

F. 99 — 357

[C - 98/22764]

30 DECEMBRE 1998. — 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 14 décembre 1998 fixant pour l'exercice 1999 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 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, 19 juillet 1994, 28 décembre 1994, 27 décembre 1995, 30 décembre 1996, 8 septembre 1997, 10 décembre 1997, 29 décembre 1997 et 26 août 1998;

Vu les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Financement, donnés les 23 juillet 1998, 24 septembre 1998, 8 octobre 1998 et 28 octobre 1998;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 27 novembre 1998;

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;

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 1999, afin qu'ils puissent prendre en temps utile les mesures nécessaires,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 12^{ter}, 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 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, 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, 19 juillet 1994, 28 décembre 1994, 27 décembre 1995, 30 décembre 1996, 8 septembre 1997, 10 décembre 1997, 29 décembre 1997 et 26 août 1998, il est ajouté les points s) et t) libellés comme suit :

« s) le coût des emplois accordés les 1^{er} juillet 1990, 1^{er} janvier 1991, le 1^{er} janvier 1992, 1^{er} janvier 1993 et 1^{er} janvier 1994 dans les hôpitaux psychiatriques comptant des services agréés T;

« t) les moyens octroyés en vue d'assurer le financement de la fonction agréée SMUR; »

N. 99 — 357

[C - 98/22764]

30 DECEMBER 1998. — Ministerieel besluit tot 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 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

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 14 december 1998 houdende vaststelling van het globaal budget voor het Rijk, bedoeld in artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen, voor de financiering van de werkingskosten van de ziekenhuizen voor het dienstjaar 1999;

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 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, gewijzigd bij de koninklijke 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, 19 juli 1994, 28 december 1994, 27 december 1995, 30 december 1996, 8 september 1997, 10 december 1997, 29 december 1997 en 26 augustus 1998;

Gelet op de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Financiering, gegeven op 23 juli 1998, 24 september 1998, 8 oktober 1998 en 28 oktober 1998;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 27 november 1998;

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

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de rechtszekerheid oplegt dat de ziekenhuisbeheerders dringend in kennis moeten worden gesteld van de in 1999 van kracht zijnde voorwaarden en regelen voor de financiering van de ziekenhuizen, zodat ze tijdig de nodige maatregelen kunnen nemen,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 12^{ter}, 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, 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, 19 juli 1994, 28 december 1994, 27 december 1995, 30 december 1996, 8 september 1997, 10 december 1997, 29 december 1997 en 26 augustus 1998, worden de punten s) en t) ingevoegd, luidend als volgt :

« s) de kosten met betrekking tot de op 1 juli 1990, 1 januari 1991, 1 januari 1992, 1 januari 1993 en 1 januari 1994 toegekende betrekkingen in de psychiatrische ziekenhuizen met erkende T-diensten;

« t) de middelen die worden toegekend teneinde de financiering van de erkende MUG-functie te waarborgen; »

Art. 2. L'article 21 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est complété par un § 3 libellé comme suit :

« § 3. Si lors de la révision du budget des moyens financiers d'un exercice x, effectuée à partir de l'année 1999, il est constaté que les éléments révisables portant sur des exercices antérieurs à l'exercice x et ayant une influence sur l'exercice x, ne sont pas encore incorporés dans le prix de la journée d'hospitalisation facturé pendant l'exercice x, il est accordé un montant, calculé comme défini ci-dessous, pour couvrir les charges de crédit à court terme découlant de la non-couverture desdits éléments révisables.

Ce montant est fixé comme suit :

Montants dûs X Taux d'intérêt visé au § 2. »

Art. 3. A l'article 22bis, § 3, 1° de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots « 8 millions » et « 18 millions » sont respectivement remplacés par les mots « 6 millions » et « 10 millions » et les dispositions suivantes sont ajoutées :

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

Art. 4. A l'article 43, § 2, 1° de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est apporté les modifications suivantes :

1° La disposition contenue entre les mots « Les points octroyés pour les lits M » et les mots « service agréé de soins néonataux intensifs (N) » est remplacée par la disposition ci-après :

« Les points octroyés pour les lits M sont augmentés pour la fonction de soins néonataux locaux (fonction N*) de la manière suivante :

— pour une maternité réalisant moins de 1.000 accouchements par an : 15 points.

— pour une maternité réalisant moins de 400 accouchements par an, l'article 18 de l'A.R. du 30 janvier 1989 doit être appliqué.

