité est modifié comme suit :

1° Les 3 premiers alinéas et la première phrase du 4ième alinéa de l'article 43, § 2, 5° de l'arrêté ministériel précité sont remplacés par :

« Le nombre de points attribués conformément au point 1° pour les lits E est augmenté sur base du nombre de points — R.I.M. par journée d'hospitalisation établi à partir de résumé infirmier minimum pour les lits E selon les modalités reprises en annexe 2 du présent arrêté »;

En vue de l'application de l'alinéa précédent, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du nombre de points — R.I.M. par journée d'hospitalisation visé ci-dessus.

Pour les hôpitaux qui appartiennent au 1er décile, est attribué 0,01 point par lit.

Le nombre de points par lit est par décile chaque fois, augmenté de 0,01 point ».

2° La deuxième phrase du 4ième alinéa est remplacée par :

« Les points ainsi obtenus sont augmentés sur base de la valeur totale des prestations médicales par lit E occupé, calculée conformément à la nomenclature susvisée, et octroyées aux patients admis dans un service E à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires ».

Art. 31. L'article 43, § 2, 6° de l'arrêté ministériel précité est remplacé par :

« Pour les lits C, D, et C + D il est attribué un nombre de points calculé conformément aux dispositions ci-après :

Sur base du nombre de points — R.I.M. par journée d'hospitalisation établi à partir du résumé infirmier minimum pour les lits susmentionnés selon les modalités reprises en annexe 2 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du nombre de points — R.I.M. par journée d'hospitalisation, visé ci-dessus.

— pour les hôpitaux qui appartiennent aux 3 déciles avec les valeurs les plus basses : pas de point supplémentaire;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 4°, 5° et 6° décile : 0,02 point;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 7° décile : 0,05 point;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 8° décile : 0,09 point;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 9° décile : 0,13 point;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 10° décile : 0,17 point.

Le nombre de points ainsi attribués est adapté d'un coefficient afin d'être égal au nombre de points pour tout le pays tels que visés aux 3° et 4° ci-dessus ».

Art. 32. A l'article 43, § 2 de l'arrêté ministériel précité, il est inséré un 7°, libellé comme suit :

« 7° Le nombre de points calculé selon les dispositions des points 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° sont additionnés pour chaque hôpital ».

Art. 33. L'article 43, § 3 de l'arrêté ministériel précité est modifié comme suit :

1° au premier alinéa, les mots « trois types d'activités » sont remplacés par « quatre types d'activité »;

2° aux points a et b, les mots « et ceux visés dans l'article 12, 2° jusqu'à 6°, y compris » sont supprimés;

3° le point c) est remplacé par :

« c) les coûts des produits médicaux : les coûts visés en l'article 12, 2° à 6° y compris, en les subdivisant entre ceux relatifs au quartier opératoire, ceux relatifs au service d'urgences et ceux relatifs aux unités de soins »;

4° un point d) est ajouté, libellé comme suit :

« d) les coûts pour le personnel de la stérilisation centrale ».

Art. 34. L'article 43, § 3, 2°, a) de l'arrêté ministériel précité, est remplacé par :

« a) pour le quartier opératoire : 7,50 points sont attribués par salle d'opérations. Le nombre de salles d'opérations est déterminé de la manière suivante :

— 1er calcul :

En premier lieu, un nombre théorique de salles d'opération est calculé.

Le nombre théorique de salles d'opération est égal à une salle par 25 lits C pour autant que la valeur moyenne par salle d'opération des prestations chirurgicales pour les patients hospitalisés, calculée suivant la nomenclature précitée est au moins égale à la valeur moyenne calculée pour tout le pays.

Si la valeur moyenne de l'hôpital est inférieure à la valeur moyenne pour tout le pays, le nombre de salles est diminué jusqu'à ce que cette valeur moyenne pour tout le pays soit atteinte.

Indien die gemiddelde waarde voor het ziekenhuis echter hoger is dan de gemiddelde waarde voor het gehele land, wordt het aantal zalen berekend door de globale waarde voor het ziekenhuis te delen door de gemiddelde waarde van het land. De helft van het verschil tussen dit aantal zalen en het aantal berekend overeenkomstig het tweede lid wordt toegevoegd aan het aantal zalen berekend volgens het tweede lid.

— 2de berekening :

Per heekkundige ingreep vermeld in bijlage 4 van dit besluit, wordt een standaardtijd toegekend zoals opgegeven in dezelfde bijlage.

Die standaardtijden worden verhoogd om rekening te houden met de tijd nodig voor het opbergen van het materiaal en de voorbereiding van de zaal, met 33 % voor de ingrepen vermeld in de codes 1 tot 6, met 25 % voor de ingrepen vermeld in code 7 en met 20 % voor de ingrepen van de codes 8 tot 15.

Daarenboven worden de standaardtijden met 30 % verhoogd voor de ziekenhuizen met stagediensten die erkend zijn om een volledige opleiding in de heekkunde te verzorgen, op voorwaarde dat die ziekenhuizen per 10 chirurgiebedden over minstens één kandidaat-specialist in de volgende disciplines beschikken :

- neurochirurgie;
- plastische chirurgie;
- abdominale chirurgie;
- thoraxchirurgie;
- vaatchirurgie;
- oftalmologische chirurgie;
- O.R.L. chirurgie;
- urologische chirurgie;
- orthopedische chirurgie;
- stomatologische chirurgie.

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

$$\frac{\text{aantal ingrepen} \times \text{aangepaste tijd}}{1.520 \times 3} = \text{Aantal zalen}$$

Dat laatste aantal wordt voor de financiering van het personeel van de ontwaakzaal, met een percentage aangepast, zodat het totale aantal zalen dat aldus voor het gehele land is vastgesteld, gelijk is aan het aantal dat voor het gehele land is vastgesteld op basis van de eerste berekening.

— Derde berekening :

Het aantal zalen vastgesteld op basis van de 1ste en 2de berekening worden samengevoegd en door twee gedeeld. Het bekomen resultaat is evenwel steeds minstens gelijk aan twee.

Bovenop de punten toegekend overeenkomstig de voorgaande leden, worden per operatiezaal in heekkundige diensten die permanent beschikbaar wordt gehouden 20 punten toegekend.

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

— Voor alle ziekenhuizen :

Er wordt een zaal toegekend als :

- het ziekenhuis bij de dienst 100 is aangesloten;
- het aantal zalen vastgesteld volgens de voornoemde eerste berekening minstens 8 bedraagt;
- het ziekenhuis beantwoordt aan de voorwaarden bepaald in het nummer 590144 van voormelde nomenclatuur;
- het ziekenhuis gerangschikt is in de laatste twee decielen bedoeld in § 2, 1), c voor de berekening van het aantal bedden intensieve zorgen.

of als

- het aantal zalen bepaald volgens hierboven vermelde eerste berekening minstens 5 bedraagt;
- het ziekenhuis gerangschikt is in de laatste vier decielen bedoeld in § 2, 1), c voor de berekening van het aantal bedden intensieve zorgen;
- het ziekenhuis beschikt over een erkende dienst voor interventionele hartcatheterisatie.

Voor de ziekenhuizen waarvan minstens 75 % van de erkende C-bedden als universitaire bedden zijn aangewezen en voor zover die ziekenhuizen aan de eerste reeks eisen voldoen, wordt een zaal toegekend, als het ziekenhuis over een erkende dienst voor interventionele hartcatheterisatie beschikt; er wordt een andere bijkomende zaal toegekend als het ziekenhuis over een neurochirurgie-dienst beschikt die minstens, tijdens het dienstjaar vastgesteld door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, 250 ingrepen uitvoert, waarvan minstens 150 ingrepen vermeld in de voornoemde nomenclatuur met een waarde gelijk aan of hoger dan K400.

Si cette valeur moyenne pour l'hôpital est toutefois plus élevée que la valeur moyenne pour tout le pays, il est calculé un nombre de salles en divisant la valeur globale pour l'hôpital par la valeur moyenne du pays. La moitié de la différence, entre ce nombre de salles et le nombre calculé conformément au deuxième alinéa est ajouté au nombre de salles calculé selon le deuxième alinéa.

— 2ième calcul :

Par intervention chirurgicale figurant en annexe 4 du présent arrêté, il est attribué un temps standard tel que repris dans la même annexe.

Ces temps standards sont augmentés pour tenir compte des délais nécessaires pour le rangement de matériel et la préparation de la salle, de 33 % pour les interventions reprises dans les codes 1 à 6, de 25 % pour les interventions reprises dans le code 7 et de 20 % pour les interventions reprises dans les codes 8 à 15.

En outre, les temps standards sont augmentés de 30 % pour les hôpitaux ayant des services de stage agréés pour assurer une formation complète en chirurgie à condition que ces hôpitaux disposent au moins d'un candidat spécialiste par 10 lits de chirurgie dans les disciplines suivantes :

- neurochirurgie;
- chirurgie plastique;
- chirurgie abdominale;
- chirurgie du thorax;
- chirurgie des vaisseaux;
- chirurgie ophtalmologique;
- chirurgie O.R.L.;
- chirurgie urologique;
- chirurgie orthopédique;
- chirurgie stomatologique.

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

$$\frac{\text{nombre d'interventions} \times \text{temps adapté}}{1.520 \times 3} = \text{Nbre de salles}$$

Ce dernier nombre est adapté, pour le financement du personnel de la salle de réveil, d'un pourcentage de manière à ce que le nombre total de salles ainsi déterminé pour l'ensemble du pays, soit égal au nombre déterminé pour l'ensemble du pays par le premier calcul.

— Troisième calcul :

Le nombre de salles déterminé en fonction des 1er et 2ième calculs sont additionnés et divisés par deux. Le résultat obtenu est toutefois toujours au moins égal à deux.

En plus des points attribués conformément aux alinéas précédents, sont attribués 20 points par salle d'opération, dans des services de chirurgie, maintenue disponible en permanence.

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

— Pour tous les hôpitaux :

Une salle est octroyée si :

- l'hôpital est affilié au service 100;
- le nombre de salles déterminé suivant le premier calcul ci-dessus est au moins de 8;
- l'hôpital répond aux conditions fixées dans le numéro 590144 de la nomenclature précitée;
- l'hôpital est classé dans les deux derniers déciles visés au § 2, 1), c pour le calcul du nombre de lits de soins intensifs;

ou si

- le nombre de salles déterminé suivant le premier calcul ci-dessus est au moins de 5;
- l'hôpital est classé dans les quatre derniers déciles visés au § 2, 1), c pour le calcul du nombre de lits de soins intensifs;

— l'hôpital dispose d'un service de cathétérisme cardiaque interventionnel agréé.

Pour les hôpitaux dont au moins 75 % des lits C agréés sont désignés comme lits universitaires et pour autant que ces hôpitaux répondent au premier groupe d'exigences une salle supplémentaire est accordée si l'hôpital a un service de cathétérisme cardiaque interventionnel agréé; une autre salle supplémentaire est accordée si l'hôpital dispose d'un service de neurochirurgie comptant, pendant l'exercice déterminé par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions, au minimum 250 interventions comprenant au minimum 150 interventions reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400.

Het totaal aantal punten wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het totaal aantal punten voor de operatiekwartieren van het gehele land te blijven.

Zodra de gegevens ter zake beschikbaar zijn, zal rekening worden gehouden met de heelkundige verstrekkingen die in daghospitalisatie worden uitgevoerd.

Art. 35. In artikel 43, § 3, 2°, b) van het voornoemde ministerieel besluit, wordt de bepaling vervat tussen de woorden « Voor de drie eerste decielen » en de woorden « vermenigvuldigd met 1,10 » vervangen door « voor de eerste vijf decielen, worden de basispunten vermenigvuldigd met 1; voor het 6° deciel, met 1,20; voor het 7° deciel met 1,40; voor het 8° deciel met 1,60; voor het 9° deciel met 1,80; voor het 10° deciel met 2 ».

Art. 36. In artikel 43, § 3, 2° van het voornoemde ministerieel besluit wordt punt c) ingevoegd luidend als volgt :

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

— voor het operatiekwartier : het totaal aantal punten dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de kosten van de medische producten in de operatiekwartieren, wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van de punten toegekend overeenkomstig a) hierboven;

— voor de spoedgevallendienst : het totaal aantal punten dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de kosten van de medische producten in de spoedgevallendiensten, wordt onder de ziekenhuizen verdeeld naar rata van de punten toegekend overeenkomstig punt b) hierboven;

— voor de verpleegeenheden worden punten toegekend per bed. Dit aantal punten verschilt naargelang van de erkenningsindex van het bed. Dit verschil is gebaseerd op de kostenverhouding per soort van bed, welke voor een nader te bepalen dienstjaar wordt vastgesteld.

Een bijkomend aantal punten wordt toegekend in functie van de waarde per bezet bed, van de geneeskundige verstrekkingen, berekend overeenkomstig voormelde nomenclatuur, met uitzondering van de verstrekkingen inzake klinische biologie, radiologie, fysiotherapie en de forfaitaire honoraria.

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

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

Die factor bedraagt :

— voor de ziekenhuizen die tot de drie decielen met de laagste waarden behoren : 1;

— voor de ziekenhuizen van het 4°, 5° en 6° deciel : 1,1;

— voor de ziekenhuizen van het 7° deciel : 1,4;

— voor de ziekenhuizen van het 8° deciel : 2,1;

— voor de ziekenhuizen van het 9° deciel : 2,8;

— voor de ziekenhuizen van het 10° deciel : 3,5.

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

Art. 37. In artikel 43, § 3, 2° van het voornoemde ministerieel besluit wordt een punt d) ingevoegd luidend als volgt :

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

Dit percentage wordt bepaald door de kosten voor het personeel van de centrale sterilisatie van het gehele land te delen door de in artikel 12, 2° tot 6° bedoelde kosten voor de verpleegeenheden, het operatiekwartier en de spoedgevallen van het gehele land, voor een vast te stellen dienstjaar.

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

Art. 38. In artikel 43, § 4, a) van het voornoemde ministerieel besluit worden de woorden « met uitzondering van het bijkomende personeel toegekend krachtens de verschillende sociale akkoorden gesloten in de periode tussen 1989 tot 1991, het personeel aangesteld krachtens de reglementering betreffende de jongerenstages en het contractueel personeel gesubsidieerd door het Interdepartementaal Begrotingsfonds ter bevordering van de werkgelegenheid » ingevoegd tussen de woorden « ziekenhuis » en « onder de normen blijft ».

Art. 39. In artikel 43, § 4 van het voornoemde ministerieel besluit worden de punten c) en d) geschrapt.

Le total des points est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre total de points retenu pour les quartiers opératoires pour tout le pays.

Dès que les données en la matière seront disponibles, il sera tenu compte des prestations chirurgicales effectuées en hospitalisation de jour.

Art. 35. A l'article 43, § 3, 2°, b) de l'arrêté ministériel précité, la disposition débutant par les mots « Pour les trois premiers déciles » jusqu'aux mots « multiplier par 1,10 » est remplacée par « Pour les cinq premiers déciles, les points de base sont multipliés par 1; pour le 6° décile, par 1,20; pour le 7° décile, par 1,40; pour le 8° décile, par 1,60; pour le 9° décile, par 1,80; pour le 10° décile, par 2 ».

Art. 36. A l'article 43, § 3, 2° de l'arrêté ministériel précité, il est inséré le point c), libellé comme suit :

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

— pour le quartier opératoire : le nombre total de points retenu pour tout le pays pour les coûts des produits médicaux des quartiers opératoires est réparti entre les hôpitaux au prorata des points attribués conformément au a) ci-dessus;

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

— pour les unités de soins, des points sont octroyés par lit. Ce nombre de points est différent selon l'indice d'agrément du lit. Cette différence est basée sur le rapport des coûts par type de lits fixé dans un exercice à déterminer.

Un nombre de points supplémentaire est attribué en fonction de la valeur par lit occupé des prestations médicales, calculé conformément à la nomenclature précitée, à l'exception des prestations de biologie clinique, de radiologie, de physiothérapie et des honoraires forfaitaires.

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

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

Ce facteur est :

— pour les hôpitaux qui appartiennent aux 3 déciles avec les valeurs les plus basses : 1;

— pour les hôpitaux qui appartiennent aux 4°, 5° et 6° décile : 1,1;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 7° décile : 1,4;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 8° décile : 2,1;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 9° décile : 2,8;

— pour les hôpitaux qui appartiennent au 10° décile : 3,5.

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

Art. 37. A l'article 43, § 3, 2°, de l'arrêté ministériel précité, il est inséré un point d), libellé comme suit :

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

Ce pourcentage est déterminé en divisant les coûts de personnel de stérilisation centrale de tout le pays par les coûts visés à l'article 12, 2° à 6° des unités de soins, du bloc opératoire et des urgences pour tout le pays dans un exercice à déterminer.

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

Art. 38. A l'article 43, § 4, a) de l'arrêté ministériel précité, les mots « hormis le personnel supplémentaire accordé en vertu des différents accords sociaux conclus durant la période de 1989 à 1991, le personnel engagé en vertu de la réglementation relative aux stages des jeunes et le personnel contractuel subventionné par le Fonds budgétaire interdépartemental de promotion de l'emploi » sont insérés entre les mots « d'un hôpital » et « est inférieur ».

Art. 39. A l'article 43, § 4, de l'arrêté ministériel précité les points c) et d) sont supprimés.

Art. 40. Artikel 43, § 5 van het voornoemde ministerieel besluit wordt geschrapt.

Art. 41. In artikel 44, § 2 van het voornoemde ministerieel besluit, wordt de vermelding « V » door de vermelding « Sp » vervangen.

