

F. 95 — 311

[S-Mac — 25010]

**28 DECEMBRE 1994.** — 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

La 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 16 décembre 1994 fixant pour l'exercice 1995 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 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 de 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, 28 février 1991, 20 mars 1991, 10 avril 1991, 20 novembre 1991, 21 novembre 1991, 19 octobre 1992, 30 octobre 1992, 30 décembre 1993, 23 juin 1994 et 19 juillet 1994;

Vu l'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Financement, donné le 28 juillet 1994;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 22 décembre 1994;

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

Vu l'urgence;

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 1995, afin qu'ils puissent prendre en temps utile les mesures nécessaires,

Arrête :

**Article 1er.** A l'article 6, 2°, 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 de journées d'hospitalisation, le mot "cinq" est remplacé par le mot "six".

**Art. 2.** A l'article 22 de l'arrêté ministériel précité, les mots "2 francs" sont remplacés par les mots "3 francs".

**Art. 3.** L'article 36, § 1er de l'arrêté ministériel précité est remplacé par la disposition suivante :

"Le coût moyen par unité d'œuvre et par type de service commun des hôpitaux faisant partie d'un groupe (C.M.U.) est calculé par hôpital en divisant le coût de chaque service de ce groupe d'hôpital par le nombre total d'unités d'œuvre. Dans ce calcul, les coûts des hôpitaux situés en dehors d'une fourchette établie conformément aux dispositions de l'annexe 6 au présent arrêté sont ramenés selon le cas à la limite inférieure ou supérieure de cette fourchette. En outre, les coûts et les unités d'œuvre de l'hôpital concerné ne sont pas retenus."

**Art. 4.** A l'article 37, § 1er, de l'arrêté ministériel précité, le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

"Ce coût corrigé moyen est toutefois diminué de 2 % pour les frais d'entretien, les frais administratifs et les frais de buanderie-lingerie sauf s'il est constaté qu'une nombre D.J.N. est fixe pour l'hôpital conformément aux dispositions de l'article 46ter, § 2."

N. 95 — 311

[S-Mac — 25010]

**28 DECEMBER 1994.** — 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 16 december 1994 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 1995;

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 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, 28 februari 1991, 20 maart 1991, 10 april 1991, 20 november 1991, 21 november 1991, 19 oktober 1992, 30 oktober 1992, 30 december 1993, 23 juni 1994 en 19 juli 1994;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, uitgebracht op 28 juli 1994;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, uitgebracht op 22 december 1994;

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;

Overwegende dat de rechtszekerheid gebiedt dat de ziekenhuisbeheerders dringend in kennis worden gesteld van de in 1995 vigerende voorwaarden en regelen inzake de financiering van de ziekenhuizen zodat ze tijdig de nodige maatregelen kunnen treffen.

Besluit :

**Artikel 1.** In het artikel 6, 2°, 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 onderscheiden 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 het woord "vijf" vervangen door het woord "zes".

**Art. 2.** In het artikel 22 van het hogervermelde ministerieel besluit worden de woorden "2 frank" vervangen door de woorden "3 frank".

**Art. 3.** Artikel 36, § 1, van het hogervermelde ministerieel besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Per ziekenhuis wordt de gemiddelde kost per werkeenheid en per soort van gemeenschappelijke dienst voor de ziekenhuizen van de ziekenhuisgroep (G.K.W.) waartoe het behoort berekend door de kost van iedere dienst voor deze groep van ziekenhuizen te delen door het aantal werkeenheden. In deze berekening worden de kosten van de ziekenhuizen die zich bevinden buiten de maximum- of minimumwaarde, opgesteld overeenkomstig de bepalingen van bijlage 6 van dit besluit, naargelang het geval teruggebracht naar de maximum- of minimumgrens van deze waarde. Daarenboven worden de kosten en de werkeenheden van het bedoelde ziekenhuis niet in aanmerking genomen."

**Art. 4.** In het artikel 37, § 1, van het hogervermelde ministerieel besluit wordt het tweede lid vervangen door de volgende bepalingen :

"Deze gemiddelde gecorrigeerde kostprijs wordt evenwel met 2 % verminderd voor de onderhoudskosten, de administratieve kosten en de kosten voor was en linnen, behalve als er wordt vastgesteld dat een aantal N.A.L. is bepaald voor het ziekenhuis overeenkomstig de bepalingen van het artikel 46ter, § 2."

**Art. 5.** Le dernier paragraphe de l'article 38 de l'arrêté ministériel précité est complété par la phrase suivante :

"Au montant ainsi obtenu est ajouté le budget correspondant à la multiplication de 1 000 francs par le nombre de journées facturées en 1993 pour les soins néonataux non intensifs prodigués à un nouveau-né hospitalisé pendant la période où la mère ne séjourne pas à l'hôpital."

**Art. 6.** L'article 39, deuxième alinéa, de l'arrêté ministériel précité est remplacé par la disposition suivante :

"Par budget national global de la Sous-partie B1, est entendu le montant représenté par l'addition des budgets actuels B1 des hôpitaux visés à l'article 38."

**Art. 7.** A l'article 42, § 7, de l'arrêté ministériel précité, la phrase suivante est ajoutée après les mots "quota visé à l'article 53" :

"Pour calculer l'occupation moyenne de l'hôpital, les journées réelles sont augmentées ou diminuées, selon le cas, du nombre D.J.N. ou du nombre D.J.P. fixé en application de l'article 46ter, §§ 1er et 2."

**Art. 8.** A l'article 42, § 8, de l'arrêté ministériel précité, les modifications suivantes sont apportées :

— au 6e alinéa, les mots "la différence positive exprimée en pourcentage entre la durée réelle moyenne de séjour de l'hôpital et sa durée normalisée" sont remplacés par les mots "le pourcentage entre le nombre D.J.P. et les journées totales tel que visé à l'article 46ter, § 1er" et la phrase "Ces deux durées de jour sont calculées conformément aux modalités reprises en annexe 3 du présent arrêté" est supprimée.

— le dernier alinéa est complété par la phrase suivante :

"Pour les lits agréés sous l'index G, il est tenu compte de personnel paramédical à raison de 1,33 unité par 24 lits."