— pour une maternité réalisant 1.000 accouchements et plus : pour les 1.000 premiers accouchements : 17 points augmentés de 3 points par tranche complète supplémentaire de 150 accouchements.

2° Après les mots « - pour les lits M : 1,46 points (y compris le quartier obstétrique) », il y est ajouté les mots : « - pour les lits MIC : 3,75 points ».

3° Les mots « pour les lits N : 5 points » sont complétés par la disposition suivante :

« Dès que l'hôpital est agréé pour les lits NIC, le nombre de 5 points par lit est porté à 6,25 points. »

Art. 5. L'article 43, § 2, 1° b) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots « pour les lits MIC : 3,75 points » sont insérés après les mots « pour les lits M : 1,78 points (y compris le quartier obstétrique) »

Art. 6. A l'article 43, § 2, 2°, a) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est apporté les modifications suivantes :

1° au point a) 1° les mots « 65% » et « 35% » sont remplacés respectivement par les mots « 50% » et « 50% »;

2° au point a) 3°, le mot « 10% » est remplacé par « 25% »;

3° les dispositions du point c) sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

c.1) 1^{er} calcul :

Sur base de la valeur totale des prestations de réanimation octroyées aux patients hospitalisés dans les services C, D, E et G dans le dernier exercice connu, calculée conformément à la nomenclature des prestations médicales, il est fixé un nombre de lits à caractère intensif représentant un pourcentage du nombre de lits agréés sans les index C, D et E.

En vue de ce calcul, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante des prestations de réanimation par lit occupé dans les services agréés sous les index C, D et E. Le pourcentage du nombre de

Art. 2. In artikel 21 van het voorvermelde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt een § 3 ingevoegd, luidend als volgt :

« § 3. Indien bij de herziening van het budget van financiële middelen van een dienstjaar x, uitgevoerd vanaf het jaar 1999, wordt vastgesteld dat de voor herziening in aanmerking komende elementen, die betrekking hebben op dienstjaren die voorafgaan aan het dienstjaar x en een invloed uitoefenen op het dienstjaar x, nog niet werden opgenomen in de tijdens het dienstjaar x gefactureerde verpleegdagprijs, wordt een bedrag toegekend, berekend zoals hieronder bepaald, om de lasten voor korte termijn krediet te dekken, die voortvloeien uit het feit dat voornoemde herzienbare elementen niet gedekt zijn.

Dit bedrag wordt als volgt vastgesteld :

Verschuldigde bedragen X Intrestvoeten bedoeld in § 2. »

Art. 3. In artikel 22bis, § 3, 1° van voorvermeld ministerieel besluit van 2 augustus 1986, worden de woorden « 8 miljoen » en « 18 miljoen » respectievelijk vervangen door de woorden « 6 miljoen » en « 10 miljoen » en worden volgende bepalingen toegevoegd :

« De voornoemde forfaits worden toegekend gedurende een periode van 7 jaar, vanaf het jaar volgend op dat waarin de investering wordt verwezenlijkt. Het betrokken jaar zal worden bepaald nadat het ziekenhuis de aankoopfactuur heeft overgelegd. Indien een investering voor vervanging of upgrading waarvan de waarde minstens 50% vertegenwoordigt van de nieuwwaarde van de apparatuur wordt uitgevoerd binnen de 10 jaar vanaf de aankoopdatum van de oorspronkelijke apparatuur, blijven voornoemde forfaits behouden na de voornoemde periode van 7 jaar, en dit voor een nieuwe periode van 7 jaar. Het bewijs van deze investering wordt bepaald door de overlegging van de betrokken factuur. »

Art. 4. In artikel 43, § 2, 1° van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986, worden volgende wijzigingen aangebracht :

1° De bepaling vervat tussen de woorden « De punten toegekend voor de M-bedden » en de woorden « erkende dienst voor intensieve neonatale zorg (N) » wordt vervangen door de volgende bepaling :

« De punten toegekend voor de M-bedden worden voor de functie plaatselijke neonatale zorg (functie N*) als volgt verhoogd :

— voor een kraaminrichting met minder dan 1000 bevallingen per jaar : 15 punten.

— voor een kraaminrichting met minder dan 400 bevallingen per jaar, is artikel 18 van het K.B. van 30 januari 1989 van toepassing.