Art. 42. In hoofdstuk V, afdeling II, onderafdeling 3ter van het voornoemde ministerieel besluit, worden de artikelen 46bis en 46ter toegevoegd, luidend als volgt :

« **Art. 46bis.** Voor de ziekenhuizen die over een kraamrichting beschikken worden de Onderdelen B1 en B2 van het budget van financiële middelen zoals vastgesteld bij toepassing van de artikelen 40, § 3 en 42, § 9, zo aangepast dat het aantal verpleegdagen dat voor financiering in aanmerking komt beperkt wordt tot het aantal bevallingen dat in de instelling gedurende een bepaald dienstjaar wordt uitgevoerd, vermenigvuldigd met eenop 6,21 dagen vastgestelde verblijfsduur.

In afwachting dat de verblijfsduur en het aantal effectieve bevallingen tijdens het betrokken dienstjaar bekend zijn, wordt voorlopig de voor het voorgaande dienstjaar gerealiseerde vermindering toegepast.

De Minister tot wiens bevoegdheid de verpleegdagprijs behoort, kan een afwijking op voormelde beperking toestaan mits de beheerder, na advies van de Hoofdgeneesheer, op afdoende wijze het bewijs levert dat de vastgestelde verblijfsduur verantwoord is. Aan dit verzoek kan een positief gevolg verleend worden na advies van een werkgroep van artsen ingesteld in de schoot van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Art. 46ter. Indien voor een gegeven dienstjaar wordt vastgesteld dat voor het ziekenhuis een T.L.D. is vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van bijlage 3 van dit besluit, worden de Onderdelen B1 en B2 van het budget van financiële middelen zoals vastgesteld bij toepassing van de artikelen 40, § 3 en 42, § 9, verminderd met een bedrag dat als volgt wordt berekend:

Dagen T.L.D.
 $X \times$ Totaal dagen \times budget Onderdelen B1 en B2

X is gelijk aan 5 % het eerste jaar en aan 5 % bijkomend voor elk van de volgende dienstjaren.

Het « totaal dagen » wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen vermeld in de punten 2.2. en 2.4.1. van de bijlage 3 bij dit besluit.

Het aldus vrijgekomen budget voor het gehele land wordt verdeeld onder de ziekenhuizen waarvan de reële gemiddelde verblijfsduur lager is dan de gemiddelde genormaliseerde verblijfsduur, evenredig met hun budget van de Onderdelen B1 en B2. De reële gemiddelde verblijfsduur en de genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur worden vastgesteld overeenkomstig de bepalingen vermeld in bijlage 3 van dit besluit.

Voorlopig worden de gegevens betreffende het dienstjaar 1991 in aanmerking genomen.

Na afloop van het betrokken dienstjaar wordt voormelde aanpassing herzien op basis van de gegevens voor dat dienstjaar.

Art. 43. § 1. Artikel 48, § 3, 1^o van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt vervangen:

« 1^o de vergoeding omvat op jaarbasis:

a) een basisvergoeding per samenwerkingsverband van 50 000 F.
 b) een bedrag van 1 miljoen frank per 300 000 inwoners die door het samenwerkingsverband worden bediend ».

§ 2. Artikel 48, § 3, 3^o van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt vervangen:

« 3^o het bedrag van deze financiering wordt toegekend aan één van de erkende psychiatrische ziekenhuizen die deel uitmaken van het samenwerkingsverband.

Deze financiering wordt aan het samenwerkingsverband overgemaakt. Een schriftelijke overeenkomst tussen het samenwerkingsverband en het ziekenhuis regelt de wijze waarop de financiering wordt overgemaakt ».

Art. 44. In artikel 48, § 8 van het voornoemde ministerieel besluit wordt elk van beide vermeldingen « S », « V » en « Vp » vervangen door de vermelding « Sp ».

Art. 45. Artikel 48, § 9 van het voornoemde ministerieel besluit wordt als volgt vervangen :

« § 9. Met het oog op de betaling van de wedde voor de administratieve taken van de geneesheren-hoofd van dienst bedoeld in de wet van 26 juni 1990, wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen die geesteszieken opnemen die het voorwerp zijn van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990 als volgt verhoogd :

1^o met een forfaitair bedrag van 150 000 frank (index 1 juli 1991) per jaar, op voorwaarde dat minstens één geesteszieke die het voorwerp is van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990 in het ziekenhuis is opgenomen tijdens het betrokken dienstjaar;

Art. 40. L'article 43, § 5 de l'arrêté ministériel précité est supprimé.

Art. 41. A l'article 44, § 2 de l'arrêté ministériel précité, la mention « V » est remplacée par la mention « Sp ».

Art. 42. Au chapitre V, Section II, sous-section 3ter de l'arrêté ministériel précité, il est ajouté les articles 46bis et 46ter libellés comme suit :

« **Art. 46bis.** Pour les hôpitaux qui disposent d'une maternité, les Sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers telles que fixées en application des articles 40, § 3 et 42, § 9, sont adaptées de manière à ce que le nombre de journées d'hospitalisation qui entre en ligne de compte pour le financement soit limité au nombre d'accouchements effectués dans l'établissement pendant un exercice considéré multiplié par une durée de séjour fixée à 6,21 jours.

En attendant que la durée de séjour et le nombre d'accouchements effectifs durant l'exercice considéré soient connus, la diminution réalisée pour l'exercice précédent est provisoirement appliquée.

Le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions peut octroyer une dérogation à ladite limitation pour autant que le gestionnaire apporte, après avis du Médecin-chef, dûment la preuve que la durée de séjour constatée se justifie. Cette requête peut recevoir une suite positive après avis d'un groupe de travail de Médecins constitué au sein du Conseil national des Etablissements hospitaliers.

Art. 46ter. S'il est constaté, pour un exercice déterminé, qu'un nombre E.J.H. est fixé pour l'hôpital conformément aux dispositions de l'annexe 3 du présent arrêté, les Sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers, telles que fixées en application des articles 40, § 3 et 42, § 9, sont diminuées d'un montant calculé comme suit :

$X \times$ Journées E.J.H. \times budget Sous-parties B1 et B2
 Journées totales

X est égal à 5 % la première année et à 5 % complémentaiement pour chacun des exercices suivants.

Les journées totales sont déterminées conformément aux dispositions reprises aux points 2.2 et 2.4.1. de l'annexe 3 du présent arrêté.

Le budget ainsi libéré pour l'ensemble du pays est réparti entre les hôpitaux dont la durée réelle moyenne de séjour est inférieure à la durée moyenne normalisée, proportionnellement à leur budget des Sous-parties B1 et B2. La durée réelle moyenne de séjour et la durée moyenne normalisée sont déterminées conformément aux dispositions reprises en annexe 3 du présent arrêté.

Provisoirement, il est retenu les données relatives à l'exercice 1991.

L'exercice considéré terminé, l'adaptation précitée est revue en fonction des données propres à cet exercice.

Art. 43. § 1er. L'article 48, § 3, 1^o de l'arrêté ministériel précité, est remplacé comme suit :

« 1^o l'indemnité contient sur base annuelle :

a) une indemnité de base par association fixée à 50 000 francs;
 b) un montant de 1 million de francs par 300 000 habitants desservis par l'association ».

§ 2. L'article 48, § 3, 3^o de l'arrêté ministériel précité, est remplacé comme suit :

« 3^o le montant de ce financement est accordé à un des hôpitaux psychiatriques agréés faisant partie de l'association.

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

Art. 44. A l'article 48, § 8 de l'arrêté ministériel précité, chacune des mentions « S », « V » et « Vp » est remplacée par la mention « Sp ».

Art. 45. L'article 48, § 9 de l'arrêté ministériel précité, est remplacé comme suit :

« § 9. En vue du paiement du traitement pour les missions administratives des Médecins-chefs de service, visés par la loi du 26 juin 1990, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux qui admettent des malades mentaux faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 est majorée comme suit :

1^o d'un montant forfaitaire de 150 000 francs (index 1er juillet 1991) par an, à condition qu'au moins un malade mental faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 ait été admis à l'hôpital durant l'exercice considéré;

2° met een forfaitair bedrag van 7 500 frank (index 1 juli 1991) per tijdens het betrokken dienstjaar opgenomen geesteszieke die het voorwerp is van een beschermingsmaatregel in het kader van de wet van 26 juni 1990.

Als provisie en in afwachting dat het werkelijke aantal opgenomen geesteszieken bekend is, wordt de voor het voorgaande dienstjaar toegekende verhoging van Onderdeel B4 behouden ».

Art. 46. In artikel 48 van het voornoemde ministerieel besluit, worden de §§ 10 en 11 toegevoegd, luidend als volgt:

« § 10. Met het oog op het verzorgen van de permanente opleiding van het verpleegkundig personeel, bevat Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen een forfaitair bedrag van 990 000 F (index 01.01.1991) dat voor de openbare ziekenhuizen wordt verhoogd met een bedrag van 1 F vermenigvuldigd met het verpleegdagenquotum.

§ 11. Met het oog op het dekken van de lasten voortvloeiend uit de toekenning, per 30 bezette bedden, van een 3/4-tijds personeelslid voor het intern transport van de gehospitaliseerde patiënten, wordt Onderdeel B4 van het budget van financiële middelen van de openbare ziekenhuizen verhoogd met een bedrag dat als volgt wordt berekend:

Voor de bedden van de ziekenhuisdiensten :
 $3/4 \text{ FTE} \times \text{bedden} / 30 \times \text{tx} \times 1\,000\,000 \text{ F}$ (index 01.06.1992)
 waarbij
 bedden : aantal op 1 januari 1992 erkende en bestaande bedden in de betrokken dienst;
 tx : bezettingsgraad van de bedden in 1991;
 FTE : Full time equivalent ».

Art. 47. In artikel 53 van het voornoemde ministerieel besluit worden de vermeldingen « V » en « S » door de vermelding « Sp » vervangen.

Art. 48. Artikel 57ter van het voornoemde ministerieel besluit wordt aangevuld als volgt :

« Indien, bij toepassing van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 4 maart 1991 en 12 oktober 1993, ziekenhuisbedden moeten worden afgeschaft en zolang de beslissing van de bevoegde overheid niet is meegedeeld aan de Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, past laatstgenoemde Minister het budget van financiële middelen aan overeenkomstig de regelen bepaald in artikel 57bis, § 1, 2°, 3° en 4°, waarbij het aantal te sluiten bedden in aanmerking wordt genomen.

Die bepaling is voor de eerste keer van toepassing tijdens het dienstjaar 1994.

Art. 49. Artikel 60, 2° van het voornoemde ministerieel besluit wordt door de volgende bepalingen vervangen:

« 2° voor de Onderdelen B1 en B2 zijn de volgende regelen van toepassing :

a) voor alle verpleegdagen hospitalisatie die ten opzichte van het toegekende quotum niet worden gerealiseerd wordt geen bedrag toegekend.

In afwijking op het voorgaande lid wordt een bedrag toegekend gelijk aan :

— 100 % van de Onderdelen B1 en B2 van de verpleegdagprijs voor de behandelingseenheden voor zware brandwonden;

— 25 % van de Onderdelen B1 en B2 van de verpleegdagprijs in de volgende gevallen :

— wanneer een afwijking is toegestaan voor de minimumcapaciteit van een dienst of voor het activiteitsniveau van een dienst in het kader van de erkenning van de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten, voor zover het niet-realiseren van het verpleegdagenquotum te wijten is aan de dienst(en) waarvoor de afwijking is toegestaan en mits het akkoord met het oog op de financiering bekomen werd van de Minister tot wiens bevoegdheid de vaststelling van de verpleegdagprijs behoort.

— Voor de ziekenhuizen in een herstructureringsfase, ingevolge een groepering of een fusie, wordt het percentage van 25 % op 50 % gebracht, voor zover de reële gemiddelde verblijfsduur lager is dan de genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur van het ziekenhuis min 20 %.

De reële gemiddelde verblijfsduur en de genormaliseerde gemiddelde duur worden berekend overeenkomstig de bepalingen van bijlage 3 van dit besluit.

2° d'un montant forfaitaire de 7 500 francs (index 1er juillet 1991) par malade mental admis durant l'exercice considéré, faisant l'objet d'une mesure de protection prise dans le cadre de la loi du 28 juin 1990.

A titre provisionnel, en attendant de connaître le nombre réel de malades mentaux admis, la majoration de la Sous-partie B4 accordée l'exercice précédent est maintenue durant l'exercice considéré .

Art. 46. A l'article 48 de l'arrêté ministériel précité, il est ajouté les §§ 10 et 11, libellés comme suit :

« § 10. En vue d'assurer la formation permanente du personnel infirmier, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers comprend un montant forfaitaire de 990 000 F (index 01.01.1991) augmenté, pour les hôpitaux publics, d'un montant de 1 F multiplié par le quota de journée d'hospitalisation.

§ 11. En vue de couvrir les charges découlant de l'octroi d'un membre de personnel 3/4 temps, pour assurer le transport interne des patients hospitalisés, par 30 lits occupés, la Sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux publics est majorée d'un montant calculé comme suit :

Pour les lits des services hospitaliers :
 $3/4 \text{ E.T.P.} \times \text{lits} / 30 \times \text{tx} \times 1\,000\,000 \text{ F}$ (index 01.06.1992)
 où
 lits : nombre de lits agréés et existants au 1er janvier 1992 dans le service concerné;
 tx : le taux d'occupation des lits constaté en 1991;
 ETP : équivalent temps plein ».

Art. 47. A l'article 53 de l'arrêté ministériel précité, les mentions « V » et « S » sont remplacées par la mention « Sp ».

Art. 48. L'article 57ter de l'arrêté ministériel précité est complété comme suit :

« Au cas où des lits hospitaliers doivent être désaffectés en application de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, modifié par les arrêtés royaux du 4 mars 1991 et du 12 octobre 1993, et aussi longtemps que la décision de l'autorité compétente n'est pas communiquée au Ministre qui a la fixation du prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions, ce Ministre adapte le budget des moyens financiers selon les règles prévues à l'article 57bis, § 1er, 2°, 3° et 4° en prenant en considération le nombre de lits devant être fermés.

Cette disposition est, pour la première fois, applicable durant l'exercice 1994.

Art. 49. L'article 60, 2° de l'arrêté ministériel précité est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° pour les Sous-parties B1 et B2 les règles suivantes sont d'application :

a) pour toutes les journées d'hospitalisation non réalisées par rapport au quota attribué, il n'est attribué aucun montant.

En dérogation de l'alinéa précédent, il est accordé un montant correspondant à :

— 100 % des Sous-parties B1 et B2 du prix de la journée d'hospitalisation pour les unités de traitement des grands brûlés;

— 25 % des Sous-parties B1 et B2 du prix de journée d'hospitalisation dans les cas suivants :

— au cas où une dérogation a été octroyée pour la capacité minimale d'un service ou pour le niveau d'activité d'un service dans le cadre de l'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers, pour autant que la non réalisation du quota des journées d'hospitalisation soit due au(x) service(s) pour le(s) quel(s) la dérogation est délivrée et pour autant que l'accord en vue du financement ait été obtenu du Ministre qui a la fixation du prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions.

— Pour les hôpitaux en phase de restructuration, par suite d'un groupement ou d'une fusion, le pourcentage de 25 % est porté à 50 % pour autant que la durée réelle moyenne de séjour soit inférieure à la durée moyenne normalisée de l'hôpital diminuée de 20 %.

La durée réelle moyenne de séjour et la durée moyenne normalisée sont calculées conformément aux dispositions de l'annexe 3 du présent arrêté.

— indien aan de volgende voorwaarden is voldaan : ten opzichte van het voorgaande dienstjaar wordt het aantal verpleegdagen verminderd en dientengevolg is het verpleegdagenquotum niet bereikt, en is de reële gemiddelde verblijfsduur gelijk aan of lager dan de genormaliseerde gemiddelde duur van het ziekenhuis. Die twee verblijfsduren worden berekend overeenkomstig de bepalingen van bijlage 3 van dit besluit.

b) Voor alle verpleegdagen boven het verpleegdagenquotum wordt voor de Onderdelen B1 en B2 een bedrag toegekend gelijk aan 30 % van de verpleegdagprijs. Voor de brandwondeneenheden wordt geen enkel bedrag toegekend.

Voor de verpleegdagen die ten opzichte van het voorgaande dienstjaar in meer worden gerealiseerd is dit bedrag gelijk aan 45 % van de verpleegdagprijs indien aan volgende voorwaarden is voldaan:

- de reële gemiddelde verblijfsduur is ten opzichte van het voorgaande dienstjaar verminderd of gelijk gebleven;
- de reële gemiddelde verblijfsduur is lager dan of gelijk aan de genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur van het ziekenhuis.

Deze regel blijft ook van toepassing voor de nog gerealiseerde verpleegdagen die de voorgaande dienstjaren van dat stelsel hebben genoten.

Voor de verpleegdagen gerealiseerd boven de 90 % en tot 95 % bezetting ten opzichte van het totaal aantal erkende en bestaande bedden, is het bedrag gelijk aan 60 % van de verpleegdagprijs indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de reële gemiddelde verblijfsduur is verminderd of gelijk ten opzichte van het voorgaande dienstjaar behalve voor de ziekenhuizen waarvan de reële gemiddelde verblijfsduur lager is dan zijn genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur verminderd met 20 %;
- de reële gemiddelde verblijfsduur is lager dan of gelijk aan de genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur van het ziekenhuis.

De reële gemiddelde verblijfsduur en de genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur worden berekend overeenkomstig de bepalingen van bijlage 3 van dit besluit.

c) er wordt geen enkel bedrag toegekend voor de verpleegdagen gerealiseerd boven de 100 % bezetting, voor alle andere diensten dan de M-en E-diensten.