**Art. 9.** L'article 46ter de l'arrêté ministériel précité est remplacé par les dispositions suivantes :

"Artikel 46ter. § 1er. S'il est constaté, pendant un exercice déterminé, qu'un nombre D.J.P. est fixé pour l'hôpital conformément aux dispositions de l'annexe 4 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 :

$X \times \text{Journées D.J.P.} \times \text{Sous-parties B1 et B2 par jour}$

X est égal à 50 % la première année. Pour les années suivantes, la valeur de X sera déterminée annuellement par le Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions.

§ 2. 95 % du budget ainsi libéré en application du § 1er pour l'ensemble du pays est réparti entre les hôpitaux pour lesquels un nombre D.J.N. est fixé en application des dispositions de l'annexe 4 du présent arrêté, proportionnellement au budget représenté par la multiplication du nombre D.J.N. par la valeur par jour des Sous-parties B1 et B2.

§ 3. Provisoirement, il est retenu pour l'application des §§ 1er et 2 les données relatives à l'exercice 1991.

L'exercice considéré terminé, les adaptations précitées sont revués en fonction des données propres à cet exercice.

§ 4. Les hôpitaux pour lesquels il est constaté, lors de la fixation des nombres D.J.P. et D.J.N. visés aux §§ 1er et 2, que ces nombres s'écartent de plus de 10 % de leur moyenne normalisée, doivent participer à une évaluation de leurs activités organisée par la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux. L'avis motivé de la Commission sera transmis pour décision au Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions.

§ 5. D'autre part, les demandes de dérogation dûment étayées par un rapport du médecin-chef, introduites par les hôpitaux non visés par le § 4, et portant sur le calcul définitif du nombre D.J.P. seront soumises pour avis motivé à la Commission visée au § 4 et pour décision au Ministre qui a le prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions.

**Art. 5.** De laatste paragraaf van artikel 38 van het hogervermelde ministerieel besluit wordt aangevuld met de volgende zin :

"Aan het aldus bekomen bedrag wordt een budget toegevoegd dat overeenkomt met de vermenigvuldiging van 1 000 frank met het aantal in 1993 gefactureerde dagen voor de niet-intensieve neonatale zorgen verleend aan de pasgeborenen, gehospitaliseerd gedurende de periode waarin de moeder niet in het ziekenhuis verblijft."

**Art. 6.** Artikel 39, tweede lid, van het hogervermelde ministerieel besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Onder globaal landelijk budget van Onderdeel B1 wordt verstaan het bedrag bekomen door de optelling van de actuele B1-budgetten van de ziekenhuizen bedoeld in artikel 38."

**Art. 7.** In het artikel 42, § 7, van het hogervermelde ministerieel besluit, wordt de volgende zin toegevoegd na de woorden "quotum zoals bedoeld in artikel 53" :

"Voor de berekening van de gemiddelde bezetting van het ziekenhuis worden de reële dagen, naargelang het geval, vermeerderd of verminderd met het aantal N.A.L. of het aantal P.A.L. vastgesteld in toepassing van het artikel 46ter, §§ 1 en 2."

**Art. 8.** In het artikel 42, § 8, van het hogervermelde ministerieel besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

— in het 6e lid, worden de woorden "het positieve procentuele verschil tussen de reële gemiddelde verblijfsduur van het ziekenhuis en zijn genormaliseerde gemiddelde duur" vervangen door "het percentage van het aantal P.A.L. en het totaal aantal dagen zoals bedoeld in het artikel 46ter, § 1" en de zin "Deze twee verblijfsduren worden berekend overeenkomstig de regeling vermeld in bijlage 3 bij dit besluit" wordt weggelaten.

— het laatste lid van artikel 42, § 8, van het hogervermelde ministerieel besluit wordt aangevuld met de volgende zin :

"Voor de onder index G erkende bedden wordt rekening gehouden met het paramedisch personeel ten belope van 1,33 eenheden per 24 bedden."

**Art. 9.** Artikel 46ter van het hogervermelde ministerieel besluit wordt vervangen door de volgende bepalingen :

"Artikel 46ter. § 1. Indien voor een gegeven dienstjaar is vastgesteld dat voor het ziekenhuis een P.A.L. is vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van bijlage 4 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 :

$X \times \text{Dagen P.A.L.} \times \text{Onderdelen B1 en B2 per dag}$

X is gelijk aan 50 % het eerste jaar. Voor de volgende jaren zal de waarde van X jaarlijks bepaald worden door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 2. 95 % van het aldus, in toepassing van § 1, voor het gehele land vrijgekomen budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen waarvoor het aantal N.A.L. is bepaald in toepassing van de bepalingen van bijlage 4 van dit besluit, in verhouding tot het budget bestaande uit de vermenigvuldiging van het aantal N.A.L. met de waarde per dag van de Onderdelen B1 en B2.

§ 3. Voorlopig worden voor de toepassing van de §§ 1 en 2 de gegevens betreffende het dienstjaar 1991 in aanmerking genomen.

Wanneer men het dienstjaar als beëindigd beschouwt, worden de hogervermelde aanpassingen herzien in functie van de gegevens eigen aan dit dienstjaar.

§ 4. De ziekenhuizen waarvoor is vastgesteld, bij het bepalen van de aantallen P.A.L. en N.A.L. bedoeld in de §§ 1 en 2, dat deze aantallen meer dan 10 % afwijken van hun genormaliseerd gemiddelde, moeten aan een evaluatie van hun medische activiteiten, georganiseerd door de Commissie voor het toezicht en de evaluatie van de statistische gegevens die de medische activiteiten in de ziekenhuizen betreffen, deelnemen. Het gemotiveerd advies van de Commissie zal ter beslissing voorgelegd worden aan de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheden heeft.

§ 5. Anderzijds zullen de aanvragen tot afwijking betreffende de definitieve berekening van het aantal P.A.L., ingediend door de ziekenhuizen waarop § 4 niet van toepassing is en voldoende ondersteund door een rapport van de hoofdgeneesheer, onderworpen worden aan het gemotiveerd advies van de Commissie bedoeld in § 4 en aan de beslissing van de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 6. L'effet de l'ensemble des dérogations accordées en application des §§ 4 et 5 ne peut dépasser 5 % du budget libéré en application du § 1er."