— voor een kraaminrichting met 1000 bevallingen per jaar en meer : voor de eerste 1000 bevallingen : 17 punten, verhoogd met drie punten per volledig bijkomende schijf van 150 bevallingen.

2° Na de woorden « -voor de M-bedden : 1,46 punten (bevallingskwartier inbegrepen) », worden de woorden « -voor de MIC-bedden : 3,75 punten » ingevoegd.

3° De woorden « voor de N-bedden : 5 punten » worden aangevuld met de volgende bepaling :

« Zodra het ziekenhuis erkend is voor de NIC-bedden, wordt het aantal van 5 punten per bed verhoogd tot 6,25 punten. »

Art. 5. In artikel 43, § 2, 1° b) van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden « voor de MIC-bedden : 3,75 punten » ingevoegd na de woorden « voor de M-bedden : 1,78 punten (bevallingskwartier inbegrepen) ».

Art. 6. In artikel 43, § 2, 2°, a) van voornoemd koninklijk besluit van 2 augustus 1986, worden volgende wijzigingen aangebracht :

1° in punt a) 1° worden de woorden « 65% » en « 35% » respectievelijk vervangen door de woorden « 50% » en « 50% »;

2° in punt a) 3° wordt het woord « 10% » vervangen door « 25% »;

3° De bepalingen van punt c) worden vervangen door de volgende bepalingen :

« c) Voor de C-, D- en E-bedden wordt een aantal bijkomende punten toegekend, berekend als volgt :

c1) 1ste berekening

Op basis van de totale waarde van de reanimatieverstrekingen verleend aan de patiënten die tijdens het laatste bekende dienstjaar in de C-, D-, E- en G-diensten verbleven, berekend overeenkomstig de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen, wordt een aantal bedden van intensieve aard vastgesteld dat een percentage van het aantal bedden, erkend onder de kenletters C, D en E, vertegenwoordigt.

Met het oog op deze berekening worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de reanimatieverstrekingen per bezet bed in de diensten erkend onder de kenletters C, D en E.

lits et le nombre de points supplémentaires par lit sont fixés comme suit :

Het percentage van het aantal bedden en het aantal bijkomende punten per bed worden als volgt vastgesteld :

| Déciles | Pourcentage par lit | Nombre de points par lit | Decielen | Percentage per bed | Aantal punten per bed |
|----------------------|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 0,08 | 1 | 2 | 0,08 |
| 2 | 2 | 0,08 | 2 | 2 | 0,08 |
| 3 | 2 | 0,08 | 3 | 2 | 0,08 |
| 4 | 2 | 0,08 | 4 | 2 | 0,08 |
| 5 | 2 | 0,08 | 5 | 2 | 0,08 |
| 6 | 2 | 0,08 | 6 | 2 | 0,08 |
| 7 moitié inférieure | 3 | 0,12 | 7 laagste helft | 3 | 0,12 |
| 7 moitié supérieure | 4 | 0,16 | 7 hoogste helft | 4 | 0,16 |
| 8 moitié inférieure | 6 | 0,24 | 8 laagste helft | 6 | 0,24 |
| 8 moitié supérieure | 7 | 0,28 | 8 hoogste helft | 7 | 0,28 |
| 9 moitié inférieure | 9 | 0,36 | 9 laagste helft | 9 | 0,36 |
| 9 moitié supérieure | 10 | 0,40 | 9 hoogste helft | 10 | 0,40 |
| 10 moitié inférieure | 12 | 0,48 | 10 laagste helft | 12 | 0,48 |
| 10 moitié supérieure | 13 | 0,52 | 10 hoogste helft | 13 | 0,52 |

Les points ainsi attribués sont retenus à raison de 90 %.

c.2) 2ème calcul :

Sur base des scores calculés conformément aux dispositions de l'annexe 9 du présent arrêté, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante du score. Le nombre de points supplémentaires est fixé comme repris au tableau figurant au 1^{er} calcul.

Les points ainsi attribués sont retenus à raison de 10% et sont, le cas échéant, adaptés d'un coefficient afin d'être égal, pour tout le pays, à 10% des points attribués conformément au point c.1) 1^{er} calcul.

c.3) :

Le maintien du bénéfice des points supplémentaires visés aux premier et deuxième calculs est subordonné à la participation à un programme d'évaluation des prestations de réanimation organisée par la structure de concertation entre gestionnaires d'hôpitaux, médecins et organismes assureurs. »

Art. 7. L'article 43, § 3, 2°, a) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 :

a.1) 1^{er} 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.