Art. 50. Aan het Hoofdstuk VII van het voornoemde ministerieel besluit wordt een Afdeling 3 toegevoegd, luidend als volgt:

« Afdeling 3. Voorschotten toegekend op de herziening van het budget van financiële middelen.

Art. 61bis. Er kan een voorschot worden toegekend op de herziening van het budget van financiële middelen zoals bedoeld in de Afdelingen 1 en 2 indien, binnen een jaar na het indienen van het volledige dossier, die herziening niet is gebeurd. Dat voorschot bedraagt 80 % van het geraamde inhaalbedrag vermeld in de rekeningen 7010 of 7011 van de resultatenrekening, voor zover na controle blijkt dat het bedrag overeenkomstig de bepalingen van dit besluit is berekend ».

Art. 51. De bijlage bij het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 vormt de bijlage 1; de bijlagen bij dit besluit vormen de bijlagen 2, 3, 4 en 5 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986.

Art. 52. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1994, behalve :

1° het artikel 1, wat betreft de diensten die gespecialiseerd zijn in behandeling en revalidatie (Sp), en de artikelen 19, 21, 41, 44, 47 die op 1 maart 1994 in werking treden;

2° de artikelen 3, 4, 10, 11, 13 tot 17, die op 1 januari 1995 in werking treden.

30 december 1993.

B. ANSELME

— s'il est répondu aux conditions suivantes : par rapport à l'exercice précédent le nombre de journées d'hospitalisation est diminué et par conséquent le quota de journées n'a pas été atteint et la durée réelle moyenne de séjour est égal ou inférieur à la durée moyenne normalisée de l'hôpital. Ces deux durées de séjour sont calculées conformément aux dispositions de l'annexe 3 du présent arrêté.

b) Pour toutes les journées d'hospitalisation excédant le quota de journées d'hospitalisation, il est accordé pour les Sous-parties B1 et B2 un montant correspondant à 30 % du prix de journée d'hospitalisation. En ce qui concerne les unités de grands brûlés il n'est accordé aucun montant.

Pour les journées d'hospitalisation qui, par rapport à l'exercice précédent sont réalisées en plus, ce montant est de 45 % du prix de la journée d'hospitalisation si les conditions suivantes ont remplies :

- la durée réelle moyenne de séjour est diminuée ou égale, par rapport à l'exercice précédent;
- la durée réelle moyenne de séjour est inférieure ou égale à la durée moyenne normalisée de l'hôpital.

Cette règle reste également d'application pour les journées encore réalisées ayant bénéficié de ce régime les exercices précédents.

Pour les journées d'hospitalisation réalisées au delà de 90 % et jusque 95 % d'occupation par rapport au nombre total de lits agréés et existants, le montant est de 60 % du prix de la journée d'hospitalisation si les conditions suivantes sont remplies :

- la durée réelle moyenne de séjour a diminué ou est égale par rapport à l'exercice précédent sauf pour les hôpitaux dont la durée réelle moyenne de séjour est inférieure à leur durée moyenne normalisée moins 20 %;
- la durée réelle moyenne de séjour est inférieure ou égale à la durée moyenne normalisée de l'hôpital.

La durée réelle moyenne de séjour et la durée de séjour moyenne normalisée, sont calculées conformément aux dispositions de l'annexe 3 du présent arrêté.

c) aucun montant n'est accordé pour les journées d'hospitalisation réalisées au-delà de 100 % d'occupation, dans l'ensemble de tous les autres services que les services M et E.

Art. 50. Au Chapitre VII de l'arrêté ministériel précité, il est ajouté une Section 3 libellée comme suit :

« Section 3. Avances octroyées sur la révision du budget des moyens financiers ».

Art. 61bis. Une avance sur la révision du budget des moyens financiers telle que prévue aux Sections 1 et 2 peut être octroyée si, dans le délai d'un an après l'introduction du dossier complet, ladite révision n'a pas été effectuée. Cette avance représente 80 % du montant estimé de rattrapage figurant aux comptes 7010 ou 7011 du compte de résultats pour autant qu'il s'avère après contrôle que le montant a été calculé conformément aux dispositions du présent arrêté ».

Art. 51. L'annexe à l'arrêté ministériel du 2 août 1986 constitue l'annexe 1; les annexes du présent arrêté constituent les annexes 2, 3, 4 et 5 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986.

Art. 52. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 1994, sauf :

1° l'article 1, en ce qui concerne les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (Sp) et les articles 19, 21, 41, 44, 47, qui entrent en vigueur le 1er mars 1994;

2° les articles 3, 4, 10, 13 à 17 qui entrent en vigueur le 1er janvier 1995.

Le 30 décembre 1993.

B. ANSELME

Bijlage 1

[S-C — 25413]

Criteria inzake de behandelingseenheden voor zware brandwonden

Om als behandelingseenheid voor zware brandwonden bedoeld in artikel 4, § 1, 30 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 te worden beschouwd, moeten de eenheden:

- deel uitmaken van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over erkende bedden onder kenletters C en D, over een spoedgevallendienst die voldoet aan de criteria bepaald in de bijlage bij het koninklijk besluit van 28 november 1986 alsook over een dienst voor plastische chirurgie;
- over minstens 6 erkende hospitalisatiebedden beschikken die samen een afzonderlijke architectonische eenheid vormen met een aangepaste structuur met minstens 3 individuele isoleerkamers die bestemd zijn voor verbranden die er bijzonder erg aan toe zijn of in schoktoestand verkeren.
- over een autonome interventiezaal beschikken om er huidtransplantaties uit te voeren. Die interventiezaal moet het ook mogelijk maken courante traumatologische ingrepen uit te voeren; er moet minstens één waterbed zijn om de verbranden te wassen alvorens de transplantatie wordt verricht.
- De dienstlokalen moeten geventileerd en geklimatiseerd zijn. Lucht die van buiten wordt genomen moet door filterering stofvrij worden gemaakt.
- De dienst moet met een toegangssas zijn uitgerust.
- De dienst staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de heelkunde of in de inwendige geneeskunde met bijzondere bekwaamheid in de intensieve zorg.
- Per 6 bedden dient de dienst over 2 FTE-artsen te beschikken waarvan één chirurg met een opleiding in de traumatologie en een internist die een opleidingscyclus van infectioloog heeft gevolgd.
- De dienst moet over een verpleeg- en verzorgingsteam beschikken dat exclusief aan de eenheid verbonden is en uit minstens 3 FTE's per bed bestaat.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 30 december 1993.

De Minister van Sociale zaken,
B. ANSELME

Annexe 1

[S-C — 25413]

Critères relatifs aux unités de traitement de grands brûlés

Pour être considérée comme unité de traitement de grands brûlés visée à l'article 4, § 1er, 30 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, les unités doivent :

- faire partie d'un hôpital général comptant des lits agréés sous les indices C et D et disposant d'un service des urgences répondant aux critères fixés à l'annexe de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 ainsi que d'un service de chirurgie plastique;
- compter au minimum 6 lits d'hospitalisation agréés constituant une unité architecturalement distincte avec une structure appropriée dont au moins 3 chambres individuelles d'isolement, qui sont affectées aux brûlés particulièrement atteints ou choqués.
- Le service des grands brûlés doit disposer d'une salle d'intervention autonome afin d'y pratiquer des greffes cutanées. Cette salle d'intervention doit également permettre d'y pratiquer des interventions de traumatologie courante et doit être dotée, d'au moins, un « lit d'eau », permettant de nettoyer les brûlés avant de les greffer.
- Les locaux du service devront être ventilés et climatisés. L'air pris à l'extérieur sera dépoussiéré par filtrage.
- Le service doit être doté d'un sas d'entrée.
- Le service sera placé sous la direction d'un médecin-spécialiste en chirurgie ou en médecine interne, ayant des compétences particulières en soins intensifs.
- Par tranche de 6 lits le service disposera de 2 médecins ETP dont un chirurgien, formé en traumatologie et un médecin-interniste qui a suivi un cycle de formation d'infectiologue.
- Avoir une équipe infirmière et soignante liée exclusivement à l'unité comprenant au moins 3 E.T.P. par lit.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1993.

Le Ministre des Affaires sociales,
B. ANSELME

Bijlage 2

[Mac - 25413]

Bepaling van de MVG-punten per verpleegdag**1. Begrippen en afkortingen.**

Voor de toepassing van deze bijlage worden de volgende afkortingen gebruikt :

- Koninklijk besluit van 14 augustus 1987 : koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende bepaling van de regels volgens dewelke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid.
- Koninklijk besluit van 11 december 1987 : koninklijk besluit van 11 december 1987 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende bepaling van de regels volgens de welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid.
- Ministeriële omzendbrief van 5 februari 1988 : registratie van de statistische gegevens vermeld in het koninklijk besluit van 14 augustus 1987, gewijzigd door het koninklijk besluit van 11 december 1987 - Uitvoeringsmodaliteiten;
- de zorggegevens : de gegevens zoals deze worden geregistreerd overeenkomstig artikel 2,2. van het voornoemd Koninklijk besluit van 14 augustus 1987;
- MVG : de minimale verpleegkundige gegevens zoals bedoeld in voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987;
- MVG-registratie : de registratie van de MVG zoals opgelegd in de voornoemde koninklijke besluiten van 14 augustus 1987 en 11 december 1987;
- zorgitem : een zorgitem is één van de in het artikel 2 van voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987 vermelde verpleegkundig toegediende zorgen;
- registratieperiode : de registratieperiode zoals bedoeld in het artikel 2bis § 1 van het voornoemd koninklijk besluit van 11 december 1987;

- het verpleegkundige en verzorgend personeel : zoals bedoeld in artikel 2 van het voornoemd koninklijk besluit van 11 december 1987;
- score-mogelijkheid : is één van de keuze-mogelijkheden zoals vermeld in voornoemde ministeriële omzendbrief van 5 februari 1988;
- score : is het resultaat van het invullen van één zorgitem;
- scores : is het resultaat van het invullen van alle zorgitems;
- verpleegeenheid : de verpleegeenheid aangeduid door de beheerder zoals bedoeld in artikel 2,1. van het voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987
- dienst : de hospitalisatiedienst aangeduid in het kader van de erkenning zoals bedoeld in artikel 2,1. van het voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987.

2. Beschrijving van de wijze waarop de MVG-punten per verpleegdag worden bepaald.

2.1 Doelstelling.

Voor één dienst of een geheel van diensten van het ziekenhuis wordt een aantal MVG-punten per verpleegdag bepaald op basis van de overeenstemmende zorggegevens van het ziekenhuis.

2.2 Methodiek.

In een eerste fase worden, op basis van een referentiegroep van verpleegeenheden, landelijke puntenwaarden bepaald. In een tweede fase wordt voor de diensten van ieder ziekenhuis de berekening van het toe te kennen aantal MVG-punten gemaakt.

2.3. Bewerkingen.

2.3.1. Fase I: Bepaling van de landelijke puntenwaarden.

De landelijke puntenwaarden worden via 3 subfasen bepaald :

2.3.1.1. Subfase I : aanduiding referentie-eenheden en referentiejaar.

In subfase I worden de verpleegeenheden van de ziekenhuizen aangeduid die in aanmerking komen om de landelijke puntenwaarden te berekenen. Deze verpleegeenheden worden hierna de "referentie-eenheden" genoemd.

De referentie-eenheden worden bepaald op grond van de gegevens van één of meerdere dienstjaren zoals bepaald door de Minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid wordt vastgesteld, hierna "referentie-jaren" genoemd. De referentie-eenheden zijn die verpleegeenheden die gegevens hebben geregistreerd voor ieder van de registratieperiodes van een referentiejaar, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 14 augustus 1987. De verpleegeenheid wordt bovendien slechts weerhouden voor zover de dienst waartoe de verpleegeenheid behoort voor de referentiejaar onder dezelfde identificatie bekend was in de registratie van de zorggegevens.

2.3.1.2. Subfase II : positionering van de referentie-eenheden t.o.v. elkaar.

Subfase II : bestaat erin de referentie-eenheden ten opzichte van elkaar te positioneren. Om deze positionering uit te drukken worden de hiernavolgende verschillende bewerkingen uitgevoerd :

2.3.1.2.1. Bewerking 1 : bepaling van de landelijke referentiescores.

Er worden "landelijke referentie-scores" berekend door de frequentie van voorkomen voor de verschillende score-mogelijkheden per zorgitem te bepalen op basis van de scores van alle referentie-eenheden, geregistreerd overeenkomstig de bepalingen van het voornoemd koninklijk besluit van 14 augustus 1987.

2.3.1.2.2. Bewerking 2 : vaststelling van de vingerafdruk per referentie-eenheid.

Voor elke referentie-eenheid worden de scores vergeleken met de landelijke referentie-scores. Deze vergelijking levert de vingerafdruk van de referentie-eenheid op. De vingerafdruk wordt bekomen door voor de betrokken eenheid, per zorgitem, de scores van de MVG-registratie te vergelijken met de landelijke referentie-scores.

Deze vergelijking komt tot stand in 3 subbewerkingen :

subbewerking a : uitsplitsing van bepaalde zorgitems.

Voor drie van de zorgitems worden de score-mogelijkheden als volgt opgesplitst :

1. het zorgitem "zorgen aan patiënt met tracheaanule of endotracheale tube" wordt uitgesplitst in een subzorgitem "zorgen aan tracheotomie en/of tube zonder kunstmatige ventilatie" en een subzorgitem "zorgen aan tracheotomie en/of tube met kunstmatige ventilatie";

2. het zorgitem "zelfstandigheidstraining" wordt opgesplitst in een subzorgitem "Zelfstandigheidstraining occasioneel" en een subzorgitem "Zelfstandigheidstraining programma";

3. het zorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt" wordt opgesplitst in een subzorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt : passief" en een subzorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt : actief".

De drie hierboven bedoelde uitsplitsingen worden verricht overeenkomstig de respectievelijke formules opgenomen in de punten 3.1, 3.2 en 3.3 van deze bijlage.

subbewerking b : herschaling van bepaalde zorgitems.

In punt 3.4 van deze bijlage wordt de tabel opgenomen volgens dewelke MVG-registraties voor de hiernavolgende zorgitems worden herschaald tot minimaal 7 en maximaal 10 samengevatte score-mogelijkheden :

- bijzondere mondzorg;
- decubituspreventie via wisselgigging;
- registratie van de vitale parameters;
- registratie van de fysieke parameters;
- afnemen bloedstalen;
- toediening van medicatie (intramusculair, subcutaan, intradermis);

- toediening medicatie (intraveneus);
- toezicht op permanent infuus;
- zorgen aan gesloten wonde;
- zorgen aan open wonde;

subbewerking c : berekening van een ridit per zorgitem of subzorgitem voor elke referentie-eenheid.

Per zorgitem wordt voor elke score-mogelijkheid of samengevatte score-mogelijkheid een waarde berekend, hierna "riditscore" genoemd. Voor elke referentie-eenheid wordt per zorgitem een ridit berekend. Deze ridit wordt bekomen door de frequentie van voorkomen van elke score-mogelijkheid te vermenigvuldigen met de respectievelijke riditscore. De hiervoor gebruikte formules zijn opgenomen in punt 3.5 van deze bijlage. De aldus bekomen ridits voor alle zorgitems en subzorgitems van een referentie-eenheid wordt de "vingerafdruk" genoemd.

2.3.1.2.3. Bewerking 3 :samenvatting van scores tot twee zorgcoördinaten per referentie-eenheid.

De ridits van de referentie-eenheden voor alle zorgitems worden samengevat in twee waarden per referentie-eenheid, verder "zorgcoördinaten" genoemd. De zorgcoördinaten van alle verpleegeenheden samen vormen de "landelijke kaart van de referentie-eenheden met betrekking tot de verpleegkundige zorgen". De bepaling van de zorgcoördinaten gebeurt volgens de methodiek zoals bepaald onder punt 3.6 van deze bijlage.

2.3.1.3. Subfase III : bepaling van landelijke puntenwaarden.

In subfase 3 wordt de bekomen landelijke kaart voor verpleegkundige zorgen opgedeeld in zones. De referentie-eenheden worden gesitueerd in deze zones op basis van de hogervernoemde zorgcoördinaten. Per zone wordt een landelijke puntenwaarde bepaald op basis van het aantal en de kwalificatie van het verpleegkundig en het verzorgend personeel zoals bedoeld in Artikel 2,4 van het voornoemd koninklijk besluit van 11 december 1987.

Om deze landelijke puntenwaarde per zone te bepalen worden de hiernavolgende bewerkingen uitgevoerd :

2.3.1.3.1. bewerking 1 : vastlegging zones en situering van elke referentie-eenheid.

In punt 3.7 van deze bijlage worden de zones van de landelijke kaart voor verpleegkundige zorgen vastgelegd. De 2 zorgcoördinaten van elke referentie-eenheid, berekend in punt 2.3.1.2.3., bepalen de zone waarin de referentie-eenheid zich bevindt.

2.3.1.3.2. Bewerking 2 :aantal personeelsleden en hun kwalificatiegraad per zone.

In elke zone worden voor iedere referentie-eenheid de hiernavolgende subbewerkingen uitgevoerd :

a. uitdrukking van het aantal personeelsleden per zone.

Voor iedere referentie-eenheid van de zone wordt het voltijds personeelsequivalent per verpleegdag, berekend volgens de definitie en de formule opgenomen in punt 3.8 van deze bijlage. Op basis van het voltijds personeelsequivalent per verpleegdag van al de referentie-eenheden van de zone wordt de mediaan-waarde bepaald, verder "voltijds personeelsequivalent per verpleegdag van de zone" genoemd.

b. uitdrukking van de kwalificatiegraad van de personeelsleden per zone.