**Art. 10.** L'article 56 de l'arrêté ministériel précité est complété par un § 4 libellé comme suit :

"§ 4. Sur demande du gestionnaire, le quota de journées d'hospitalisation peut être augmenté en ce qui concerne les lits d'hospitalisation partielle de jour en reprenant pour ces lits le taux d'occupation de 1993 au lieu du taux constaté pendant le deuxième trimestre 1990.

Pour bénéficier de cette adaptation, le gestionnaire doit apporter la preuve que :

— l'établissement a participé de manière obligatoire ou volontaire à la reconversion des hôpitaux psychiatriques;

— le quota global des journées d'hospitalisation attribué à l'hôpital est dépassé pour l'année 1993;

— le dépassement de quota est à imputer à l'hospitalisation partielle de jour".

**Art. 11.** A l'article 57bis, § 1er, 3°, a), 2e alinéa :

a) les mots "la moitié" sont remplacés par les mots "zéro, vingt-cinq ou cinquante pourcents".

b) le 2e alinéa est complété par la disposition suivante :

"Les pourcentages de zéro, vingt-cinq ou cinquante correspondent à l'indemnisation obtenue par l'hôpital dans le dernier exercice connu conformément à l'article 60, 2°, a)".

**Art. 12.** A l'article 60, 2°, a), de l'arrêté ministériel précité, les deux derniers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

— 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 qu'un nombre D.J.N. ait été fixé en application des dispositions de l'article 46ter, § 2 et que ce nombre D.J.N. représente au moins 10 % des journées totales.

— S'il est répondu aux conditions suivantes : par rapport à l'exercice précédent le nombre de journée d'hospitalisation est diminué et par conséquent le quota de journées n'a pas été atteint et le nombre D.J.N. fixé en application des dispositions de l'article 46ter, § 2, est supérieur ou égal à zéro."

**Art. 13.** A l'article 60, 2°, b), de l'arrêté ministériel précité, les modifications suivantes sont apportées :

— au 1er alinéa, les mots "30 %" sont remplacés par les mots "25 %";

— au 2e alinéa, la phrase "la durée réelle moyenne de séjour est inférieure ou égale à la durée moyenne normalisée de l'hôpital" est remplacée par la phrase "un nombre D.J.N. est fixé pour l'hôpital en application des dispositions de l'article 46ter, § 2";

— au 4e alinéa, la phrase "la durée réelle moyenne de séjour est inférieure ou égale à la durée moyenne normalisée de l'hôpital" est remplacée par la disposition suivante "un nombre D.J.N. est fixé par l'hôpital en application des dispositions de l'article 46ter, § 2".

**Art. 14.** A l'article 61, § 1er, 1°, 2e alinéa, de l'arrêté ministériel, les mots "30 %" sont remplacés par les mots "25 %".

**Art. 15.** L'annexe 4 de l'arrêté ministériel précité, est remplacée par l'annexe 2 figurant en annexe du présent arrêté.

**Art. 16.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 1995.

Bruxelles, le 28 décembre 1994.

Mme M. DE GALAN

§ 6. De uitwerking van het geheel van de afwijkingen toegekend in toepassing van de §§ 4 en 5 mag niet groter zijn dan 5 % van het budget vrijgemaakt in toepassing van § 1."

**Art. 10.** Aan het artikel 56 van het hogervermelde ministerieel besluit wordt een § 4 toegevoegd, luidend als volgt :

"§ 4. Op vraag van de beheerder kan het quotum van verpleegdagen verhoogd worden voor de bedden betreffende de partiële daghospitalisatie, door voor deze bedden de bezettingsgraad van 1993 te nemen in plaats van deze vastgesteld gedurende de tweede trimester 1990.

Om van deze aanpassing te genieten moet de beheerder het bewijs leveren dat :

— de instelling op verplichte of vrijwillige basis aan de reconversie van de psychiatrische instellingen heeft deelgenomen;

— het globale quotum van de verpleegdagen toegekend aan het ziekenhuis overschreden werd in 1993;

— het overschrijden van het quotum te wijten is aan de partiële daghospitalisatie".

**Art. 11.** In artikel 57bis, § 1, 3°, a), 2e lid :

a) worden de woorden "de helft" vervangen door de woorden "nul, vijftientwintig of vijftig procent".

b) wordt het tweede lid vervolledigd met de volgende bepaling :

"De percentages nul, vijftientwintig of vijftig hebben betrekking op de vergoeding bekomen door het ziekenhuis gedurende het laatste gekende dienstjaar overeenkomstig het artikel 60, 2°, a)".

**Art. 12.** In het artikel 60, 2°, a), van het hogervermelde ministerieel besluit, worden de laatste twee leden vervangen door de volgende bepalingen :

— Voor de ziekenhuizen die zich in een herstructureringsfase bevinden ten gevolge van een groepering of een fusie, wordt het percentage van 25 % op 50 % gebracht, in zoverre een aantal N.A.L. werd bepaald in toepassing van de bepalingen van artikel 46ter, § 2, en dat dit aantal N.A.L. minstens 10 % van de totaal dagen uitmaakt.

— Indien voldaan wordt aan de volgende voorwaarden : in verhouding tot het voorgaande dienstjaar zijn het aantal verpleegdagen gedaald, zodoende werd het quotum van verpleegdagen niet bereikt en het aantal N.A.L., bepaald in toepassing van het artikel 46ter, § 2, is hoger of gelijk aan nul."