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.

a.2) 2ème calcul :

Par intervention chirurgicale figurant en annexe 5 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;

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van 90 %.

c2) 2de berekening :

Op basis van de overeenkomstig de bepalingen vermeld in bijlage 9 van dit besluit berekende scores, worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde van de score. Het aantal bijkomende punten wordt vastgesteld zoals opgegeven in de bij de 1ste berekening vermelde tabel.

De aldus toegekende punten worden in aanmerking genomen ten belope van 10 % en worden desgevallend aangepast met een coëfficiënt zodat ze voor het gehele land gelijk zijn aan 10 % van de overeenkomstig punt c.1) 1ste berekening toegekende punten.

c.3.) :

Het behoud van het voordeel van de in de eerste en tweede berekening bedoelde bijkomende punten hangt af van de deelname aan een evaluatieprogramma voor de reanimatieverstrekingen, dat georganiseerd wordt door de overlegstructuur tussen ziekenhuisbeheerders, artsen en verzekeringsinstellingen. »

Art. 7. Artikel 43, § 3, 2°, a) van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt opgeheven en vervangen door volgende bepalingen :

« a) voor het operatiekwartier :

Per operatiezaal worden 7,50 punten toegekend. Het aantal operatiezalen wordt als volgt bepaald :

a.1) 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 heilkundige verstrekingen voor de gehospitaliseerde patiënten, berekend op basis van de 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 totdat die gemiddelde waarde is bereikt.

Indien de 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.

a.2) 2de berekening

Per heilkundige ingreep vermeld in bijlage 5 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 opruimen van materieel en het voorbereiden 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;

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

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

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

Les organismes assureurs dont question sont :

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

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

$$\frac{\text{nombre d'interventions} * \text{temps adapté}}{1\ 520 * 3} = \text{nombre salles}$$

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.

a.3) Troisième calcul :

Le nombre de salles à retenir en fonction des 1^{er} et 2^{ème} calculs est calculé de la manière suivante :

- en 1999 :

$$[(\text{Nbre } 1^{\text{er}} \text{ calcul} \times 0,10) + (\text{Nbre } 2^{\text{ème}} \text{ calcul} \times 0,90)]$$

- à partir de 2000 :

$$[(\text{Nbre } 1^{\text{er}} \text{ calcul} \times 0,00) + (\text{Nbre } 2^{\text{ème}} \text{ calcul} \times 1)]$$

a.4) Salle d'opération disponible en permanence :

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

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

Pour les hôpitaux dont au moins 75 % des lits C agréés sont désignés comme lits universitaires :

Une salle est octroyée si

- l'hôpital est affilié au service 100;
- le nombre de salles déterminé en fonction du troisième calcul est au moins 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.1) 1^{er} calcul pour le calcul du nombre de lits à caractère intensif.

— met 30 % voor de ziekenhuizen met erkende stagediensten die erkend zijn voor het verzorgen van een volledige opleiding in de heelkunde en de anesthesie, op voorwaarde dat die ziekenhuizen per 10 chirurgiebedden over minstens één kandidaat-specialist in de volgende disciplines beschikken :

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

— met een coëfficiënt gelijk aan de verhouding tussen het totale aantal verpleegdagen van de heelkundige dienst en het aantal gefactuurde verpleegdagen aan de verzekeringsinstellingen voor dezelfde dienst.

De volgende verzekeringsinstellingen worden vermeld :

- De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten;
- De Nationale Verbond van Socialistische Mutualiteiten;
- De Nationale Verbond van Liberale Mutualiteiten;
- De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- De Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering;
- De Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen;
- De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen zodra de hierop betrekking hebbende gegevens geïntegreerd zijn in de ZIV-profielen.

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

$$\frac{\text{aantal ingrepen} * \text{aangepaste tijd}}{1520 * 3} = \text{aantal zalen}$$

Dit 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.

a.3) Derde berekening :

Het aantal zalen dat op basis van de 1ste en 2de berekening in aanmerking dient te worden genomen, wordt als volgt berekend :

- in 1999 :

$$[(\text{Aantal } 1^{\text{ste}} \text{ berek.} \times 0,10) + (\text{Aantal } 2^{\text{de}} \text{ berek.} \times 0,90)]$$

- vanaf 2000 :

$$[(\text{Aantal } 1^{\text{ste}} \text{ berek.} \times 0,00) + (\text{Aantal } 2^{\text{de}} \text{ berek.} \times 1)]$$

a.4) Operatiezaal die permanent beschikbaar is :

Bovenop de punten toegekend overeenkomstig de voorgaande alinea's, worden per operatiezaal in heelkundige diensten die permanent beschikbaar wordt gehouden 20 punten toegekend.