Voor iedere referentie-eenheid van de zone wordt de kwalificatiegraad van het verpleegkundig- en verzorgend personeel berekend volgens de formule opgenomen in punt 3.9 in deze bijlage. Op basis van de kwalificatiegraad van al de referentie-eenheden in een zone wordt de mediaanwaarde bepaald, verder "de kwalificatiegraad van de zone" genoemd. De kwalificatiegraad bekomen op basis van al de referentie-eenheden wordt de "landelijke kwalificatiegraad" genoemd en bedraagt 0,5.

2.3.1.3.3. Bewerking 3 :vaststelling van de landelijke punten.

De kwalificatie-graad van de zone, bepaald in punt 2.3.1.3.2.b, wordt omgezet in de kostenpuntenwaarde van de zone berekend volgens de formule opgenomen in punt 3.10 van deze bijlage. De kostenpunten van de zones worden vermenigvuldigd met het voltijds personeels-equivalent per verpleegdag van de respectievelijke zone, bepaald in punt 2.3.1.3.2.a en worden "de landelijke punten" genoemd.

2.3.2. Fase II : bepaling van het aantal MVG-punten per dienst of een geheel van diensten.

Het aantal MVG-punten van de diensten van het ziekenhuis wordt in 3 subfasen bepaald :

2.3.2.1. Subfase 1 :vaststelling van een vingerafdruk en samenvoeging van de verpleegdagen .

In subfase 1 worden de bewerkingen omschreven in de punten 2.3.1.2.2. en 2.3.1.2.3. toegepast op iedere verpleegdag van de diensten, geregistreerd tijdens de referentie-jaren. Dit resulteert in twee zorgcoördinaten per verpleegdag.

2.3.2.2. Subfase 2 : vaststelling van de zone van de registraties en toepassing van de landelijke puntenwaarden per verpleegdag.

Uitgaande van de zones vastgelegd in punt 2.3.1.3.1 van deze bijlage enerzijds en van de zorgcoördinaten van de verpleegdag anderzijds wordt in subfase 2 de zone van iedere verpleegdag bepaald. De overeenkomstige landelijke MVG-puntenwaarde van de zone, bepaald in punt 2.3.1.3.3, wordt toegekend aan deze verpleegdag, verder "de gemiddelde MVG-puntenwaarde van de verpleegdag" genoemd.

2.4.2.3. Subfase 3 : vaststelling van de gemiddelde MVG-puntenwaarde van de dienst of het geheel van diensten.

In subfase 3 worden de bekomen MVG-puntenwaarden van de verpleegdagen van de dienst of het geheel van diensten, geregistreerd in de referentie-jaren, opgeteld. Deze som wordt gedeeld door de verpleegdagen van de dienst of het geheel van diensten, geregistreerd in de referentie-jaren. De bekomen punten worden de "gemiddelde MVG-puntenwaarde per verpleegdag" van de dienst of het geheel van diensten genoemd.

3. Beschrijving van de formules.

3.1. Uitsplitsing van het zorgitem "zorgen aan patiënt met tracheacanule of endotracheale tube".

Het zorgitem "zorgen aan patiënt met tracheacanule of endo-tracheale tube" heeft de volgende score-mogelijkheden :

- 0 : geen
- 1 : zonder kunstmatige ventilatie
- 2 : met kunstmatige ventilatie.

Dit zorgitem wordt uitgesplitst in het subzorgitem "zorgen aan tracheotomie en/of tube zonder kunstmatige ventilatie" en het subzorgitem "zorgen aan tracheotomie en/of tube met kunstmatige ventilatie" met respectievelijk als score-mogelijkheden :

subzorgitem : "zorgen aan tracheotomie en/of tube zonder kunstmatige ventilatie"

- 0 : geen
- 1 : zonder kunstmatige ventilatie

subzorgitem : "zorgen aan tracheotomie en/of tube met kunstmatige ventilatie"

- 0 : geen
- 1 : met kunstmatige ventilatie.

De uitsplitsing van de score-mogelijkheden van het zorgitem naar de bijhorende subzorgitems gebeurt als volgt :

Omschrijving	score-mogelijkheden		
	0	1	2
zorgitem "zorgen aan patiënt met tracheacanule of endotracheale tube"	0	1	2
subzorgitem "zorgen aan tracheotomie en/of tube zonder kunstmatige ventilatie"	0	1	0
subzorgitem "zorgen aan tracheotomie en/of tube met kunstmatige ventilatie"	0	0	1

3.2. Uitsplitsing van het zorgitem "zelfstandigheidstraining".

Het zorgitem "zelfstandigheidstraining" heeft de volgende score-mogelijkheden :

- 0 : geen
- 1 : occasioneel
- 2 : vast programma.

Dit zorgitem wordt uitgesplitst in het subzorgitem "zelfstandigheidstraining occasioneel" en het subzorgitem "zelfstandigheidstraining programma" met respectievelijk als score-mogelijkheden :

subzorgitem : "zelfstandigheidstraining occasioneel"

- 0 : geen
- 1 : occasioneel

subzorgitem : "zelfstandigheidstraining programma"

- 0 : geen
- 1 : vast programma.

De uitsplitsing van de score-mogelijkheden van het zorgitem naar de bijhorende subzorgitems gebeurt als volgt :

Omschrijving	score-mogelijkheden		
	0	1	2
zorgitem "zelfstandigheidstraining"	0	1	2
subzorgitem "zelfstandigheidstraining occasioneel"	0	1	0
subzorgitem "zelfstandigheidstraining programma"	0	0	1

3.3. Uitsplitsing van het zorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt".

Het zorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt" heeft de volgende score-mogelijkheden :

- 0 : geen
- 1 : middelen ter bescherming
- 2 : maatregelen met betrekking tot oriëntatie in tijd en ruimte.

Dit zorgitem wordt uitgesplitst in het subzorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt : passief" en het subzorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt : actief" met respectievelijk als score-mogelijkheden :

subzorgitem : "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt : passief"

0 : geen

1 : middelen ter bescherming

subzorgitem : "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt : actief"

0 : geen

1 : maatregelen met betrekking tot oriëntatie in tijd en ruimte.

De uitsplitsing van de score-mogelijkheden van het zorgitem naar de bijhorende subzorgitems gebeurt als volgt :

Omschrijving	score-mogelijkheden		
	0	1	2
zorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt"	0	1	2
subzorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt : passief"	0	1	0
subzorgitem "zorg aan de gedesoriënteerde patiënt : actief"	0	0	1

3.4. Herschaling.

De score-mogelijkheden van de volgende zorgitems worden teruggebracht naar een kleiner aantal score-mogelijkheden zoals respectievelijk aangegeven in de tabel :

zorgitem "bijzondere mondzorg"										
van :	0	1	2	3	4	5,6	7,8	9,...		
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8		
zorgitem "decubituspreventie via wisselgigging"										
van :	0	1	2	3,4	5,6	7,8	9,...			
naar :	1	2	3	4	5	6	7			
zorgitem "registratie van vitale parameters"										
van :	0	1	2	3	4	5,6	7 tot 9	10 tot 17	18 tot 29	30,...
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zorgitem "registratie van fysieke parameters"										
van :	0	1	2	3	4	5,6	7 tot 9	10 tot 17	18 tot 29	30,...
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zorgitem "afnemen bloedstalen"										
van :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9,...
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zorgitem "toediening van medicatie (intramusculair, subcutaan, intradermis)"										
van :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9,...
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zorgitem "toediening van medicatie (intraveneus)"										
van :	0	1,2	3,4	5,6	7,8	9,10	11 tot 15	16 tot 20	21 tot 30	31,...
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zorgitem "toezicht op permanent infuus"										
van :	0	1	2	3	4	5	6	7,8	9,10	11,...
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
zorgitem "zorgen aan gesloten wonde"										
van :	0	1	2	3	4	5,6	7,8	9,10	11,...	
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
zorgitem "zorgen aan open wonde"										
van :	0	1	2	3	4	5,6	7,8	9,10	11,...	
naar :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

3.5. Ridittechniek.

3.5.1. Bewerking 1 : bepaling van de riditscore.

Per zorgitem wordt voor elke score-mogelijkheid of samengevatte score-mogelijkheid een waarde berekend in functie van zijn frequentie van voorkomen ten opzichte van de landelijke referentie-scores. Deze waarde wordt verder aangeduid als "riditscore".

Voor elk zorgitem wordt de riditscore berekend op basis van de volgende formule :

$$RS_i = \frac{(\pi_{i-1} + p_i / 2)}{\sum_{j=1}^k p_j}$$

waarbij :

$$\pi_{i-1} = \sum_{j=1}^{i-1} p_j$$

RS_i = riditscore voor score-mogelijkheid of samengevatte score-mogelijkheid i

p_i = de frequentie van voorkomen van score-mogelijkheid of samengevatte score-mogelijkheid i voor alle referentie-eenheden samen, de "landelijke referentie-score" genoemd.

k = aantal score-mogelijkheden of samengevatte score-mogelijkheden

3.5.2. Bewerking 2 : bepaling van de ridit.

Voor elke referentie-eenheid en elk zorgitem wordt uitgaande van de frequentie van voorkomen voor alle score-mogelijkheden een waarde, verder de "ridit" genoemd, berekend volgens de volgende formule.

$$R = \sum_{i=1}^k RS_i * f_i$$

waarbij :

R = de ridit voor het betrokken zorgitem

k = aantal score-mogelijkheden of samengevatte score-mogelijkheden voor het betrokken zorgitem

f_i = frequentie van score-mogelijkheid i van het betrokken zorgitem

RS_i = riditscore voor score-mogelijkheid i van het betrokken zorgitem

3.6. Bepaling van de zorgcoördinaten.

De twee zorgcoördinaten worden berekend aan de hand van het prinqual-algoritme (principal components of qualitative data) zoals omschreven in "The Principal Components of Mixed Measurement Level Multivariate Data : An Alternating Least Squares Method with Optimal Scaling Features", Young, F.W., Takane, Y., en de Leeuw, J., 1978, Psychometrika, 43, 279-281.

3.7. Zone-indeling.

Om zich te situeren in een bepaalde zone moet voldaan worden aan alle voorwaarden van de desbetreffende zone zoals opgenomen in de hiernavolgende tabel :

Zone	Voorwaarden				
0			$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r < 0.6$
1			$z1 < 0$	$z2 \geq 0$	$r < 0.6$
2			$z1 \geq 0$	$z2 < 0$	$r < 0.6$
3			$z1 < 0$	$z2 < 0$	$r < 0.6$
4	$z1 < z2 / \sqrt{3}$		$z1 \leq 0$	$z2 \leq 0$	$r \geq 0.6$
5	$z1 \geq z2 / \sqrt{3}$		$z1 \leq 0$	$z2 \leq 0$	$r \geq 0.6$
6			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 0.6$ $r < 1.3$
7			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 1.3$ $r < 2$
8	$z2 \leq z1 / \sqrt{3}$		$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 0.6$ $r < 2$
9	$z2 > z1 / \sqrt{3}$	$z2 \leq z1 * 3.5$	$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 0.6$ $r < 2$
10		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$		$r \geq 0.6$ $r < 2$
11			$z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 0.6$ $r < 2$
12			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 2$ $r < 3$
13	$z2 \leq z1 / \sqrt{3}$		$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 2$ $r < 3$
14	$z2 > z1 / \sqrt{3}$	$z2 \leq z1 * 3.5$	$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 2$ $r < 3$
15		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$		$r \geq 2$ $r < 3$
16			$z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 2$ $r < 3$
17			$z1 > 0$	$z2 > 0$	$r \geq 3$ $r < 4$
18	$z2 \leq z1 / \sqrt{3}$		$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 3$
19	$z2 > z1 / \sqrt{3}$	$z2 \leq z1 * 3.5$	$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 3$

Zone	Voorwaarden					
20 of		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$ $z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 3$ $r \geq 3$	$r < 4$ $r < 4$
21			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 4$	$r < 5$
22 of		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$ $z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 4$ $r \geq 4$	$r < 5$ $r < 5$
23			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 5$	$r < 6$
24 of		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$ $z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 5$ $r \geq 5$	
25			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 6$	$r < 7$
26			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 7$	

waarbij :

$z1$ = eerste zorgcoördinaat

$z2$ = tweede zorgcoördinaat

r = $\sqrt{z1^2 + z2^2}$, zijnde de afstand tot het middelpunt

3.8. Bepaling van het voltijds personeelsequivalent per verpleegdag.

Het voltijds personeelsequivalent per verpleegdag wordt bepaald met de volgende formule :

$$\text{VTE/verpleegdag} = \frac{\sum_{i=1}^{20} u_{a1} + \sum_{i=1}^{20} u_{a2} + \sum_{i=1}^{20} u_{a3}}{7,6 * n}$$

waarbij :

VTE/verpleegdag = voltijds personeelsequivalent per verpleegdag

u_{a1} = uren gepresteerd door gegradueerde verpleegkundigen en vroedvrouwen

u_{a2} = uren gepresteerd door gebrevetteerde verpleegkundigen (inbegrepen de ziekenhuis-assistenten)

u_{a3} = uren gepresteerd door het overige personeel ten laste van de verpleegdagprijs

n = aantal verpleegdagen van de referentie-eenheid

20 = aantal weerhouden dagen waarop de MVG worden geregistreerd

3.9. Bepaling van de kwalificatie-graad.

De kwalificatie-graad van een referentie-eenheid wordt bepaald met behulp van de ridittechniek, beschreven in het punt 3.5 van deze bijlage.

In de eerste bewerking wordt de riditscore op basis van de personeelsgegevens van alle referentie-eenheden samen bepaald, waarbij de score-mogelijkheden de personeelscategoriën zijn zoals vermeld in voornoemde ministeriële omzendbrief van 5 februari 1988, zijnde :

1. gegradueerde verpleegkundigen/vroedvrouwen
2. gebrevetteerde verpleegkundigen (inbegrepen ziekenhuissassistenten)
3. het overige verzorgend personeel ten laste van de verpleegdagprijs.

In de tweede bewerking wordt de ridit bepaald voor een bepaalde referentie-eenheid, waarbij de score-mogelijkheden de vermelde personeelscategoriën zijn. De bekomen ridit wordt de "kwalificatie-graad van de referentie-eenheid" genoemd.

3.10. Omzetting van kwalificatie-graad naar een kostenpuntenwaarde.

De kostenpuntenwaarde wordt berekend met de volgende formule :

kostenpuntwaarde = $1 + (\text{kwalificatiegraad} - 0,5) * \text{coëfficiënt}$

waarbij wordt aangenomen dat de gemiddelde landelijke bruto-wedde evenredig toeneemt met de kwalificatiegraad en waarbij voldaan wordt aan de criteria opgenomen in de hiernavolgende tabel :

	kwalificatie- graad	gemiddelde lande- lijke brutowedde	kosten-punten- waarde
Verpleegeenheid met enkel "gegradueerde verpleegkundigen / vroedvrouwen"	0,7773	1 500 000 BF	
landelijke referentie	0,5		1

	kwalificatie- graad	gemiddelde lande- lijke brutowedde	kosten-punten- waarde
Verpleegeenheid met enkel "overig verzorgend personeel ten laste van de verpleegdagprijs"	0,1124	940 000 BF	

Dit resulteert in een coëfficiënt gelijk aan 0,25056.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 30 december 1993.

De Minister van Sociale Zaken,

B. ANSELME

Annexe 2

[MAC — 25413]

Détermination des points RIM par journée d'hospitalisation.

1. Concepts et abréviations.

Pour l'application de la présente annexe, on utilise les abréviations suivantes :

- Arrêté royal du 14 août 1987 : Arrêté royal du 14 août 1987 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.
- Arrêté royal du 11 décembre 1987 : Arrêté royal du 11 décembre 1987 modifiant l'arrêté royal du 14 août 1987 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.
- Circulaire ministérielle du 5 février 1988 : enregistrement des données statistiques mentionnées dans l'arrêté royal du 14 août 1987, modifié par l'arrêté royal du 11 décembre 1987 - Modalités d'exécution.
- les données relatives aux soins : les données enregistrées conformément aux dispositions de l'article 2,2. de l'arrêté royal précité du 14 août 1987;
- RIM : le résumé infirmier minimum tel que visé à l'arrêté royal précité du 14 août 1987;
- Enregistrement du RIM : l'enregistrement du RIM tel qu'imposé dans les arrêtés royaux précités des 14.8.1987 et 11.12.1987;
- facteur : un facteur correspond à un des types de soins infirmiers mentionnés à l'article 2 de l'arrêté royal précité du 14 août 1987;
- période d'enregistrement : la période d'enregistrement telle que visée à l'article 2bis, § 1er, de l'arrêté royal précité du 11 décembre 1987;
- les personnels infirmier et soignant : tels que visés à l'article 2 de l'arrêté royal précité du 11 décembre 1987;
- possibilité de score : est une des possibilités de choix telles que mentionnées dans l'arrêté royal du 5 février 1988;
- score : est le résultat enregistré pour un facteur déterminé;
- scores : sont les résultats enregistrés pour l'ensemble des facteurs;
- unité de soins : l'unité de soins indiquée par le gestionnaire comme visé à l'article 2,1. de l'arrêté royal précité du 14 août 1987;
- service : le service d'hospitalisation indiqué dans le cadre de l'agrément tel que visé à l'article 2,1. de l'arrêté royal précité du 14 août 1987;

2. Description de la manière dont sont calculés les points rim par journée d'hospitalisation.

2.1. Objectif.

Pour un service hospitalier ou un ensemble de services hospitaliers, on calcule un certain nombre de points RIM par journée d'hospitalisation sur la base des données correspondantes relatives aux soins hospitaliers.