**Art. 13.** In het artikel 60, 2°, b), van het hogervermelde ministerieel besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

— in het 1e lid worden de woorden "30 %" vervangen door de woorden "25 %";

— in het 2e lid wordt de zin "de reële gemiddelde verblijfsduur is lager dan of gelijk aan de genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur van het ziekenhuis" vervangen door de zin "een aantal N.A.L. wordt bepaald voor het ziekenhuis in toepassing van de bepalingen van artikel 46ter, § 2";

— in het 4e lid wordt de zin "de reële gemiddelde verblijfsduur is lager dan of gelijk aan de genormaliseerde gemiddelde verblijfsduur van het ziekenhuis" vervangen door de zin "een aantal N.A.L. wordt bepaald voor het ziekenhuis in toepassing van de bepalingen van artikel 46ter, § 2";

**Art. 14.** In het artikel 61, § 1, 1°, 2e lid, van het ministerieel besluit, worden de woorden "30 %" vervangen door de woorden "25 %".

**Art. 15.** De bijlage 4 van het hogervermelde ministerieel besluit wordt vervangen door bijlage 2 die zich in bijlage bij dit besluit bevindt.

**Art. 16.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1995.

Brussel, 28 december 1994.

Mevr. M. DE GALAN

Annexe I à l'arrêté ministériel du 28 décembre 1994

Annexe 6

**SOUS-PARTIE B1**  
Détermination du coût moyen par unité d'œuvre

## 1. Calcul de l'écart-type :

Par type de coût, est calculé, pour chaque groupe, l'écart-type. Celui-ci détermine dans quelles mesures les valeurs s'écartent par rapport à la moyenne.

La formule de l'écart-type est la suivante :

$$\sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n^2}}$$

où :

n : nombre d'établissement dans le groupe;  
x : le coût par unité d'œuvre de chaque établissement.

## 2. Calcul des frontières par type de coût, par groupe :

Les frontières inférieure et supérieure sont calculées comme suit :

Frontière inférieure : moyenne de groupe - 1,96 écart-type;

Frontière supérieure : moyenne de groupe + 1,96 écart-type.

Le calcul de ces frontières en tenant compte de 1,96 écart-type, permet, du point de vue statistique, de garantir la présence de 95 % des établissements à l'intérieur des frontières ainsi déterminées.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 28 décembre 1994.

La Ministre des Affaires sociales,

Mme M. DE GALAN

Annexe 2 de l'arrêté ministériel du 28 décembre 1994

Annexe 4 :

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 6 décembre 1994 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 des sous-parties B1 et 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, Sp, 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, visés 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 correspondant 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 "GRLZ<sub>i</sub>", ainsi qu'une durée de séjour normalisée moyenne, en abrégé "GNLZ<sub>i</sub>".

a) Pour calculer la GRLZ<sub>i</sub>, 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 GNLZ<sub>i</sub>, 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 NGL 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 GRLZ<sub>i</sub> et la GNLZ<sub>i</sub>.

On compare ensuite la GRLZ<sub>i</sub> à la GNLZ<sub>i</sub> afin de déterminer, l'écart qui les sépare.

$GRLZ_i - GNLZ_i = \text{écart en jours.}$

#### 2.5. Calcul de l'excédent de journées d'hospitalisation

L'écart entre la GRLZ<sub>i</sub> et la GNLZ<sub>i</sub> (exprimé en jours) est multiplié par le nombre total de patients tel que visé au point 2.2. (y compris les outliers et les patients du groupe résiduel).

$TLD = [GRLZ_i - GNLZ_i] * N_{i\text{total}}$

TLD = excédent de journées d'hospitalisation (peut également être un nombre négatif)

GRLZ<sub>i</sub> = durée de séjour réelle moyenne pour l'hôpital i;

GNLZ<sub>i</sub> = durée de séjour normalisée moyenne pour l'hôpital i;

N<sub>i total</sub> = le nombre total de patients tel que visé au point 2.2. (y compris les outliers et le groupe résiduel).

### 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 :

$$Q_3 + 2*(Q_3 - Q_1) = \text{limite supérieure}$$

ou inférieure à :

$$\exp[\ln Q_1 - 2*(\ln Q_3 - \ln Q_1)] = \text{limite inférieure}$$

où :

$Q_1$  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.

Seuls les séjours dont la durée dépasse la limite supérieure et où plus d'un système est atteint, sont retenus comme outliers.

Pour calculer le nombre de systèmes atteints, on assimile le système du diagnostic principal à 1 système; on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) auxquels appartiennent les complications mentionnées.

Pour les séjours dont la durée dépasse la limite supérieure et où un seul système est atteint, on utilise, dans les calculs, une durée de séjour fictive qui est égale à la limite supérieure utilisée pour déterminer les outliers dans le DRG concerné. Ces cas ne sont donc plus considérés comme des outliers.

## 4. Mesure pour l'hospitalisation de jour

Pour le moment, on n'applique pas les dispositions visées au point 2.2., alinéa 2, ni la disposition visée au point 2.4.2., alinéa 4.

On augmente (diminue) le TLD d'une valeur complémentaire qui est calculée sur la base d'un degré de remplacement (ci-après nommé DR) de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour. Pour chaque intervention  $j$  pour laquelle on impute un maxiforfait ou un superforfait dans le cadre de 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, entre l'assurance maladie et les établissements de soins, on calcule un DR national et par hôpital :

$$DR_j = \frac{N_{amb_j}}{N_{amb_j} + N_{hosp_j}}$$

$N_{amb_j}$  = nombre d'interventions  $j$  en hospitalisation de jour;

$N_{hosp_j}$  = nombre d'interventions  $j$  en hospitalisation classique.

Le TLD <sub>$i$</sub>  total est le total du TLD (Cf point 2.5) et du TLD <sub>$j$</sub>  qui tient compte de l'hospitalisation de jour.

$$TLD_i = TLD \text{ (Cf point 2.5) } + TLD_j$$

On calcule le TLD <sub>$j$</sub>  de la manière suivante :

$$TLD_j = \sum_{j=1}^{s+m} [(N_{amb_j} + N_{hosp_j}) * (DRN_j - DR_j) * DSR_j]$$

où :

$\sum_{j=1}^{s+m}$

= somme de toutes les interventions ( $j$ ) pour lesquelles un maxiforfait ou un superforfait est imputé dans le cadre de 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, entre l'assurance maladie et les établissements de soins;

$DRN_j$  = degré de remplacement national pour l'intervention  $j$ ;

$DR_j$  = degré de remplacement de l'hôpital pour l'intervention  $j$ ;

$DSR_j$  = durée de séjour de remplacement pour l'intervention  $j$ ;

(Une liste de ces valeurs nationales est jointe en annexe).