Voor het bepalen van het aantal operatiezalen die permanent beschikbaar worden gehouden, worden de hiernavolgende criteria toegepast :

Voor de ziekenhuizen waarvan minstens 75 % van de erkende C-bedden als universitaire bedden zijn aangewezen :

Er wordt een zaal toegekend als :

- het ziekenhuis bij de dienst 100 is aangesloten;
- het aantal zalen vastgesteld op basis van de derde berekening minstens 8 bedraagt;
- het ziekenhuis beantwoordt aan de voorwaarden bepaald in het nummer 590144 van de voorvermelde nomenclatuur;
- het ziekenhuis gerangschikt is in de laatste twee decielen bedoeld in § 2, 1°, c.1) 1ste voor de berekening van het aantal bedden van intensieve aard.

Pour tous les hôpitaux, y compris ceux visés à l'alinéa précédent :

une salle est octroyée si

- l'hôpital est affilié au service 100;
- le nombre de salles déterminé suivant le troisième calcul est au moins 5;

— l'hôpital est classé dans les quatre derniers déciles visés au § 2, 1°, c.1) 1^{er} calcul pour le calcul du nombre de lits à caractère intensif;

— l'hôpital répond aux conditions fixées dans le numéro 590144 de la nomenclature précitée;

— l'hôpital dispose d'un service de cathétérisme cardiaque interventionnel agréé ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant l'exercice déterminé par le Ministre qui a le prix de journée dans ses attributions, au minimum 250 interventions chirurgicales comprenant au minimum 150 interventions reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400.

Une deuxième salle est octroyée si

— le nombre de salles déterminé suivant le troisième calcul est au moins 8;

— l'hôpital est classé dans les deux derniers déciles visés au § 2, 1°, c.1) 1^{er} calcul pour le calcul du nombre de lits à caractère intensif;

— l'hôpital dispose selon qu'il n'ait pas été repris pour l'attribution de la première salle, d'un service de cathétérisme cardiaque interventionnel agréé ou d'un service de neurochirurgie comptant, pendant l'exercice déterminé par le Ministre qui a le prix de journée dans ses attributions, au minimum 250 interventions chirurgicales comprenant au minimum 150 interventions reprises dans la nomenclature précitée avec une valeur égale ou supérieure à K 400.

a.5) Totalisation des points :

Le total des points pour le pays est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre total de points retenu pour les quartiers opératoires pour tout le pays étant entendu que le nombre de points minimum par hôpital est 15.

Art. 8. L'article 43, § 3, 2°, b) de l'Arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« b) Pour le service d'urgences :

b.1) : Il est octroyé un nombre de points de base par 100 lits. Les nombres de points de base par 100 lits sont les suivants :

— pour les hôpitaux qui répondent aux conditions fixées dans le n° 590100 de la nomenclature précitée : 3 points;

— pour les hôpitaux qui répondent aux conditions fixées dans le n° 590122 de la nomenclature précitée : 4 points;

— pour les hôpitaux qui répondent aux conditions fixées dans le n° 590144 de la nomenclature précitée : 5 points.

b.2) : Le nombre de points de base par hôpital est augmenté en fonction de la valeur par lit occupé des suppléments pour les prestations médicales d'urgence pour des patients hospitalisés, visés dans l'article 26, § 1 de la nomenclature précitée, excepté les prestations de biologie clinique.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante par lit occupé des suppléments visés ci-dessus.

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.

b.3) : Le nombre de points ainsi attribué peut, selon les règles à fixer par le Ministre qui a le prix de journée d'hospitalisation dans ses attributions, être adapté si, exprimé par lit, il est inférieur à un nombre minimum ou supérieur à un nombre maximum. Ces nombres minimum et maximum sont déterminés, par décile, sur base des coûts comptables relatifs au personnel infirmier et soignant du service d'urgences du dernier exercice connu.