2.2. Méthode.

Dans une première phase, on calcule un certain nombre de valeurs nationales en points sur la base d'un groupe d'unités de soins de référence. Dans une deuxième phase, on calcule le nombre de points RIM à attribuer pour les services de chaque hôpital.

2.3. Opérations.

2.3.1. Phase 1 : Calcul du nombre de valeurs nationales en points.

Le calcul des valeurs nationales en points s'effectue en trois sous-phases :

2.3.1.1. Sous-phase I : indication des unités de référence et des années de référence.

Dans la sous-phase I, on indique les unités des soins hospitalières prises en compte pour le calcul des valeurs nationales en points. Ces unités de soins sont appelées ci-après "unités de référence".

Les unités de référence sont déterminées sur la base des données d'un ou de plusieurs exercices tels que définis par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et appelés ci-après "années de référence". Les unités de référence sont les unités de soins qui ont enregistré des données pour chaque période

d'enregistrement d'une année de référence, tel que prévu à l'arrêté royal du 14 août 1987. En outre, l'unité de soins n'est retenue que dans la mesure où, pour les années de référence, le service auquel l'unité de soins appartient était connu sous la même identification dans l'enregistrement des données relatives aux soins.

2.3.1.2. Sous-phase II : positionnement des unités de référence les unes par rapport aux autres.

La sous-phase II consiste à positionner les unités de référence les unes par rapport aux autres. Pour réaliser ce positionnement, on effectue les opérations suivantes :

2.3.1.2.1. Opération 1 : détermination des scores de référence nationaux.

On calcule des "scores de référence nationaux" en déterminant la fréquence d'apparition des différentes possibilités de scores par facteur sur la base des scores de toutes les unités de référence, enregistrés conformément aux dispositions de l'arrêté royal précité du 14 août 1987.

2.3.1.2.2. Opération 2 : détermination de l'empreinte digitale par unité de référence.

Pour chaque unité de référence, on compare les scores avec les scores de référence nationaux. Cette comparaison permet d'obtenir l'empreinte digitale de l'unité de référence. On détermine cette empreinte en comparant, pour chaque facteur, les scores de l'enregistrement RIM avec les scores de référence nationaux pour l'unité concernée.

Sous-opération sous-nécessaires pour effectuer cette comparaison :

sous-opération a : subdivision de certains facteurs.

Pour trois des facteurs, les possibilités de scores sont subdivisées comme suit :

1. Le facteur "soins aux patients trachéotomisés ou intubés" est subdivisé en un sous-facteur "soins aux patients trachéotomisés ou intubés sans ventilation assistée" et en un sous-facteur "soins aux patients trachéotomisés ou intubés avec ventilation assistée";

2. Le facteur de soins "éducation à l'autonomie en vue de la sortie" est subdivisé en un sous-facteur "éducation à l'autonomie enseignement occasionnel" et en un sous-facteur "éducation à l'autonomie programme d'enseignement";

3. Le facteur "soins aux patients désorientés" est subdivisé en un sous-facteur "soins aux patients désorientés : passif" et en un sous-facteur "soins aux patients désorientés : actif".

Ces trois subdivisions sont effectuées suivant les formules respectivement précisées aux points 3.1, 3.2, 3.3 de la présente annexe.

sous-opération b : "changement d'échelle" de certains facteurs :

Le point 3.4 de la présente annexe reprend le tableau sur la base duquel les enregistrements RIM des facteurs mentionnés ci-après sont replacés dans la nouvelle échelle, qui contient au minimum 7 et au maximum 10 possibilités de score :

- soins spécifiques de la bouche;
- prévention d'escarres par changements de position;
- enregistrement des paramètres vitaux;
- enregistrement des paramètres physiques;
- prélèvements de sang;
- administration de médication (intramusculaire, sous-cutanée, intradermique);
- administration de médication (intraveineuse);
- surveillance de perfusion permanente;
- soins à une plaie chirurgicale;
- soins à une plaie traumatique;

sous-opération c : calcul d'un ridit par facteur ou sous-facteur pour chaque unité de référence.

Pour chaque facteur, on calcule pour chaque possibilité de score ou possibilité de score de synthèse, une valeur, ci-après appelée "ridit". Pour chaque unité de référence, on calcule un ridit par facteur. Ce ridit est obtenu en multipliant la fréquence d'apparition de chaque possibilité de score par le score ridit respectif. Les formules utilisées à cet effet sont reprises au point 3.5. de la présente annexe. Les ridits ainsi obtenus pour l'ensemble des facteurs et sous-facteurs d'une unité de référence constituent ce que l'on appelle "l'empreinte digitale".

2.3.1.2.3. Opération 3 : réduction des scores à deux coordonnées de soins par unité de référence.

On réduit les ridits des unités de référence pour tous les facteurs à deux valeurs par unité de référence, ci-après appelées "coordonnées de soins". Les coordonnées de soins de toutes les unités de soins constituent la "carte nationale des unités de référence concernant les soins infirmiers". Le calcul des coordonnées de soins s'effectue suivant la méthode définie au point 3.6 de la présente annexe.

2.3.1.3. Sous-phase III : calcul des valeurs nationales en points.

Dans la sous-phase 3, on divise la carte nationale des soins infirmiers en zones. On situe les unités de référence dans ces zones sur la base des coordonnées de soins précitées. On calcule pour chaque zone une valeur nationale en points en se basant sur les effectifs de personnel infirmier et soignant et sur leur degré de qualification, tel que prévu à l'article 2,4 de l'arrêté royal du 11 décembre 1987.

Pour calculer cette valeur nationale en points pour chacune des zones, on effectue les opérations suivantes :

2.3.1.3.1. Opération 1 : fixation des zones et situation de chaque unité de référence.

La fixation des zones de la carte nationale des soins infirmiers est décrite au point 3.7 de la présente annexe. La zone dans laquelle se situe chaque unité de référence est déterminée sur la base de ses deux coordonnées de soins calculées au point 2.3.1.2.3.

2.3.1.3.2. Opération 2 : effectifs de personnel et degré de qualification par zone.

Dans chaque zone, on effectue pour chaque unité de référence les sous-opérations suivantes :

a. expression des effectifs de personnel par zone.

Pour chaque unité de référence de la zone, on calcule le personnel équivalent temps plein par journée d'hospitalisation en se basant sur la définition et la formule figurant au point 3.8. de la présente annexe. Sur la base du personnel équivalent temps plein par journée d'hospitalisation de toutes les unités de référence de la zone, on calcule la valeur médiane, appelée "personnel équivalent temps plein par journée d'hospitalisation de la zone".

b. expression du degré de qualification des personnels par zone.

Pour chaque unité de référence de la zone, on calcule le degré de qualification des personnels infirmier et soignant suivant la formule figurant au point 3.9. de la présente annexe. Sur la base du degré de qualification de toutes les unités de référence d'une zone, on calcule la valeur médiane, appelée "degré de qualification de la zone". Le degré de qualification obtenu sur la base de toutes les unités de référence est appelé "le degré de qualification national" et est de 0,5.

2.3.1.3.3. Opération 3 : fixation des points nationaux.

Le degré de qualification de la zone, tel que défini au point 2.3.1.3.2.b, est converti en une "valeur en points-coûts" de la zone, calculée suivant la formule figurant au point 3.10 de la présente annexe. Les "points-coûts" de la zone sont multipliés par le personnel équivalent temps plein par journée d'hospitalisation de la zone respective figurant au point 2.3.1.3.2.a. et sont appelés "points nationaux".

2.3.2. Phase II : détermination du nombre de points par service ou pour un ensemble de services.

Le nombre de points RIM des services de l'hôpital est déterminé suivant les 3 sous-phases suivantes :

2.3.2.1. Sous-phase 1 : détermination d'une empreinte digitale et regroupement des journées d'hospitalisation.

Dans la sous-phase 1, on applique à chacune des journées d'hospitalisation des services enregistrées pendant les années de référence les opérations définies aux points 2.3.1.2.2. et 2.3.1.2.3. Ceci débouche sur deux coordonnées de soins par journée d'hospitalisation.

2.3.2.2. Sous-phase 2 : détermination de la zone des enregistrements et application des valeurs nationales en points par journée d'hospitalisation.

Dans la sous-phase 2, la zone de chaque journée d'hospitalisation est déterminée en se basant, d'une part, sur les zones fixées au point 2.3.1.3.1. de la présente annexe et, d'autre part, sur les coordonnées de soins de la journée d'hospitalisation. La valeur nationale en points RIM correspondant à la zone telle que définie au point 2.3.1.3.3. est attribuée à cette journée d'hospitalisation et est appelée "valeur moyenne en points RIM de la journée d'hospitalisation".

2.4.2.3. Sous-phase 3 : détermination de la valeur en points RIM du service ou de l'ensemble des services.

Dans la sous-phase 3, on additionne les valeurs obtenues en points RIM pour les journées d'hospitalisation du service ou de l'ensemble des services enregistrées pendant les années de référence. Cette somme est divisée par les journées d'hospitalisation du service ou de l'ensemble des services enregistrées pendant les années de référence et est appelée "valeur en points RIM par journée d'hospitalisation" du service ou de l'ensemble des services.

3. Description des formules.

3.1. Subdivision du facteur "soins au patient trachéotomisé ou intubé".

Les possibilités de scores pour le facteur "soins au patient trachéotomisé ou intubé" sont les suivantes :

0 : non

1 : sans ventilation assistée

2 : avec ventilation assistée

Ce facteur est subdivisé en un sous-facteur "soins au patient trachéotomisé et/ou intubé sans ventilation assistée" et en un sous-facteur "soins au patient trachéotomisé et/ou intubé avec ventilation artificielle" avec les possibilités de scores suivantes :

sous-facteur : "soins au patient trachéotomisé et/ou intubé sans ventilation assistée"

0 : non

1 : sans ventilation assistée

sous-facteur : "soins au patient trachéotomisé et/ou intubé avec ventilation assistée"

0 : non

1 : avec ventilation assistée

La subdivision des possibilités de scores du facteur en plusieurs sous-facteurs s'effectue comme suit :

Définition	possibilités de scores		
	0	1	2
facteur "soins au patient trachéotomisé ou intubé"	0	1	2
sous-facteur "soins au patient trachéotomisé et/ou intubé sans ventilation assistée"	0	1	1
sous-facteur "soins au patient trachéotomisé et/ou intubé avec ventilation assistée"	0	0	1

3.2. Subdivision du facteur "éducation à l'autonomie"

Les possibilités de scores pour le facteur "éducation à l'autonomie" sont les suivantes :

0 : non

1 : enseignement occasionnel

2 : programme d'enseignement

Ce facteur est subdivisé en un sous-facteur "éducation à l'autonomie : enseignement occasionnel" et en un sous-facteur "éducation à l'autonomie : programme d'enseignement" avec respectivement les possibilités de scores suivantes :

sous-facteur : "éducation à l'autonomie"

0 : non

1 : enseignement occasionnel

sous-facteur : "éducation à l'autonomie : programme d'enseignement"

0 : non

1 : programme d'enseignement

La subdivision des possibilités des scores du facteur en sous-facteurs s'effectue comme suit :

Définition	possibilités de scores		
	0	1	2
facteur "éducation à l'autonomie"	0	1	2
sous-facteur "éducation à l'autonomie : enseignement occasionnel"	0	1	0
sous-facteur "éducation à l'autonomie programme d'enseignement"	0	0	1

3.3. Subdivision du facteur "soins au patient désorienté"

Les possibilités de scores pour le facteur "soins au patient désorienté" sont les suivantes :

0 : non

1 : mesures de protection

2 : mesures d'orientation spatio-temporelle

Ce facteur est subdivisé en un sous-facteur "soins au patient désorienté : passif" et en un sous-facteur "soins au patient désorienté : actif" avec les possibilités de scores suivantes :

sous-facteur : "soins au patient désorienté : passif"

0 : non

1 : mesures de protection

sous-facteur : "soins au patient désorienté : actif"

0 : non

1 : mesures d'orientation spatio-temporelle

La ventilation des possibilités de scores pour le facteur et ses sous-facteurs se présente comme suit :

Définition	possibilités de scores		
	0	1	2
facteur "soins au patient désorienté"	0	1	2
sous-facteur "soins au patient désorienté : passif"	0	1	0
sous-facteur "soins au patient désorienté : actif"	0	0	1

3.4. Changement d'échelle.

Les possibilités de scores des facteurs figurant ci-après sont réduites en un nombre plus petit de possibilités comme indiqué dans le tableau suivant :

facteur "soins spécifiques de la bouche"										
de :	0	1	2	3	4	5,6	7,8	9,..		
à :	1	2	3	4	5	6	7	8		
facteur "prévention d'escarres par changement de position"										
de :	0	1	2	3,4	5,6	7,8	9,..			
à :	1	2	3	4	5	6	7			
facteur "enregistrement des paramètres vitaux"										
de :	0	1	2	3	4	5,6	7 de 9	10 de 17	18 de 29	30,..
à :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
facteur "enregistrement des paramètres physiques"										
de :	0	1	2	3	4	5,6	7 de 9	10 de 17	18 de 29	30,..
à :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
facteur "prélèvements de sang"										
de :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9,..
à :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
facteur "administration de médication (intramusculaire, sous-cutanée, intradermique)"										
de :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9,..
à :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

facteur "administration de médication (intraveineuse)

de : 0 1,2 3,4 5,6 7,8 9,10 11 de 15 16 de 20 21 de 30 31,...

à : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

facteur "surveillance de perfusion permanente intraveineuse"

de : 0 1 2 3 4 5 6 7,8 9,10 11,...

à : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

facteur "soins à une plaie chirurgicale"

de : 0 1 2 3 4 5,6 7,8 9,10 11,...

à : 1 2 3 4 5 6 7 8 9

facteur "soins à une plaie traumatique"

de : 0 1 2 3 4 5,6 7,8 9,10 11,...

à : 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3.5. Technique des ridits.

3.5.1. Opération 1 : calcul du score ridit.

Pour chaque facteur, on calcule, pour chaque possibilité de score ou possibilité de score de synthèse, une valeur en fonction de la fréquence d'apparition de cette possibilité par rapport aux scores de référence nationaux. Cette valeur est désignée ci-après sous le terme de "score ridit".

Pour chaque facteur, le score ridit est calculé sur la base de la formule suivante :

$$RS_i = \frac{(\pi_{i-1} + p_i/2)}{\sum_{j=1}^k p_j}$$

où :

$$\pi_{i-1} = \sum_{j=1}^{i-1} p_j$$

RS_i = le score ridit de la possibilité de score ou possibilité de score de synthèse i

p_i = la fréquence d'apparition de la possibilité de score ou possibilité de score de synthèse i pour toutes les unités de référence confondues, c'est-à-dire le "score de référence national".

k = nombre de possibilités de scores ou de possibilités de scores de synthèse

3.5.2. Opération 2 : calcul du ridit.

Pour chaque unité de référence et chaque facteur, on calcule une valeur, ci-après appelée "ridit", en se basant sur la fréquence d'apparition de toutes les possibilités de scores et ce, selon la formule suivante :

$$R = \sum_{i=1}^k RS_i * f_i$$

où :

R = le ridit du facteur concerné

k = le nombre de possibilités de scores ou de possibilités de scores de synthèse pour le facteur concerné

f_i = fréquence de la possibilité de score i du facteur concerné

RS_i = score ridit de la possibilité de score i du facteur concerné

3.6. Calcul des coordonnées de soins.

Les deux coordonnées de soins sont calculées au moyen du "prinqual-algorithme" (principal components of qualitative data) tel que défini dans "The Principal Components of Mixed Measurement Level Multivariate Data : An Alternating Least Squares Method with Optimal Scaling Features" Young, F.W., Takane, Y., et de Leeuw, J., 1978, Psychometrika, 43,279-281.

3.7. Répartition en zones.

Pour se situer dans une zone déterminée, il faut satisfaire à toutes les conditions de la zone concernée, comme indiqué dans le tableau suivant :

Zone	Conditions				
0			$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r < 0.6$
1			$z1 < 0$	$z2 \geq 0$	$r < 0.6$
2			$z1 \geq 0$	$z2 < 0$	$r < 0.6$
3			$z1 < 0$	$z2 < 0$	$r < 0.6$
4	$z1 < z2 / \sqrt{3}$		$z1 \leq 0$	$z2 \leq 0$	$r < 0.6$
5	$z1 \geq z2 / \sqrt{3}$		$z1 \leq 0$	$z2 \leq 0$	$r \geq 0.6$
6			$Z1 > 0$	$Z2 < 0$	$r \geq 0.6$ $r < 1.3$
7			$Z1 > 0$	$Z2 < 0$	$r \geq 1.3$ $r < 2$
8	$z2 \leq z1 / \sqrt{3}$		$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 0.6$ $r < 2$
9	$z2 > z1 / \sqrt{3}$	$z2 \leq z1 * 3.5$	$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 0.6$ $r < 2$

Zone	Conditions					
10		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$		$r \geq 0.6$	$r < 2$
11			$z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 0.6$	$r < 2$
12			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 2$	$r < 3$
13	$z2 \leq z1 / \sqrt{3}$		$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 2$	$r < 3$
14	$z2 > z1 / \sqrt{3}$	$z2 \leq z1 * 3.5$	$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 2$	$r < 3$
15		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$		$r \geq 2$	$r < 3$
16			$z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 2$	$r < 3$
17			$z1 > 0$	$z2 > 0$	$r \geq 3$	$r < 4$
18	$z2 \leq z1 / \sqrt{3}$		$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 3$	
19	$z2 > z1 / \sqrt{3}$	$z2 \leq z1 * 3.5$	$z1 \geq 0$	$z2 \geq 0$	$r \geq 3$	
20		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$		$r \geq 3$	$r < 4$
cu			$z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 3$	$r < 4$
21			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 4$	$r < 5$
22		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$		$r \geq 4$	$r < 5$
cu			$z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 4$	$r < 5$
23			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 5$	$r < 6$
24		$z2 > z1 * 3.5$	$z1 > 0$		$r \geq 5$	
cu			$z1 \leq 0$	$z2 > 0$	$r \geq 5$	
25			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 6$	$r < 7$
26			$z1 > 0$	$z2 < 0$	$r \geq 7$	

où :

$z1$ = première coordonnée de soins

$z2$ = deuxième coordonnée de soins

r = $\sqrt{z1^2 + z2^2}$, étant la distance par rapport au point central.