5. Calcul de l'excédent de journées d'hospitalisation compte tenu d'une franchise (TLD <sub>$c$</sub> ).

a) Si le TLD <sub>$i$</sub>  calculé suivant la formule visée aux points 2.5 et 4 est inférieur, en valeur absolue, à un pourcentage (1 %), à fixer chaque année, du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées (pour 1995, cela représentera 2 %), on ne tient pas compte de l'excédent ou du nombre insuffisant de journées d'hospitalisation.

Le nombre total de journées d'hospitalisation normalisées, ci-après nommé  $N_{GLD}$ , est calculé de la manière suivante

$$N_{GLD} = (GNLZ_i * N_{total}) + \left[ \sum_{j=1}^{s+m} (N_{amb_j} * RDS_j) - TLD_j \right]$$

$GNLZ_i$  = durée de séjour normalisée moyenne pour l'hôpital  $i$ ;

$N_{total}$  = le nombre total de patients tel que visé au point 2.2. (y compris les outliers et le groupe résiduel).

$\sum_{j=1}^{s+m}$

= somme de toutes les interventions ( $j$ ) pour lesquelles un maxiforfait ou un superforfait est imputé dans le cadre de 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, entre l'assurance maladie et les établissements de soins;

$N_{amb_j}$  = nombre d'interventions  $j$  en hospitalisation de jour;

$DSR_j$  = durée de séjour de remplacement pour l'intervention  $j$ ;

$TLD_j$  = TLD calculé sur la base de l'hospitalisation de jour tel que visé au point 4.

b) Si le TLD, calculé suivant la formule visée aux points 2.5 et 4 est supérieur, en valeur absolue, au pourcentage (f %) (visé au point 5a) mais est inférieur à un deuxième pourcentage (p %), à fixer chaque année, du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées (pour 1995, cela représentera 10 %), on diminue le TLD<sub>t</sub> d'une valeur égale à f % du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées.

$$TLD_e = TLD_t - (f \% * N\_GLD)$$

TLD<sub>e</sub> = excédent de journées d'hospitalisation (peut également être un nombre négatif) compte tenu d'une franchise;

TLD<sub>t</sub> = TLD calculé suivant la formule visée aux points 2.5 et 4.

c) Si le TLD, calculé suivant la formule visée aux points 2.5 et 4 est supérieur, en valeur absolue, au pourcentage (p %) (visé au point 5b), on ne tient compte du TLD<sub>t</sub> supérieur au p % du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées qu'à concurrence de la moitié des journées d'hospitalisation. En revanche, le nombre de journées d'hospitalisation compris entre les f % et p % du nombre total de journées d'hospitalisation normalisées est entièrement pris en compte.

$$TLD_e = [(p \% - f \% * N\_GLD) + 1/2 (TLD_t - (p \% * N\_GLD))]$$

Si le TLD<sub>e</sub> est positif, on le désignera plus loin par l'abréviation DJP (nombre positif de journées d'hospitalisation) et, s'il est négatif, par l'abréviation DJN (nombre négatif de journées d'hospitalisation).

CODE AMB	CODE HOS	SV	CODE AMB	CODE HOS	SV
220231	220242	3.0	253153	253164	2.0
220275	220286	2.0	253190	253201	2.0
220290	220301	2.0	253212	253223	2.0
220312	220323	2.0	253551	253562	2.0
220334	220345	3.0	253573	253584	2.0
221152	221163	3.0	253654	253665	3.0
227076	227080	2.0	255172	255183	1.0
229176	229180	2.0	255194	255205	2.5
230613	230624	2.0	255231	255242	3.0
232013	232024	2.0	255253	255264	1.0
235174	235185	2.0	255592	255603	3.0
238114	238125	3.0	255614	255625	2.0
238151	238162	3.0	255695	255706	3.0
238173	238184	2.0	255732	255743	2.0
238195	238206	3.0	255754	255765	6.0
238210	238221	2.0	255776	255780	3.0
241150	241161	3.0	255894	255905	2.0
244311	244322	3.0	255916	255920	2.0
244436	244440	2.0	256115	256126	2.0
244473	244484	3.0	256130	256141	2.0
244495	244506	2.0	256174	256185	4.5
244554	244565	3.0	256314	256325	2.0
244576	244580	5.0	256336	256340	2.0
244591	244602	3.0	256491	256502	3.0
244635	244646	2.0	256513	256524	1.0
245534	245545	2.5	256653	256664	1.5
245571	245582	2.0	256815	256826	2.0
245630	245641	1.0	256830	256841	3.0
245733	245744	2.0	256852	256863	3.0
245755	245766	2.0	257390	257401	2.0
245770	245781	2.5	257434	257445	1.0
245792	245803	3.5	257876	257880	2.0
245814	245825	2.0	257891	257902	3.0
245851	245862	3.0	257994	258005	3.0
245873	245884	2.0	258031	258042	3.0
246094	246105	2.0	258053	258064	3.0
246212	246223	5.0	258156	258160	3.0
246514	246525	2.0	258171	258182	2.0
246551	246562	2.0	260691	260702	3.0
246573	246584	3.0	260735	260746	2.0
246595	246606	3.0	260794	260805	2.0
246610	246621	2.0	260853	260864	2.0
246632	246643	3.0	260875	260886	3.0
246654	246665	4.0	260890	260901	2.0
246676	246680	2.0	260912	260923	2.0
246772	246783	5.0	260934	260945	2.0
246831	246842	3.0	260956	260960	2.0
247531	247542	2.0	280055	280066	2.0
250132	250143	2.0	280070	280081	2.0
250154	250165	2.0	280092	280103	2.0
250176	250180	2.0	280136	280140	2.0
250191	250202	3.0	280151	280162	3.0
250213	250224	2.0	280195	280206	4.5
251274	251285	3.0	280534	280545	2.0
251311	251322	4.0	280571	280582	3.0
251370	251381	2.0	280674	280685	8.0
251650	251661	3.0	280711	280722	2.5