Voor alle ziekenhuizen, met inbegrip van die bedoeld in het voorgaande lid :

Er wordt een zaal toegekend als :

- het ziekenhuis bij de dienst 100 is aangesloten;
- het aantal zalen vastgesteld volgens de 3de berekening minstens 5 bedraagt;

— het ziekenhuis gerangschikt is in de laatste 4 decielen bedoeld in § 2, 1°, c.1) 1ste voor de berekening van de bedden van intensieve aard;

— het ziekenhuis beantwoordt aan de voorwaarden bepaald in het nummer 590144 van voorvermelde nomenclatuur;

— het ziekenhuis beschikt over een erkende dienst voor interventionele hartcatheterisatie of een neurochirurgiedienst 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.

Een tweede zaal wordt toegekend als

— het aantal zalen bepaald volgens de derde berekening minstens 8 bedraagt;

— het ziekenhuis gerangschikt is in de laatste twee decielen bedoeld in § 2, 1°, c.1) 1ste voor de berekening van het aantal bedden van intensieve aard;

— het ziekenhuis beschikt over een erkende dienst voor interventionele hartcatheterisatie of een neurochirurgiedienst 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, al naargelang de dienst niet in aanmerking werd genomen voor de toekenning van de eerste zaal.

a.5) Totaal van de punten :

Het totale aantal punten voor het land wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het totale aantal punten te blijven dat voor het gehele land in aanmerking wordt genomen voor de operatiekwartieren, met dien verstande dat het minimum aantal punten per ziekenhuis 15 punten bedraagt.

Art. 8. Artikel 43, § 3, 2°, b) van voorvermeld ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt opgeheven en vervangen door de volgende bepalingen :

« b) voor de spoedgevallendienst :

b.1) : Er worden basispunten per 100 bedden toegekend. Deze basispunten per 100 bedden zijn de volgende :

— voor de ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden gesteld in nr. 590100 van de voorvermelde nomenclatuur : 3 punten;

— voor de ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden gesteld in nr. 590122 van de voorvermelde nomenclatuur : 4 punten;

— voor de ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden gesteld in nr. 590144 van de voorvermelde nomenclatuur : 5 punten;

b.2) : Het aantal basispunten per ziekenhuis wordt verhoogd in functie van de waarde per bezet bed van de supplementen voor dringende geneeskundige verstrekkingen voor gehospitaliseerde patiënten zoals bedoeld in artikel 26, § 1 van voormelde nomenclatuur, met uitzondering evenwel van de verstrekkingen voor klinische biologie.

Voor de toepassing van het vorige lid worden de ziekenhuizen ingedeeld in decielen volgens de stijgende waarde per bezet bed van de hiervoor bedoelde supplementen.

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 en voor het 10° deciel met 2.

b.3) : Het aldus toegekende aantal punten kan, overeenkomstig de regels die vastgesteld moeten worden door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, worden aangepast indien het aantal uitgedrukt in bedden lager is dan een minimumaantal of hoger dan een maximumaantal. Deze minimum- en maximumaantallen worden per deciel bepaald op basis van de boekhoudkundige kosten betreffende het verpleegkundig personeel en het verzorgend personeel van de spoedgevallendienst van het laatst bekende dienstjaar.

b.4) : Le nombre de points ainsi attribué est adapté d'un coefficient afin de rester dans le nombre total de points retenu pour les services d'urgence de tout le pays, étant entendu qu'au moins 15 points sont attribués à ces hôpitaux qui répondent au n° 590122 ou au n° 590144 de la nomenclature précitée.

Ce minimum de 15 points est assuré dès que l'hôpital est agréé pour la fonction « première prise en charge des urgences ».

Le minimum de 15 points est porté à 30 points dès que l'hôpital est agréé pour la fonction « soins urgents spécialisés ».

b.5) : Le maintien des points précités est subordonné à la collecte et la transmission de données relatives à l'activité du service d'urgences organisées conformément aux directives du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et du Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions. »

Art. 9. A l'article 43, § 3, 2°, c de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, les dispositions commençant par la phrase « Les points attribués pour le quartier opératoire, le service d'urgences et les unités de soins sont additionnés et exprimés en points par lit. », et se terminant par la phrase « 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 du quartier opératoire, du service d'urgences et des unités de soins » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le nombre de points ainsi attribué pour le quartier opératoire, le service d'urgences et les unités de soins peut, selon les règles à fixer par le Ministre qui a le prix de journée dans ses attributions, être adapté si, exprimé par lit, il est inférieur à un nombre minimum ou supérieur à un nombre maximum. Ces nombres minimum et maximum sont déterminés, par décile, sur base des coûts comptables relatifs aux produits médicaux du quartier opératoire, du service d'urgences et des unités de soins du dernier exercice connu. »