3.8. Calcul du personnel équivalent temps plein par journée d'hospitalisation.

On calcule le personnel équivalent temps plein par journée d'hospitalisation au moyen de la formule suivante :

$$\frac{\sum_{i=1}^{20} u_{a1} + \sum_{i=1}^{20} u_{a2} + \sum_{i=1}^{20} u_{a3}}{7,6 * n}$$

où :

ETP/journée d'hospitalisation = personnel équivalent temps plein par journée d'hospitalisation

u_{a1} = heures prestées par les infirmiers gradués et les accoucheuses

u_{a2} = heures prestées par les infirmiers brevetés (y compris les assistants en soins hospitaliers)

u_{a3} = heures prestées par d'autres personnels soignants à charge du prix de la journée d'hospitalisation

n = nombre de journées d'hospitalisation de l'unité de référence

20 = nombre de jours retenus pendant lesquels des données RIM sont enregistrées

3.9. Détermination du degré de qualification.

Le degré de qualification d'une unité de référence est déterminé au moyen de la technique des ridits décrite au point 3.5. de la présente annexe.

Dans la première opération, le score ridit est déterminé sur la base des données relatives au personnel de toutes les unités de référence confondues, étant entendu que les possibilités de scores correspondent aux catégories de personnel mentionnées dans la circulaire ministérielle précitée du 5 février 1988, à savoir :

1. les infirmiers gradués / accoucheuses

2. les infirmiers brevetés (y compris les assistants en soins hospitaliers)

3. les autres personnels soignants à charge du prix de la journée d'hospitalisation.

Dans la deuxième opération, le ridit est calculé pour une unité de référence déterminée, étant entendu que les possibilités de scores correspondent aux catégories de personnel mentionnées. On appelle le ridit ainsi obtenu "degré de qualification de l'unité de référence".

3.10. Conversion du degré de qualification en une valeur points-coûts.

La valeur points-coûts est calculée au moyen de la formule suivante :
valeur points-coûts = 1 + (degré de qualification - 0,5) * coefficient

où il est admis que le salaire brut national moyen augmente proportionnellement au degré de qualification et où il est satisfait aux critères repris dans le tableau suivant :

	degré de qualification	salaire brut national moyen	valeur points-coûts
Unité de soins comprenant uniquement "des infirmiers gradués / accoucheuses"	0,7773	1 500 000 BF	
référence nationale	0,5		1
Unité de soins comprenant uniquement "d'autres personnels soignants à charge du prix de la journée d'hospitalisation"	0,1124	940 000 BF	

Cela donne un coefficient égal à 0,25056.

Vu pour être annexé à Notre arrêté ministériel du 30 décembre 1993.

Le Ministre des Affaires sociales,
B. ANSELME

Bijlage 3

Vaststelling van een gemiddelde ligduur per diagnosegroep en berekening van een afwijkend aantal ligdagen met het oog op de vaststelling van het budget van de financiële middelen

1. Begrippen en afkortingen.

M.K.G-registratie : de Minimale Klinische Gegevens zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 21 juni 1990 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

ICD-9-CM : International Classification of Diseases - 9th Edition - Clinical Modification.

MDC : Major Diagnostic Category, grote diagnosegroepen die elk een systeem of een orgaan omvatten, zoals beschreven in de "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

DRG : Diagnosis Related Groups, diagnosegroepen zoals beschreven in de "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

2. Beschrijving van de wijze waarop met de ligduur rekening gehouden wordt.

2.1. Doelstelling.

In de onderhavige bijlage wordt bepaald op welke wijze de ligduur van ziekenhuispatiënten wordt berekend bij de vaststelling van onderdeel B2 van het budget van financiële middelen.

2.2. Toepassingsgebied van het aantal patiënten waarmee rekening wordt gehouden om de ligduur te berekenen.

Om de sub 2.1. bedoelde doelstelling te realiseren wordt rekening gehouden met alle patiënten opgenomen in acute ziekenhuizen, met uitzondering van de patiënten die zich in V-diensten, in S-diensten, in T-diensten en in geïsoleerde G-diensten bevinden. Patiënten die opgenomen worden voor zwangerschap en bevalling (MDC 14 zoals bedoeld in punt 3.1) worden buiten beschouwing gelaten.

In de in het eerste lid bedoelde patiënten zijn begrepen deze patiënten waarvoor een maxi- of superforfait in de ziekteverzekering wordt aangerekend overeenkomstig artikel 4, §§ 4 en 5, van de conventie gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen.

2.3. Gegevens op basis waarvan de ligduur wordt berekend.

De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, bepaalt het dienstjaar van de MKG-registratie dat als basis zal dienen voor de berekening van de ligduur.

2.4. Bewerkingen.

2.4.1. Berekening van de ligduur

Per patiënt, zoals bedoeld in punt 2.2., wordt een ligduur berekend, in dagen uitgedrukt, meer bepaald door het aantal dagen te nemen van de dag van opname in het ziekenhuis (inbegrepen) tot en met de dag van ontslag uit het ziekenhuis.

2.4.2. Bepalen van de diagnosegroepen

De patiënten zoals geregistreerd in de MKG-registratie worden ondergebracht in groepen, verder DRG's genoemd, op basis van een techniek beschreven in punt 3.1., waarbij rekening wordt gehouden met hoofddiagnose, nevendiaagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht, overliden van de patiënt en aard van ontslag.

Voor de patiënt wiens chirurgische verstrekking in de MKG-registratie bekend is onder de RIZIV-nomenclatuur wordt deze verstrekking geconverteerd naar de overeenkomstige ICD-9-CM-code.

Voor de patiënten waarvoor tijdens eenzelfde verblijf in het ziekenhuis een MKG-registratie per specialisme wordt geregistreerd, wordt één hoofddiagnose gekozen voor gans het ziekenhuisverblijf, overeenkomstig de techniek van concatenisering zoals beschreven in punt 3.2.

Voor de patiënten waarvoor een maxi- of superforfait in de ziekteverzekering wordt aangerekend overeenkomstig artikel 4, §§ 4 en 5, van de conventie gesloten tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij ontstentenis hiervan, tussen de ziekteverzekering en de verplegingsinrichtingen, wordt een diagnosegroep weerhouden die hiermee overeenkomt.

Elke diagnosegroep wordt onderverdeeld in twee subgroepen, verder DRGs genoemd, één met de patiënten onder 75 jaar en één met de patiënten boven 75 jaar.

2.4.3. Bepalen van de nationaal gemiddelde ligduur per diagnosegroep.

Per diagnosesubgroep, DRGs, zoals bedoeld in punt 2.4.2. wordt een nationaal gemiddelde ligduur berekend, hierna afgekort "NGL". Deze ligduur wordt bekomen door het aantal ligdagen per patiënt, dat overeenkomt met de ligduur per patiënt zoals bedoeld in punt 2.4.1., exclusief de ligdagen van de patiënten die als een outlier worden beschouwd, op te tellen en te delen door het aantal aldus weerhouden patiënten. Om de outlierpatiënten te kennen wordt een formule gebruikt die wordt weergegeven in punt 3.3.

2.4.4. Toepassing van de NGL op de individuele ziekenhuizen.

2.4.4.1. Per ziekenhuis wordt een gemiddelde reële ligduur berekend, hierna afgekort "GRLZ₁", evenals een gemiddelde genormaliseerde ligduur, hierna "GNLZ₁" genoemd.

a) Om de GRLZ₁ vast te stellen wordt de som gemaakt van alle ligdagen van de patiënten zoals bedoeld onder punt 2.2., met uitzondering van de outlierpatiënten en van de patiënten in de diagnose-restgroep, zoals respectievelijk bedoeld in punt 3.3. en in punt 3.1., gedeeld door dit aantal patiënten.

b) Om de GNLZ₁ vast te stellen wordt aan alle patiënten, exclusief outlierpatiënten en de patiënten uit de diagnose-restgroep, een aantal ligdagen toegekend dat overeenstemt met de NGL van de diagnosegroep waartoe hij behoort. Vervolgens wordt de som van het aldus toegekend aantal ligdagen gedeeld door dit aantal patiënten.

2.4.4.2. Berekening van de gebeurlijke afwijking van de GRLZ₁ t.o.v. de GNLZ₁.

De GRLZ₁ wordt vervolgens vergeleken met de GNLZ₁ om, overeenkomstig de formule bedoeld in punt 3.4., de afwijking van GRLZ₁ t.o.v. GNLZ₁ te bepalen.

2.5. Berekenen van het teveel aan ligdagen.

a) Indien de afwijking, zoals berekend met de formule bedoeld in punt 3.4., minder bedraagt dan een jaarlijks vast te stellen percentage dan wordt met deze afwijking verder geen rekening gehouden.

b) Indien de afwijking, zoals berekend met de formule bedoeld in punt 3.4., meer bedraagt dan dit percentage dan wordt de afwijking boven de GNLZ₁ verhoogd met dit percentage (uitgedrukt in dagen) en vermenigvuldigd met het totaal aantal patiënten zoals bedoeld in punt 2.2. (inclusief outliers en restgroep).

Dit aantal dagen wordt hierna TLD genoemd.

3. Beschrijving van de formules.

3.1. Diagnosegroepen.

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de "All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

Op basis van de hoofddiagnose wordt een eerste indeling gemaakt in grote diagnosegroepen, hierna MDC's genoemd, die elk een systeem of orgaan omvatten. Elke MDC wordt verder verdeeld in een medische en een chirurgische subgroep op basis van het al dan niet voorkomen van een chirurgische ingreep.

Binnen deze subgroepen worden de eigenlijke diagnosegroepen, verder DRG's genoemd, onderscheiden, rekening houdend met : hoofddiagnose, nevendiaagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht, overlijden van de patiënt en aard van ontslag overeenkomstig de "All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

Daar sommige leeftijdsgroepen, diagnoses of ingrepen door hun specificiteit een aparte groepering vragen, wordt, vooraleer over te gaan tot de verdeling zoals hierboven beschreven, een aantal diagnosegroepen afgesplitst zoals weergegeven in de schema's van het hierboven vermeld werk.

Patiënten zonder vermelding van een hoofddiagnose (DRG 470), of met vermelding van een diagnose die niet als hoofddiagnose gebruikt mag worden (DRG 469), of met een belangrijke chirurgische ingreep die niet overeenkomt met de hoofddiagnose (DRG 476, 477, 468), worden verder de diagnose-restgroep genoemd. Hiervoor wordt geen nationaal gemiddelde ligduur, NLG, berekend. De patiënten opgenomen voor zwangerschap of bevalling worden onderverdeeld in MDC 14. Deze MDC wordt niet mee in rekening gebracht.

3.2. Concatenatie.

Uit de hoofddiagnoses die bij de verschillende specialismen vermeld worden, wordt één hoofddiagnose geselecteerd op basis van de volgende regels :

a) als er slechts in één specialisme een ingreep gebeurde, dan wordt de hoofddiagnose van dit specialisme gekozen voor het toekennen van de DRG;

b) indien in meerdere specialismen een ingreep gebeurde, dan wordt tussen deze specialismen de hoofddiagnose gekozen die aanleiding geeft tot de DRG die op nationaal niveau de langste gemiddelde verblijfsduur heeft;

c) hetzelfde geldt voor de verblijven waar in geen enkel specialisme een ingreep gebeurde.

3.3. Outliers.

Als outliers worden beschouwd de patiënten die binnen een bepaalde diagnosegroep een ligduur hebben die groter is dan :

$$Q_3 + 2*(Q_3 - Q_1)$$

of kleiner is dan :

$$\exp(\ln Q_1 - 2*(\ln Q_3 - \ln Q_1))$$

waarbij

Q_1 gelijk is aan de ligduur bepaald door de grens waaronder de ligduur van 25 % van de patiënten binnen de diagnosegroep valt;

Q_3 overeenkomt met de ligduur bepaald door de grens waarboven de ligduur van 25 % van de patiënten binnen de diagnosegroep valt.

De benedengrens wordt berekend op logaritmische schaal. Daarenboven moet de benedengrens minstens drie dagen lager zijn dan de gemiddelde ligduur en de bovengrens minstens acht dagen hoger dan de gemiddelde ligduur voor die diagnosegroep.

3.4. Afwijking.

De afwijking tussen $GRLZ_1$ en de $GNLZ_1$ wordt als volgt berekend:

$$\frac{(GRLZ_1 - GNLZ_1)}{GNLZ_1} * 100$$

4. Uitzonderingsmaatregel voor 1994 : daghospitalisatie.

Voor wat het dienstjaar 1994 betreft wordt geen toepassing gemaakt van de bepalingen bedoeld in punt 2.2., tweede alinea, evenals van de bepaling bedoeld in punt 2.4.2., vierde alinea.

Voor het jaar 1994 worden voor de berekening van de NGL per diagnosegroep, zoals bedoeld in punt 2.4.3., en voor de berekening van de gemiddelde ligduur, zoals bedoeld in punt 2.4.1., de patiënten die omwille van hun pathologie en kleine ingreep in de daghospitalisatie thuishoren, buiten beschouwing gelaten.

De patiënten, behorend tot deze groep, worden geselecteerd op basis van de volgende criteria : het zijn patiënten die behoren tot één van de 25 DRG's hieronder opgesomd (indeling in DRG's beschreven onder punt 3.1.), waarbij geen vermelding gemaakt wordt van een complicerende nevendiagnose of ingreep en die een ligduur hebben, zoals beschreven in punt 2.4.1., lager dan of gelijk aan 4 dagen.

DRG Omschrijving

- 006 VRIJMAKEN CARPAAL TUNNEL
- 039 INGREEP OP LENS MET OF ZONDER VITRECTOMIE
- 040 EXTRAOCULAIRE INGREPEN BEHALVE OP ORBITA, LEEFTIJD > 17 JAAR
- 041 EXTRAOCILAIRE INGREPEN BEHALVE OP ORBITA, LEEFTIJD < 18 JAAR
- 057 INGREPEN OP AMANDELEN EN ONTSTOKEN TONSILLEN, BEHALVE TONSILLEN/AMANDELEN ALLEEN, > 17 JAAR
- 058 INGREPEN OP AMANDELEN EN ONTSTOKEN TONSILLEN, BEHALVE TONSILLEN/AMANDELEN ALLEEN, < 18 JAAR
- 059 ALLEEN ADENOIDECTOMIE EN/OF AMYGDALECTOMIE, > 17 JAAR
- 060 ALLEEN ADENOIDECTOMIE EN/OF AMYGDALECTOMIE, < 18 JAAR
- 061 MYRINGOTOMIE + PLAATSEN VAN DRAIN, > 17 JAAR
- 062 MYRINGOTOMIE + PLAATSEN VAN DRAIN, < 18 JAAR
- 119 ONDERBINDEN EN STRIPPING VAN VENEN
- 163 INGREEP VOOR HERNIA LEEFTIJD < 18 JAAR
- 187 TANDETRACTIE EN -RESTAURATIES
- 229 INGREPEN HAND, POLS BEHALVE GROTE INGREPEN OP GEWRICHTEN ZONDER COMPLICATIES
- 231 LOCALE EXCISIE EN VERWIJDEREN INWENDIG FIXATIEAPPARAAT BEHALVE HEUP, FEMUR
- 232 ARTHROSCOPIE
- 262 BIOPSIE BORSTEN, LOCALE EXCISIE, BEHALVE VOOR NEO
- 339 INGREPEN OP TESTES, BEHALVE VOOR NEO, > 17 JAAR
- 340 INGREPEN OP TESTES, BEHALVE VOOR NEO, < 18 JAAR
- 342 CIRCUMCISIE, LEEFTIJD > 17 JAAR
- 343 CIRCUMCISIE, LEEFTIJD < 18 JAAR
- 351 STERILISATIE BIJ MAN
- 361 LAPAROSCOPIE EN DOORSNIJDEN TUBAE
- 362 ENDOSCOPISCH ONDERBINDEN TUBAE
- 364 DILLATATIE, CURETTAGE, CONISATIE BEHALVE VOOR NEG

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 30 december 1993.

De Minister van Sociale Zaken,

B. ANSELME

Annexe 3

**Fixation d'une durée de séjour moyenne par groupe de diagnostics
et calcul d'un écart au niveau du nombre de journées d'hospitalisation
en vue de la fixation du budget des moyens financiers**

1. Concepts et abréviations.

Enregistrement RCM : le Résumé Clinique Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 21 juin 1990 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

ICD-9-CM : International Classification of Diseases - 9th Edition - Clinical Modification.

MDC : Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, tel que décrit dans les "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostics tels que décrits dans les "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

2. Description de la manière dont il est tenu compte de la durée de séjour.

2.1. Objectif.

Dans la présente annexe, on précise la manière dont est calculée la durée de séjour de patients hospitaliers lors de la fixation de la sous-partie B2 du budget des moyens financiers.