CODE AMB	CODE HOS	SV	CODE AMB	CODE HOS	SV
280755	280766	3.0	292935	292946	5.0
280792	280803	5.0	292972	292983	3.0
283010	283021	2.0	292994	293005	2.0
284572	284583	1.0	293016	293020	3.0
284911	284922	2.5	293031	293042	4.0
285095	285106	3.0	293053	293064	3.0
285235	285246	2.0	293075	293086	2.0
285375	285386	2.0	293134	293145	3.0
285390	285401	4.0	293156	293160	4.0
285434	285445	4.0	293171	293182	3.0
285471	285482	1.0	293193	293204	5.0
285574	285585	2.0	293230	293241	2.0
285596	285600	1.0	293252	293263	4.0
285670	285681	2.0	293274	293285	3.0
285810	285821	2.0	293311	293322	6.0
285832	285843	4.0	293370	293381	2.0
285935	285946	3.0	294210	294221	4.0
285972	285983	2.0	294232	294243	2.0
286112	286123	1.0	294475	294486	2.0
286230	286241	2.0	294615	294626	2.0
286296	286300	5.0	294674	294685	2.0
286451	286462	4.0	294711	294722	2.0
287350	287361	3.0	300252	300263	2.0
287372	287383	2.0	300274	300285	3.0
287431	287442	2.0	300296	300300	2.0
287453	287464	2.0	300311	300322	2.0
287475	287486	1.0	300333	300344	2.0
287490	287501	2.0	310575	310586	1.0
287512	287523	2.0	310715	310726	1.5
287534	287545	2.0	310796	310800	7.0
287556	287560	2.0	310811	310822	3.0
287571	287582	2.0	310855	310866	2.0
287696	287700	2.0	310951	310962	2.0
287711	287722	2.0	310995	311006	2.0
287755	287766	2.0	311312	311323	2.0
287792	287803	2.0	311334	311345	2.0
287814	287825	2.0	311452	311463	2.0
287836	287840	2.0	311835	311846	2.5
288094	288105	3.0	311990	312001	2.0
288116	288120	6.0	312152	312163	2.0
291970	291981	2.0	317214	317225	1.0
291992	292003	2.0	354056	354060	3.0
292014	292025	2.0	431056	431060	2.0
292235	292246	2.0	431071	431082	3.0
292633	292644	3.0	431513	431524	2.0
292736	292740	3.5	432294	432305	3.0
292773	292784	3.0	432316	432320	2.0
292795	292806	3.0	432331	432342	2.0
292832	292843	2.0	531812	531823	2.0
292891	292902	2.5			

#### 6. Révision

Lors de la révision, on utilisera, dans les calculs, les journées d'hospitalisation à facturer au lieu de la durée de séjour comme visé au point 2.4.1.

Lors de l'utilisation des données pour l'exercice 1995, on tiendra compte de l'enregistrement RCM pour l'hospitalisation de jour.

Vu pour être annexé à Notre arrêté ministériel du 28 décembre 1994.

La Ministre des Affaires sociales,  
Mme M. DE GALAN

## Bijlage I bij het ministerieel besluit van 28 december 1994

## Bijlage 6

## ONDERDEEL B1

## Bepaling van de gemiddelde kost per werkeenheid

## 1. Berekening van de standaarddeviatie:

Voor elke kostensoort wordt per groep de standaarddeviatie berekend. De standaarddeviatie geeft aan in hoeverre waarden afwijken van het gemiddelde.

De formule voor de standaarddeviatie luidt als volgt :

$$\sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n^2}}$$

waarbij:

n: het aantal instellingen in de groep;  
x: de kosten per werkeenheid van elke instelling.

## 2. Berekening van de grenzen per kostensoort per groep :

Vervolgens worden een onder- en bovengrens berekend:

Ondergrens : gemiddelde van de groep - 1,96 x standaarddeviatie;

Bovengrens : gemiddelde van de groep + 1,96 x standaarddeviatie.

Het berekenen van de grenzen met 1,96 maal de standaarddeviatie laat statistisch gezien toe 95 % van de instellingen binnen de grenzen aan te treffen.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 28 december 1994.

De Minister van Sociale Zaken.

Mevr. M. DE GALAN

## Bijlage 2 van het ministerieel besluit van 28 december 1994

## Bijlage 4 :

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 6 december 1994 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 Patient 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 de onderdelen B1 en 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 Sp-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, nevendiagnoses, chirurgische ingrepen, speciale technieken, leeftijd, geslacht, overlijden 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 bekoren 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 "GRLZ<sub>i</sub>", evenals een gemiddelde genormaliseerde ligduur, hierna "GNLZ<sub>i</sub>" genoemd.

a) Om de GRLZ<sub>i</sub> 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 GNLZ<sub>i</sub> 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 GRLZ<sub>i</sub> t.o.v. de GNLZ<sub>i</sub>.

De GRLZ<sub>i</sub> wordt vervolgens vergeleken met de GNLZ<sub>i</sub> om de afwijking van GRLZ<sub>i</sub> t.o.v. GNLZ<sub>i</sub> te bepalen.

$GRLZ_i - GNLZ_i =$  afwijking in dagen.

#### 2.5. Berekenen van het teveel aan ligdagen.

De afwijking tussen GRLZ<sub>i</sub> en GNLZ<sub>i</sub> (uitgedrukt in dagen), wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal patiënten zoals bedoeld in punt 2.2. (inclusief outliers en restgroep).

$$TLD = [GRLZ_i - GNLZ_i] * N_{\text{totaal}}$$

waarbij :

TLD = teveel aan ligdagen (kan ook een negatief getal zijn);

GRLZ<sub>i</sub> = gemiddelde reële ligduur voor ziekenhuis i;

GNLZ<sub>i</sub> = gemiddelde genormaliseerde ligduur voor ziekenhuis i;

N<sub>totaal</sub> = het totaal aantal patiënten zoals bedoeld in punt 2.2. (inclusief outliers en restgroep).

### 3. Beschrijving van de formules

#### 3.1. Diagnosegroepen

De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de "All Patient Diagnosis Related Groups, Definition Manual, Version 10.01".

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, nevendiagnoses, 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, NGL, berekend. De patiënten opgenomen voor zwangerschap of bevalling worden onderverdeeld in MDC 14. Deze MDC wordt niet 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 :

$$Q_3 + 2*(Q_3 - Q_1) = \text{bovengrens}$$

of kleiner is dan :

$$\exp [\ln Q_1 - 2 * (\ln Q_3 - \ln Q_1)] = \text{benedengrens}$$

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.

Enkel de verblijven met een ligduur groter dan de bovengrens en waarbij meer dan 1 systeem is aangetast, worden als outliers weerhouden.

Voor de berekening van het aantal aangetaste systemen wordt het systeem van de hoofddiagnose gelijkgesteld aan 1 systeem, het aantal systemen (verschillend van deze van de hoofddiagnose) waartoe de vermelde complicaties behoren, wordt hierbij opgeteld.

Voor de verblijven met een ligduur boven de bovengrens en waarbij slechts 1 systeem is aangetast, wordt in de berekeningen een fictieve ligduur gebruikt die gelijk is aan de bovengrens voor het bepalen van de outliers voor de betrokken DRG. Deze gevallen worden dus niet meer als outlier behandeld.

#### 4. Maatregel voor de daghospitalisatie

Er wordt voorlopig geen toepassing gemaakt van de bepalingen bedoeld in punt 2.2., tweede alinea, evenals de bepaling bedoeld in punt 2.4.2., vierde alinea.

De TLD wordt verhoogd (verlaagd) met een bijkomende waarde die berekend wordt aan de hand van een substitutiegraad (hierna SG genoemd) van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie. Voor elke ingreep  $j$  waarvoor een maxi- of super-forfait in de ziekteverzekering aangerekend wordt 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 SG nationaal en per ziekenhuis berekend :

$$SG_j = \frac{N_{\text{amb}_j}}{N_{\text{amb}_j} + N_{\text{hosp}_j}}$$

waarbij :

$N_{\text{amb}_j}$  = aantal ingrepen  $j$  in daghospitalisatie;

$N_{\text{hosp}_j}$  = aantal ingrepen  $j$  in klassieke hospitalisatie.

De totale TLDt is de som van de TLD (uit punt 2.5.) en de  $TLD_d$  die de daghospitalisatie in rekening brengt.

$$TLD_t = TLD \text{ (uit punt 2.5.)} + TLD_d$$

De  $TLD_d$  wordt als volgt berekend :

$$TLD_d = \sum_{j=1}^{s+m} [(N_{\text{amb}_j} + N_{\text{hosp}_j}) * (DRN_j - DR_j) * DSR_j]$$

waarbij :

$s+m$

$\sum_{j=1}^{s+m}$  = som voor alle ingrepen ( $j$ ) waarvoor een maxi- of super-forfait in de ziekteverzekering aangerekend wordt 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;

$NSG_j$  = nationale substitutiegraad voor ingreep  $j$ ;

$SG_j$  = substitutiegraad van het ziekenhuis voor ingreep  $j$ ;

$SV_j$  = substitutie verblijfsduur voor ingreep  $j$ .

(Een lijst met deze nationale waarden wordt in bijlage toegevoegd.)

#### 5. Berekenen van het teveel aan ligdagen rekening houdend met een franchise (TLDe).

a) Indien de TLDt zoals berekend met de formule bedoeld in punt 2.5 en punt 4., in absolute waarde minder bedraagt dan een jaarlijks vast te stellen percentage ( $f$  %) van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen (voor 1995 zal 2 % bedragen), dan wordt met dit teveel of de weinig aan ligdagen geen rekening gehouden.

Het totaal aantal genormaliseerde ligdagen, hierna  $N_{\text{GLD}}$  genoemd, wordt op de volgende manier berekenen :

$$N_{\text{GLD}} = (GNLZ_i * N_{\text{totaal}}) + \sum_{j=1}^{s+m} [(N_{\text{amb}_j} * SV_j) - TLD_d]$$

waarbij :

$GNLZ_i$  = gemiddelde genormaliseerde ligduur voor ziekenhuis  $i$ ;

$N_{\text{totaal}}$  = het totaal aantal patiënten zoals bedoeld in punt 2.2. (inclusief outliers en restgroep).

$s+m$

$\sum_{j=1}^{s+m}$  = som voor alle ingrepen ( $j$ ) waarvoor een maxi- of super-forfait in de ziekteverzekering aangerekend wordt 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;

$N_{\text{amb}_j}$  = aantal ingrepen  $j$  in daghospitalisatie;

$SV_j$  = substitutie verblijfsduur voor ingreep  $j$ ;

$TLD_d$  = TLD berekend op de daghospitalisatie zoals bedoeld in punt 4.

b) Indien de TLD, zoals berekend met de formule bedoeld in punt 2.5 en punt 4., in absolute waarde meer bedraagt dan het percentage (f %) zoals bedoeld in punt 5.a) maar minder dan een tweede jaarlijks vast te stellen percentage (p %) van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen (voor 1995 zal dit 10 % bedragen), dan wordt de TLD, verminderd met een waarde gelijk aan f % van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen.

$$TLD_e = TLD_t - (f \% * N\_GLD)$$

waarbij :

$TLD_e$  = teveel aan ligdagen (kan ook een negatief getal zijn) rekening houdend met een franchise;

$TLD_t$  = TLD zoals berekend met de formule bedoeld in punt 2.5 en punt 4.

c) Indien de TLD, zoals berekend met de formule bedoeld in punt 2.5 en punt 4., in absolute waarde meer bedraagt dan het percentage (p %) zoals bedoeld in punt 5.b), dan wordt van de TLD, boven p % van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen, slechts de helft van de ligdagen in rekening gebracht. De ligdagen, tussen f % en p % van het totaal aantal genormaliseerde ligdagen worden wel volledig genomen.

$$TLD_e = [(p \% - f \% * N\_GLD) + -1/2 (TLD_t - (p \% * N\_GLD))]$$

Indien  $TLD_e$  positief is zal dit verder aangeduid worden als PAL (positief aantal ligdagen), indien  $TLD_e$  negatief is wordt deze waarde NAL (negatief aantal ligdagen) genoemd.