2.2. Champ d'application du nombre de patients pris en compte dans le calcul de la durée de séjour.

Pour réaliser l'objectif visé au point 2.1., on tient compte de tous les patients admis dans des hôpitaux aigus, à l'exception des patients se trouvant dans des services V, S, T ainsi que dans des services G isolés. Les patients hospitalisés pour raison de grossesse et d'accouchement (MDC 14 comme visé au point 3.1.) ne sont pas pris en considération.

Parmi les patients pris en compte, visé à l'alinéa 1er, on trouve ceux pour lesquels un maxiforfait ou un superforfait est imputé à l'assurance maladie conformément à l'article 4, §§ 4 et 5, de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes assureurs ou, à défaut de cette convention, entre l'assurance maladie et les établissements de soins.

2.3. Données sur la base desquelles la durée de séjour est calculée.

Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions détermine l'exercice de l'enregistrement RCM qui servira de base pour le calcul de la durée de séjour.

2.4. Opérations.

2.4.1. Calcul de la durée de séjour.

On calcule pour chaque patient, tel que défini au point 2.2., une durée de séjour exprimée en jours et correspondant au nombre de jours compris entre le jour (inclus) de l'admission à l'hôpital et celui (inclus) de la sortie.

2.4.2. Constitution des groupes de diagnostics.

Les patients enregistrés dans le cadre du RCM sont répartis dans des groupes, appelés DRG, au moyen d'une technique, décrite au point 3.1., par laquelle on tient compte du diagnostic principal, des diagnostics secondaires, des interventions chirurgicales, des techniques spéciales, de l'âge, du sexe, du décès du patient et du type de sortie.

En ce qui concerne les patients dont les prestations chirurgicales enregistrées dans le RCM sont encodées dans la nomenclature INAMI, on convertit les prestations en question dans les codes ICD-9-CM correspondants.

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RCM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital, on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique de concaténation décrite au point 3.2.

En ce qui concerne les patients pour lesquels un maxiforfait ou un superforfait est imputé à l'assurance maladie conformément à l'article 4, §§ 4 et 5, de la convention conclue entre les établissements de soins et les organismes assureurs ou, à défaut de cette convention, entre l'assurance maladie et les établissements de soins, on retient un groupe de diagnostics correspondants à ces forfaits.

Chaque groupe diagnostique sera divisé en deux sous-groupes, DRGs, l'un composé des patients de moins de 75 ans et l'autre composé des patients de plus de 75 ans.

2.4.3. Calcul de la durée de séjour moyenne nationale par groupe de diagnostics.

On calcule pour chaque sous-groupe de diagnostics DRGs, tel que défini au point 2.4.2., une durée de séjour moyenne nationale, en abrégé NGL.

On obtient cette durée de séjour en additionnant les nombres de journées d'hospitalisation des patients, c'est-à-dire leur durée de séjour respective, telle que définie au point 2.4.1., à l'exception de celles des patients considérés comme outliers, et en divisant cette somme par le nombre de patients ainsi retenus. Pour connaître le nombre de patients outliers, on applique la formule figurant au point 3.3.

2.4.4. Application de la NGL à chaque hôpital.

2.4.4.1. On calcule pour chaque hôpital une durée de séjour réelle moyenne, en abrégé GRLZ₁, ainsi qu'une durée de séjour normalisée moyenne, en abrégé GNLZ₁.

a) Pour calculer la GRLZ₁, on fait la somme de toutes les journées d'hospitalisation des patients, tels que définis au point 2.2., à l'exception des patients outliers et des patients du groupe de diagnostics résiduel, tels que visés respectivement aux points 3.3. et 3.1., et on la divise par le nombre de patients ainsi retenus.

b) Pour déterminer la G_{NLZ_1} , on attribue à tous les patients, à l'exception des patients outliers et des patients du groupe de diagnostics résiduel, un certain nombre de journées d'hospitalisation correspondant à la G_{NL} du groupe de diagnostics auquel chacun d'entre eux appartient. La somme des nombres de journées d'hospitalisation ainsi attribués est ensuite divisée par le nombre de patients retenus.

2.4.4.2. Calcul de l'écart éventuel entre la G_{RLZ_1} et la G_{NLZ_1} .

On compare ensuite la G_{RLZ_1} à la G_{NLZ_1} afin de déterminer, suivant la formule figurant au point 3.4., l'écart éventuel qui les sépare.

2.5. Calcul du surplus de journées d'hospitalisation.

a) Si l'écart, calculé suivant la formule figurant au point 3.4., est inférieur à un pourcentage à fixer chaque année, on ne tient pas compte de celui-ci.

b) Si l'écart, calculé suivant la formule figurant au point 3.4., est supérieur à ce pourcentage, l'écart par rapport à la G_{NLZ_1} , est majoré de ce pourcentage (exprimé en jours) et multiplié par le nombre total de patients tels que définis au point 2.2. (y compris les outliers et les patients du groupe de diagnostics résiduel).

Ce nombre de jours est appelé en abrégé TLD.

3. Description des formules

3.1. Groupes de diagnostics

Les groupes de diagnostics sont constitués sur la base des "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

Sur la base du diagnostic principal, on effectue une première subdivision en groupes de diagnostics principaux, appelés MDC, qui portent chacun sur un système ou un organe. Chaque MDC est ensuite scindé en un sous-groupe médical et un sous-groupe chirurgical selon qu'il y a intervention chirurgicale ou non.

A l'intérieur de ces sous-groupes, on distingue les groupes de diagnostics proprement dits, c'est-à-dire les DRG, en tenant compte des éléments suivants : diagnostic principal, diagnostics associés, interventions chirurgicales, techniques spéciales, âge, sexe, décès du patient et type de sortie, conformément aux "All Patients Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.0".

Etant donné que certains groupes d'âge, diagnostics ou certaines interventions doivent faire partie d'un groupe distinct en raison de leur spécificité, on scinde, avant de procéder à la subdivision précitée, un certain nombre de groupes de diagnostics comme le montrent les schémas du manuel susmentionné.

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (DRG 470) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (DRG 469) ou pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (DRG 476, 477, 468) constituent ce que l'on appelle le groupe de diagnostics résiduel. Aucune durée de séjour moyenne nationale, NLG, n'est calculée pour ce groupe.

Les patients hospitalisés pour motif de grossesse ou d'accouchement sont regroupés dans le MDC 14. Ce MDC n'est pas pris en considération.

3.2. Concaténation.

On sélectionne parmi les diagnostics principaux mentionnés pour les différentes spécialités un diagnostic principal sur la base des règles suivantes :

a) si une intervention a été pratiquée dans une seule spécialité, on choisit le diagnostic principal de cette spécialité pour attribuer le DRG;

b) si une intervention a été pratiquée dans plusieurs spécialités, on choisit, pour attribuer le DRG, entre ces différentes spécialités, le diagnostic principal qui débouche sur le DRG correspondant à la plus longue durée de séjour au niveau national;

c) cela vaut également pour les séjours au cours desquels aucune intervention n'a été pratiquée dans une spécialité.

3.3. Outliers.

On entend par outliers les patients qui, au sein d'un groupe de diagnostics déterminé, ont une durée de séjour supérieure à :

$$Q_3 + 2*(Q_3 - Q_1)$$

ou inférieure à :

$$\exp(\ln Q_1 - 2*(\ln Q_3 - \ln Q_1))$$

Q_1 représente la durée de séjour correspondant au seuil en-deçà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des patients de ce groupe de diagnostics;

tandis que

Q_3 représente la durée de séjour correspondant au seuil au-delà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des patients de ce groupe de diagnostics.

La limite inférieure est calculée sur la base d'une échelle logarithmique. En outre, la limite inférieure doit correspondre à une valeur inférieure d'au moins trois jours à la durée moyenne de séjour et la limite supérieure doit correspondre à une valeur supérieure d'au moins huit jours à la durée moyenne de séjour pour ce groupe de diagnostics.

3.4. Ecart.

L'écart entre la G_{RLZ_1} et la G_{NLZ_1} est calculé comme suit:

$$\frac{(G_{RLZ_1} - G_{NLZ_1})}{G_{NLZ_1}} * 100$$

4. Mesure d'exception pour 1994 : hospitalisation de jour.

En ce qui concerne l'exercice 1994, on n'applique pas les dispositions visées au point 2.2., alinea 2, ni la disposition visée au point 2.4.2., alinea 4.

En ce qui concerne l'année 1994, pour le calcul du NGL par groupe de diagnostics, visé au point 2.4.3., et pour le calcul de la durée moyenne de séjour, visé au point 2.4.1., les patients relevant de l'hospitalisation de jour, compte tenu de leur pathologie et de l'intervention mineure, ne sont pas davantage pris en compte.

Les patients appartenant à ce groupe sont sélectionnés sur la base des critères suivants : ce sont des patients qui font partie d'un des 25 DRG énumérés ci-dessous (répartition en DRG décrite au point 3.1.) pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic secondaire en complication et la durée de séjour, telle que décrite au point 2.4.1., inférieure ou égale à 4 jours.

DRG Description

006	LIBERATION DU TUNNEL CARPIEN
039	INTV. CRISTALLIN AVEC OU SANS VITRECTOMIE
040	INTV. EXTRAOCUL EXCPT ORBITE, AGE >17ANS
041	INTV. EXTRAOCUL EXCPT ORBITE, AGE <18 ANS
057	INTV.AMYG,VEG.ADEN,EXC ADEN/AMYG SEULE,>17 ANS
058	INTV.AMYG,VEG.ADEN,EXC ADEN/AMYG SEULE,>17 ANS
059	ADENOIDECTOMIE ET/OU AMYGDALECTOMIE SEULE,>17
060	ADENOIDECTOMIE ET/OU AMYGDALECTOMIE SEULE,<18
061	MYRINGOTOMIE + INSERTION DRAIN, >17 ANS
062	MYRINGOTOMIE + INSERTION DRAIN,<18 ANS
119	LIGATURE DE VEINE ET STRIPPING
163	INTERVENTION POUR HERNIE AGE <18 ANS
187	EXTRACTIONS ET RESTAURATIONS DENTAIRES
229	INTV MAIN, POIGNET EXCPT INTV MAJ, SANS CC
231	EXCIS.LOC,ENLEVT APP FIXAT INT SAUF HANCH,FEM
232	ARTHROSCOPIE
262	BIOPSIE SEIN,EXCISION LOCALE, EXCPT POUR NEO
339	INTERV. TESTICULES,EXCPT NEO, >17ANS
340	INTERV. TESTICULES,EXCPT NEO,<18 ANS
342	CIRCONCISION, AGE >17ANS
343	CIRCONCISION, AGE <18 ANS
351	STERILITE MASCULINE
361	LAPAROSCOPIE ET DIVISION DES TROMPES
362	LIGATURE TUBAIRE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE
363	DILATAT,CURET,CONISAT,RADIO-IMPLANT,POUR NEO
364	DILATA, CURET,CONISAT EXCPT NEO

Vu pour être annexé à Notre arrêté ministériel du 30 décembre 1993

Le Ministre des Affaires sociales,
B. ANSELME

Bijlage 4 — Annexe 4

Lijst van de standaardtijden per nummer van nomenclatuur van de ziekte- en invaliditeitsverzekering
Liste des temps standards opératoires par numéro de nomenclature de l'assurance maladie invalidité

Nomenclatuur	Code (1)
Nomenclature	Code (1)
112280	2
113024	2
113083	2
113105	2
113142	2
113223	3
114063	2
114085	3
144524	1
144542	2
144561	2
144583	3
144620	2
144642	2
144686	2

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
144701	3
145025	3
145526	3
145541	2
145563	2
145585	2
145600	2
148024	3
148046	4
148061	3
148083	6
148105	3
148120	4
148142	3
148164	4
149026	2
149041	2
149063	3
149166	2
220102	2
220124	2
220146	2
220161	2
220183	3
220205	3
220220	2
220242	3
220264	3
220286	4
220301	2
220323	4
220345	5
220360	3
221023	3
221045	3
221060	4
221082	4
221104	4
221126	4
221141	4
221163	3
226940	5
226962	6
226984	7
227006	6
227021	5
227043	3
227065	4
227080	3
227102	2
227124	4
227146	9
227161	6
227183	6
227205	9
227220	7
227242	8
227264	7
227286	8

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
227301	8
227323	7
227345	9
227360	8
227382	8
227404	7
227426	7
227441	7
227463	7
227485	6
227500	3
228023	10
228045	10
228060	11
228082	8
228104	4
228126	8
228141	7
228163	4
228185	12
229025	11
229040	9
229062	9
229084	10
229121	6
229143	4
229165	5
229180	3
229202	7
229224	7
229261	6
229283	8
229305	8
229320	8
229342	8
229364	7
229386	8
229401	7
229445	7
229526	11
229541	12
229563	10
229585	14
230263	4
230300	6
230322	4
230344	6
230366	4
230381	5
230403	5
230425	6
230440	7
230462	6
230484	8
230506	9
230543	8
230565	4
230580	8
230602	4

Nomenclatuur	Code (1)
Nomenclature	Code (1)
230624	3
230646	3
230705	7
230720	6
230742	9
230764	8
231022	9
231044	10
231405	6
232024	4
232046	6
232061	5
232083	5
232105	6
232120	8
232142	8
232164	7
232525	9
232540	11
232562	10
232584	9
232606	8
232621	12
232643	13
232665	4
232680	4
232702	4
232724	9
232746	9
232761	8
232783	9
232805	6
232820	9
232864	7
232886	6
232901	5
232923	13
232945	3
232982	8
235023	5
235045	5
235060	4
235082	7
235104	7
235126	5
235141	5
235163	10
235185	5
235200	8
236025	8
236040	11
236106	9
237020	13
237042	10
237064	10
237086	9
237101	8
237123	8
237145	7

Nomenclatuur	Code (1)
Nomenclature	Code (1)
237160	6
238022	8
238044	8
238066	5
238081	4
238103	4
238125	4
238140	4
238162	4
238184	4
238206	4
238221	6
238243	6
239046	3
239083	5
239105	3
239201	4
239223	4
239245	6
239260	6
239282	5
239304	6
239326	6
240160	6
240166	5
240461	5
240483	6
241043	6
241065	6
241080	5
241102	5
241124	4
241146	4
241161	4
241183	5
241205	5
241220	8
241242	6
241264	5
241286	6
241404	6
241426	11
241441	9
241463	10
241485	8
241500	7
241522	6
241544	6
241566	9
241581	8
241603	7
241625	5
241640	4
241662	5
241684	4
241706	5
241721	5
242023	11
242045	10

Nomenclatuur	Code (1)
Nomenclature	Code (1)
242060	10
242082	8
242104	8
242126	7
242141	8
242303	11
242325	11
242340	9
242362	5
242384	3
242406	7
242421	11
242443	11
242465	5
242480	6
242502	9
242524	9
242546	5
242561	5
242583	4
242605	6
242620	7
242642	5
242664	5
242686	7
242701	6
242723	9
242745	11
243025	10
243040	10
243062	8
243084	8
243106	9
243121	7
243143	6
243165	3
243180	5
243202	5
243224	5
243246	7
243261	3
243283	5
243305	5
243320	8
243342	7
243425	7
243600	5
243622	5
243644	4
243666	4
243681	3
243703	5
243725	3
243740	6
243762	7
243784	7
244020	9
244042	7
244064	8
244086	7

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
244101	8
244123	8
244145	4
244160	5
244182	4
244204	4
244226	4
244241	6
244263	2
244285	4
244300	3
244322	5
244344	2
244366	4
244381	3
244403	4
244425	4
244440	4
244462	3
244484	3
244506	3
244521	3
244543	2
244565	3
244580	3
244602	3
244624	2
244646	2
244661	3
244683	3
244705	6
244720	7
244742	5
244764	9
244786	5
245022	3
245044	2
245066	4
245081	8
245103	4
245523	2
245545	3
245560	1
245582	1
245604	3
245626	3
245641	2
245663	8
245685	5
245744	5
245766	2
245781	3
245803	2
245825	3
245840	3
245862	3
245884	5
246024	2

Nomenclature Nomenclatuur	Code (1) Code (1)
246046	5
246061	4
246083	2
246105	4
246120	3
246142	5
246164	3
246186	2
246201	2
246223	5
246525	4
246562	3
246584	4
246606	4
246621	4
246643	4
246665	6
246680	3
246783	6
246805	5
246820	3
246842	3
246864	2
246886	5
246901	6
247026	4
247041	4
247063	4
247085	6
247100	5
247122	9
247166	8
247203	6
247520	5
247542	4
247564	5
250143	5
250165	3
250180	4
250202	4
250224	4
251285	3
251300	3
251322	5
251344	4
251366	4
251381	4
251442	4
251486	7
251624	6
251646	5
251661	4
251823	9
251845	10
251860	5
251882	5
251904	6
252442	5
252464	5

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
252486	6
252501	3
252523	6
253120	5
253142	4
253164	6
253186	5
253201	4
253223	5
253562	4
253584	5
253606	4
253621	6
253643	5
253665	5
255161	2
255183	2
255205	5
255220	3
255242	4
255264	4
255301	10
255323	8
255345	5
255360	15
255382	5
255404	9
255426	8
255441	8
255463	9
255485	5
255522	4
255544	5
255566	10
255603	4
255625	3
255640	3
255662	5
255684	6
255706	4
255721	8
255743	4
255765	4
255780	4
255824	2
255846	3
255861	3
255883	3
255905	4
255920	2
255942	6
255964	9
255986	9
256001	7
256023	5
256045	5
256060	3
256082	8
256104	5

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
256126	4
256141	3
256163	4
256185	3
256200	4
256281	3
256303	3
256325	4
256340	8
256384	6
256406	5
256421	6
256480	3
256502	3
256524	3
256546	3
256561	9
256583	4
256620	3
256642	3
256664	3
256686	4
256701	5
256723	6
256760	7
256782	9
256826	3
256841	3
256863	3
256885	4
256900	5
256944	6
257003	5
257025	6
257040	6
257062	9
257084	7
257106	4
257121	6
257143	5
257165	8
257180	9
257202	10
257224	7
257246	6
257283	3
257320	3
257342	3
257401	3
257423	3
257445	3
257460	10
257482	2
257504	4
257526	6
257541	4
257563	4
257585	5
257600	4

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
257762	3
257821	3
257843	6
257865	5
257880	6
257902	7
257961	6
257983	5
258005	6
258020	5
258042	4
258064	4
258101	3
258123	4
258145	4
258160	5
258182	7
258204	5
258322	4
258344	4
258366	8
258381	5
258403	8
258425	11
258440	12
258462	14
258484	5
258521	3
260046	5
260061	5
260083	6
260105	7
260120	6
260142	7
260164	10
260186	4
260201	6
260223	5
260245	5
260260	7
260326	3
260363	3
260385	4
260400	8
260422	11
260444	12
260466	6
260481	4
260503	5
260525	9
260540	11
260562	5
260584	6
260606	7
260621	7
260643	5
260665	7
260680	4

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
260702	5
260724	4
260746	4
260761	4
260783	7
260805	3
260820	3
260842	4
260864	3
260886	3
260901	4
260923	5
260945	2
260960	3
260982	3
261004	4
261026	5
261041	6
261063	3
261085	8
261100	4
261122	7
261144	6
261166	2
261203	4
261225	3
261240	4
261262	7
261284	6
261306	5
261321	7
261343	6
261365	5
261380	6
261402	3
261424	8
261446	4
261461	3
261483	6
261542	3
261564	5
261586	3
261601	8
261623	5
261645	7
261660	8
261680	8
261682	9
261704	8
261726	6
261741	10
261763	10
261785	9
261800	9
261822	5
261844	5
261881	7
261903	5
262021	7

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
262043	8
262065	8
262080	7
262102	7
262124	8
262146	7
262161	4
262183	4
262205	5
262220	4
262242	5
262301	6
262323	6
262345	14
280022	2
280044	2
280066	3
280081	4
280103	5
280125	2
280140	3
280162	4
280184	3
280206	3
280221	4
280243	3
280265	4
280280	4
280282	5
280302	5
280523	2
280545	2
280560	3
280582	3
280604	3
280626	4
280641	3
280663	4
280685	3
280700	6
280722	3
280744	3
280766	3
280781	2
280803	3
280825	4
281024	8
281046	8
281061	10
281083	10
281105	8
281120	8
281142	6
281164	4
281186	5
281201	5
281223	4
281245	5
281260	4
281282	5

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
281525	9
281540	9
281562	9
281584	9
281606	8
281621	6
281643	9
281665	10
281680	11
281702	10
281724	7
281746	9
281761	7
281783	6
281805	9
281820	7
281842	8
281864	9
281886	6
281901	7
281923	7
281945	8
281960	9
281982	11
282004	12
282026	12
282041	12
282063	12
282085	11
282100	4
282240	6
282262	6
282284	6
282306	5
282321	8
282343	7
282520	5
282542	5
282564	6
282586	5
282601	11
282623	9
282645	5
282660	7
282682	6
282704	6
282726	5
283021	6
283043	6
283065	6
283080	6
283102	5
283124	6
283146	5
283161	6
283183	6
283205	6
283220	7
283242	7
283264	5

Nomenclatuur	Code (1)
Nomenclature	Code (1)
283286	5
283301	6
283323	6
283345	7
283360	8
283382	6
283404	7
283426	7
283441	8
283463	10
283485	5
283500	5
283522	6
283544	6
283566	6
283581	4
283603	4
283625	5
283640	6
283662	6
283684	5
283706	7
283721	5
283743	7
283765	8
283780	5
283802	6
283824	6
283846	6
283861	7
283883	6
283905	7
283920	5
283942	7
283964	7
283986	7
284001	7
284023	5
284045	5
284060	7
284082	6
284104	4
284126	4
284141	7
284163	10
284185	6
284200	4
284222	6
284244	5
284266	6
284281	7
284303	4
284325	5
284340	5
284362	5
284384	7
284406	6
284421	6
284443	7

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
284465	7
284480	5
284502	6
284524	5
284546	5
284561	6
284583	4
284605	5
284620	6
284642	6
284664	6
284686	5
284701	7
284723	6
284745	6
284760	6
284782	4
284804	4
284826	4
284841	5
284863	6
284885	8
284900	5
284922	4
284944	4
284966	6
284981	5
285003	6
285025	5
285040	7
285062	5
285084	6
285106	5
285121	4
285143	4
285165	6
285180	6
285202	4
285224	5
285246	4
285261	4
285283	6
285305	6
285320	5
285342	6
285364	6
285386	4
285401	5
285423	4
285445	4
285460	4
285482	4
285504	4
285526	5
285541	5
285563	5
285585	4
285600	5
285622	3

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
285644	4
285666	8
285681	4
285703	4
285725	5
285740	5
285762	5
285784	4
285806	5
285821	4
285843	5
285865	4
285880	4
285902	3
285924	3
285946	3
285961	3
285983	3
286005	4
286020	3
286042	4
286064	3
286086	3
286101	4
286123	3
286145	4
286160	4
286182	4
286204	4
286226	3
286241	3
286263	4
286285	4
286300	5
286322	7
286344	5
286366	4
286381	7
286403	4
286425	4
286440	4
286462	4
286484	4
286506	5
286521	5
286543	5
286565	4
286580	5
286602	5
287022	5
287044	5
287066	5
287081	7
287103	5
287125	4
287140	3
287162	5
287184	6
287206	5

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
287221	6
287243	8
287265	7
287280	3
287302	4
287324	5
287346	4
287361	4
287383	6
287405	7
287420	3
287442	5
287464	5
287486	6
287501	4
287523	4
287545	6
287560	4
287582	4
287604	4
287626	6
287641	6
287663	6
287685	7
287700	2
287722	2
287744	4
287766	4
287781	3
287803	3
287825	3
287840	3
287862	3
287884	2
287906	7
287921	7
287943	6
287965	7
287980	6
288002	7
288024	6
288046	4
288061	2
288083	3
288105	3
288120	3
288326	14
288341	15
288363	15
288385	12
288400	9
288422	10
288444	11
288525	13
288540	7
288562	7
288584	7
288606	8
288621	8
288643	6

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
288665	7
288680	7
288702	7
288724	7
288746	8
288761	8
288783	7
288805	6
288820	5
288842	7
288864	6
288886	7
288901	5
288923	6
288945	7
288960	6
288982	6
289004	6
289026	7
289041	7
289063	7
289085	7
289100	9
289122	7
289144	7
289166	7
289181	7
289203	7
289225	7
289240	5
289262	7
289284	7
289306	7
289321	7
289343	7
289365	6
289380	6
289402	6
289424	7
289446	8
289461	9
289483	5
289505	5
289520	5
289542	5
289564	6
289586	6
289601	6
289623	6
289645	5
289660	6
289682	6
289702	7
289704	6
289726	6
289741	6
289763	7
289785	7
289800	5
289822	6

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
289844	5
289866	5
289881	5
289903	6
289925	6
289940	9
289962	6
289984	5
290006	6
290021	5
290043	4
290065	5
290080	4
290102	5
290124	6
290146	6
290161	5
290183	5
290205	6
290220	6
290242	6
290264	7
290286	8
290301	6
290323	6
290345	5
290360	6
290382	5
290404	6
290426	5
290463	5
290485	6
290491	5
290500	7
290522	4
290544	5
290566	5
290581	5
290603	6
290625	5
290640	5
290662	6
290684	7
290706	5
290721	6
290743	7
290765	6
290780	6
290802	5
290824	5
290846	5
290861	6
290883	6
290905	5
290920	5
290942	5
290964	7
290986	6
291001	4

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
291023	5
291045	4
291060	7
291082	4
291104	5
291126	4
291141	3
291163	5
291185	6
291200	6
291222	9
291244	5
291266	4
291281	5
291303	6
291325	5
291340	5
291362	5
291384	5
291406	5
291421	5
291443	5
291465	5
291480	6
291502	6
291524	6
291546	6
291561	7
291583	7
291605	8
291620	5
291642	6
291664	5
291686	5
291701	6
291723	5
291745	6
291760	6
291782	7
291804	5
291826	5
291841	5
291863	5
291885	5
291900	4
291922	4
291944	5
291966	5
291981	4
292003	4
292025	4
292040	5
292062	4
292084	5
292106	4
292121	5
292143	5
292165	4
292180	6

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
292202	4
292224	4
292246	3
292261	5
292283	4
292305	6
292320	6
292342	5
292364	5
292386	5
292401	5
292423	6
292445	4
292460	4
292482	4
292504	5
292526	5
292541	5
292563	5
292585	4
292600	4
292622	5
292644	4
292666	4
292681	4
292703	4
292725	5
292740	3
292762	4
292784	3
292806	4
292821	4
292843	3
292865	5
292880	4
292902	3
292924	5
292946	4
292961	4
292983	3
293005	4
293020	5
293042	5
293064	4
293086	5
293101	4
293123	4
293145	3
293160	4
293182	4
293204	4
293226	4
293241	4
293263	4
293285	4
293300	5
293322	5
293344	5
293366	5
293381	4

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
293403	2
293425	2
293440	9
293462	9
293624	5
293646	5
293661	4
293683	4
293705	4
293720	4
293742	6
293764	6
293786	6
293801	6
293823	7
293845	5
293860	5
293882	4
293904	4
293926	6
293941	5
293963	5
293985	6
294000	5
294022	5
294044	6
294066	7
294081	6
294103	7
294125	7
294140	4
294162	6
294184	6
294206	6
294221	4
294243	5
294265	3
294280	4
294302	5
294324	5
294346	5
294361	6
294383	3
294405	4
294420	5
294442	5
294464	6
294486	5
294501	5
294523	6
294545	5
294560	5
294582	5
294604	3
294626	4
294641	5
294663	4
294685	4
294700	4

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
294722	4
294744	7
294766	7
294781	3
294803	3
295024	3
295046	3
295061	3
295083	2
295105	3
295120	2
295142	5
295164	5
295326	3
295341	3
295363	3
295385	3
295400	4
295422	4
295444	3
295523	2
295621	4
295643	3
295724	2
295820	3
295842	3
295864	3
295886	3
295901	3
295923	4
295945	4
295960	4
296026	2
296041	2
296063	2
296085	2
296100	1
296122	2
296144	1
296166	1
296225	2
296240	3
296262	3
296284	3
296306	2
296321	3
296343	2
296365	2
296380	3
296402	2
296424	2
296446	2
296461	2
296623	3
296645	2
296660	3
296682	2
296704	2
296822	3

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
296844	3
296866	4
296881	3
296903	3
296925	3
296940	3
296962	2
296984	2
297006	2
297124	2
297146	2
297161	2
297183	2
297205	2
297220	2
297323	2
297345	1
297360	1
297382	2
297522	2
297620	2
297625	3
297640	3
297662	2
297684	3
298023	2
298045	2
298060	2
298082	2
298104	2
298126	1
298141	2
298220	2
298222	2
298244	2
298266	2
298281	2
298303	2
298325	2
298340	2
298362	2
298384	2
298406	2
298421	2
298443	3
298465	3
298480	3
298502	3
298524	2
298546	2
298620	2
298642	3
298723	1
298745	2
298760	2
298782	2
298804	2
298826	2
298841	2

Nomenclatuur	Code (1)
Nomenclature	Code (1)
298863	2
298885	2
298900	2
298922	2
298944	2
298966	2
298981	2
299003	2
299121	3
299143	2
299165	2
299180	2
299202	2
299224	1
299246	2
299320	2
299342	2
299364	2
299386	2
299526	2
299541	2
299563	2
299725	2
299740	2
299784	2
300300	3
300322	5
300344	4
300366	4
310520	1
310542	2
310564	4
310586	4
310601	4
310645	3
310660	2
310682	6
310704	1
310726	4
310741	4
310763	6
310785	7
310800	7
310822	7
310844	7
310866	4
310881	2
310903	7
310925	2
310940	9
310962	4
310984	4
311006	5
311021	4
311043	7
311065	6
311102	8
311124	6
311146	4

Nomenclatuur	Code (1)
Nomenclature	Code (1)
311161	9
311183	9
311205	4
311220	4
311242	4
311264	5
311286	7
311301	7
311323	4
311345	3
311360	5
311382	7
311404	8
311426	10
311441	5
311463	5
311485	7
311500	8
311522	4
311544	3
311566	5
311581	5
311603	7
311625	7
311640	4
311662	4
311684	4
311706	3
311721	5
311743	7
311765	5
311802	9
311824	2
311846	2
311883	6
311905	4
311964	1
311986	1
312001	4
312023	6
312045	7
312060	2
312082	5
312104	4
312126	8
312141	4
312163	4
312524	2
312546	2
312561	6
312583	7
312605	10
312620	9
312642	12
312664	11
312686	6
312701	10
312723	10
312745	9
312760	6

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
317041	3
317063	3
317085	3
317100	4
317122	2
317144	2
317166	2
317181	2
317203	1
317225	4
317240	3
317262	4
318021	8
318043	5
318065	11
318080	13
318161	12
318183	11
318205	11
318220	14
318242	10
318286	10
318301	11
350641	3
350663	2
353183	3
353205	1
353242	2
353301	1
354023	2
354045	4
354060	3
354082	3
354104	3
354222	3
354244	2
355025	5
355040	3
355062	7
355084	2
424104	4
424141	2
424163	2
424185	3
424200	5
424222	3
424244	4
431023	7
431045	6
431060	3
431082	4
431104	2
431126	5
431185	10
431222	6
431244	3
431266	4
431281	6
431303	5
431325	6

Nomenclatuur	Code (1)
Nomenclature	Code (1)
431340	9
431362	9
431384	7
431406	7
431443	6
431465	4
431480	5
431502	4
431524	3
431546	3
431561	6
431583	6
431605	5
431620	5
431642	5
431664	5
431686	3
431701	5
431723	6
431745	9
431782	4
431804	5
431826	7
431863	5
431885	5
431900	6
431922	6
431944	5
431981	4
432003	5
432025	6
432040	8
432062	5
432084	6
432106	7
432165	6
432180	5
432202	4
432224	4
432261	5
432305	4
432320	4
432342	4
432460	4
461760	4
471085	5
471741	3
471800	3
472021	3
472065	2
472161	3
472183	3
472404	3
473222	3
473664	4
531123	3
531624	3
531720	4
531823	4
531926	3

Nomenclatuur Nomenclature	Code (1) Code (1)
532022	2
532125	2
532221	4
532324	3
532604	5
900212	5

(1) Betekenis van de codes :

Code 1 : 1/2 uur;
Code 2 : 1 uur;
Code 3 : 1 1/2 uur;
Code 4 : 2 uren;
Code 5 : 2 1/2 uren;
Code 6 : 3 uren;
Code 7 : 4 uren;
Code 8 : 5 uren;
Code 9 : 6 uren;
Code 10 : 7 uren;
Code 11 : 8 uren;
Code 12 : 9 uren;
Code 13 : 10 uren;
Code 14 : 15 uren;
Code 15 : 20 uren.

(1) Signification des codes

Code 1 : 1/2 heure;
Code 2 : 1 heure;
Code 3 : 1 1/2 heure;
Code 4 : 2 heures;
Code 5 : 2 1/2 heures;
Code 6 : 3 heures;
Code 7 : 4 heures;
Code 8 : 5 heures;
Code 9 : 6 heures;
Code 10 : 7 heures;
Code 11 : 8 heures;
Code 12 : 9 heures;
Code 13 : 10 heures;
Code 14 : 15 heures;
Code 15 : 20 heures.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 30 december 1993.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1993.

De Minister van Sociale Zaken, — Le Ministre des Affaires sociales,

B. ANSELME

N. 94 — 163

[C — 25412]

30 DECEMBER 1993. — Ministerieel besluit houdende vaststelling, voor het dienstjaar 1994, van de specifieke voorwaarden en regelen die gelden voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op de artikelen 87, 88, 93, 94, derde lid, 97 en 99;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1993 houdende vaststelling van het globale budget van het Rijk, zoals bedoeld in artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen, voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen voor het dienstjaar 1994;

Gelet op het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de prijs per verpleegdag, het budget en de onderscheiden bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van de verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 21 april 1987, 11 augustus 1987, 7 november 1988, 12 oktober 1989, 20 december 1989, 23 juni 1990, 10 juli 1990, 28 november 1990, 26 februari 1991, 20 maart 1991, 10 april 1991, 20 november 1991, 19 oktober 1992, 30 oktober 1992 en 30 december 1993;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, gegeven op 13 mei 1993 en 15 juli 1993;

F. 94 — 163

[C — 25412]

30 DECEMBRE 1993. — Arrêté ministériel fixant, pour l'exercice 1994, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du prix de la journée d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journées d'hospitalisation des hôpitaux et services hospitaliers

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment les articles 87, 88, 93, 94, troisième alinéa, 97 et 99;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1993 fixant, pour l'exercice 1994, le budget global du Royaume, visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux;

Vu l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers les conditions et règles de fixation du prix de la journée d'hospitalisation, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de la fixation du quota des journées d'hospitalisation, modifié par les arrêtés ministériels des 21 avril 1987, 11 août 1987, 7 novembre 1988, 12 octobre 1989, 20 décembre 1989, 23 juin 1990, 10 juillet 1990, 28 novembre 1990, 26 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991, 19 octobre 1992, 30 octobre 1992 et 30 décembre 1993;

Vu les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Financement, donnés les 13 mai 1993 et 15 juillet 1993;