CODE AMB	CODE HOS	SV	CODE AMB	CODE HOS	SV
220231	220242	3.0	251370	251381	2.0
220275	220286	2.0	251650	251661	3.0
220290	220301	2.0	253153	253164	2.0
220312	220323	2.0	253190	253201	2.0
220334	220345	3.0	253212	253223	2.0
221152	221163	3.0	253551	253562	2.0
227076	227080	2.0	253573	253584	2.0
229176	229180	2.0	253654	253665	3.0
230613	230624	2.0	255172	255183	1.0
232012	232024	2.0	255194	255205	2.5
235174	235185	2.0	255231	255242	3.0
238114	238125	3.0	255253	255264	1.0
238151	238162	3.0	255592	255603	3.0
238173	238184	2.0	255614	255625	2.0
238195	238206	3.0	255695	255706	3.0
238210	238221	2.0	255732	255743	2.0
241150	241161	3.0	255754	255765	6.0
244311	244322	3.0	255776	255780	3.0
244436	244440	2.0	255894	255905	2.0
244473	244484	3.0	255916	255920	2.0
244495	244506	2.0	256115	256126	2.0
244554	244565	3.0	256130	256141	2.0
244576	244580	5.0	256174	256185	4.5
244591	244602	3.0	256314	256325	2.0
244635	244646	2.0	256336	256340	2.0
245534	245545	2.5	256491	256502	3.0
245571	245582	2.0	256513	256524	1.0
245630	245641	1.0	256653	256664	1.5
245733	245744	2.0	256815	256826	2.0
245755	245766	2.0	256830	256841	3.0
245770	245781	2.5	256852	256863	3.0
245792	245803	3.5	257390	257401	2.0
245814	245825	2.0	257434	257445	1.0
245851	245862	3.0	257876	257880	2.0
245873	245884	2.0	257891	257902	3.0
246094	246105	2.0	257994	258005	3.0
246212	246223	5.0	258031	258042	3.0
246514	246525	2.0	258053	258064	3.0
246551	246562	2.0	258156	258160	3.0
246573	246584	3.0	258171	258182	2.0
246595	246606	3.0	260691	260702	3.0
246610	246621	2.0	260735	260746	2.0
246632	246643	3.0	260794	260805	2.0
246654	246665	4.0	260853	260864	2.0
246676	246680	2.0	260875	260886	3.0
246772	246783	5.0	260890	260901	2.0
246831	246842	3.0	260912	260923	2.0
247531	247542	2.0	260934	260945	2.0
250132	250143	2.0	260956	260960	2.0
250154	250165	2.0	280055	280066	2.0
250176	250180	2.0	280070	280081	2.0
250191	250202	3.0	280092	280103	2.0
250213	250224	2.0	280136	280140	2.0
251274	251285	3.0	280151	280162	3.0
251311	251322	4.0	280195	280206	4.5

CODE AMB	CODE HOS	SV	CODE AMB	CODE HOS	SV
280534	280545	2.0	292795	292806	3.0
280571	280582	3.0	292832	292843	2.0
280674	280685	8.0	292891	292902	2.5
280711	280722	2.5	292935	292946	5.0
280755	280766	3.0	292972	292983	3.0
280792	280803	5.0	292994	293005	2.0
283010	283021	2.0	293016	293020	3.0
284572	284583	1.0	293031	293042	4.0
284911	284922	2.5	293053	293064	3.0
285095	285106	3.0	293075	293086	2.0
285235	285246	2.0	293134	293145	3.0
285375	285386	2.0	293156	293160	4.0
285390	285401	4.0	293171	293182	3.0
285434	285445	4.0	293193	293204	5.0
285471	285482	1.0	293230	293241	2.0
285574	285585	2.0	293252	293263	4.0
285596	285600	1.0	293274	293285	3.0
285670	285681	2.0	293311	293322	6.0
285810	285821	2.0	293370	293381	2.0
285832	285843	4.0	294210	294221	4.0
285935	285946	3.0	294232	294243	2.0
285972	285983	2.0	294475	294486	2.0
286112	286123	1.0	294615	294626	2.0
286230	286241	2.0	294674	294685	2.0
286296	286300	5.0	294711	294722	2.0
286451	286462	4.0	300252	300263	2.0
287350	287361	3.0	300274	300285	3.0
287372	287383	2.0	300296	300300	2.0
287431	287442	2.0	300311	300322	2.0
287453	287464	2.0	300333	300344	2.0
287475	287486	1.0	310575	310586	1.0
287490	287501	2.0	310715	310726	1.5
287512	287523	2.0	310796	310800	7.0
287534	287545	2.0	310811	310822	3.0
287556	287560	2.0	310855	310866	2.0
287571	287582	2.0	310951	310962	2.0
287696	287700	2.0	310995	311006	2.0
287711	287722	2.0	311312	311323	2.0
287755	287766	2.0	311334	311345	2.0
287792	287803	2.0	311452	311463	2.0
287814	287825	2.0	311835	311846	2.5
287836	287840	2.0	311990	312001	2.0
288094	288105	3.0	312152	312163	2.0
288116	288120	6.0	317214	317225	1.0
291970	291981	2.0	354056	354060	3.0
291992	292003	2.0	431056	431060	2.0
292014	292025	2.0	431071	431082	3.0
292235	292246	2.0	431513	431524	2.0
292633	292644	3.0	432294	432305	3.0
292736	292740	3.5	432316	432320	2.0
292773	292784	3.0	432331	432342	2.0
			531812	531823	2.0

#### 6. Herziening

Bij de herziening worden in de berekeningen de te factureren ligdagen gebruikt in plaats van de ligduur zoals bedoeld in punt 2.4.1.

Bij het gebruik van de gegevens voor het dienstjaar 1995 wordt de MKG-registratie voor de daghospitalisatie in aanmerking genomen.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 28 december 1994.

De Minister van Sociale Zaken,  
Mevr. M. DE GALAN