Art. 10. Le titre de la Sous-section 3bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est supprimé et remplacé par :

« Sous-section 3bis. Adaptation des Sous-parties B1 et B2 des hôpitaux généraux à partir de 1990 et des Sous-parties B1 et B2 des hôpitaux psychiatriques à partir de 1999. »

Art. 11. A l'article 45 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est ajouté un § 3 libellé comme suit :

« § 3. Sous préjudice des dispositions de l'article 72, à partir de l'exercice 1999, la partie B, hors les Sous-parties B4 à B6, du budget des hôpitaux psychiatriques est calculée conformément aux dispositions des articles 54 et 61. Au 1^{er} janvier 1999, elle sera égale à sa valeur par jour au 31 décembre 1998 multipliée par le quota de journées d'hospitalisation 1998 et divisée par le quota de journées d'hospitalisation visé à l'article 54. »

Art. 12. A l'article 46bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les modifications suivantes sont apportées :

1° Au § 1^{er}, 1^{er} alinéa, les mots « 1999 : 85 pourcent » et « 2000 : 100 pourcent » sont remplacés respectivement par les mots « 1999 : 70 pourcent » et « 2000 : 85 pourcent ».

2° Au § 1, 2^e alinéa, la phrase suivante est ajoutée : « En 1999 et 2000, le pourcentage de 35 % est porté à 50 % ».

3° Au § 2 bis, les mots « 1999 : 8,5 pourcent » et « 2000 : 10 pourcent » sont remplacés respectivement par « 1999 : 7 pourcent » et « 2000 : 7 pourcent ».

4° Au § 6, les mots « des §§ 4 et 5 » sont remplacés par « du § 5 » et les dispositions suivantes sont ajoutées :

« Un montant de 65 millions vient s'ajouter aux 5 % précités. Ce montant doit être utilisé prioritairement pour effectuer les corrections découlant de l'avis de la Commission visée au § 4 et portant sur l'influence des facteurs sociaux sur les nombres DJP et DJN. »

Art. 13. A l'article 47, 1° de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les dispositions suivantes sont ajoutées :

« Le maintien des montants précités est subordonné à la participation à un programme d'évaluation de l'activité organisé par la structure de concertation entre gestionnaires d'hôpitaux, médecins et organismes assureurs. »

b.4.) : Het geheel van de aldus toegekende punten wordt aangepast met een coëfficiënt om binnen het totaal aantal in aanmerking genomen punten van de spoedgevallendiensten voor het hele land te blijven, met dien verstande dat minstens 15 punten worden toegekend aan de ziekenhuizen die voldoen aan nr. 590122 of aan nr. 590144 van de voorvermelde nomenclatuur.

Dit minimum van 15 punten wordt gewaarborgd zodra het ziekenhuis erkend is voor de functie « eerste opvang van spoedgevallen ».

Het minimum van 15 punten wordt verhoogd tot 30 punten zodra het ziekenhuis erkend is voor de functie « gespecialiseerde spoedgevallenzorg ».

b.5.) Het behoud van het voormelde aantal punten is afhankelijk van het verzamelen en overzenden van de gegevens met betrekking tot de activiteit van de dienst spoedgevallen overeenkomstig de richtlijnen van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 9. In artikel 43, § 3, 2°, c van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de bepalingen beginnend met de zin « De punten toegekend voor het operatiekwartier, de spoedgevallendienst en de verpleegeenheden worden opgeteld en uitgedrukt in punten per bed » en eindigend met de zin « Het aldus bekomen aantal punten wordt met een coëfficiënt aangepast teneinde binnen het aantal punten te blijven dat voor het hele land is vastgesteld met betrekking tot de kosten van medische producten van het operatiekwartier, de spoedgevallendienst en de verpleegeenheden » opgeheven en vervangen door de volgende bepalingen :

« Het aldus toegekende aantal punten voor het operatiekwartier, de spoedgevallendienst en de verpleegeenheden kan, overeenkomstig de regels die vastgesteld moeten worden door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, worden aangepast indien het aantal uitgedrukt in bedden lager is dan een minimumaantal of hoger dan een maximumaantal. Deze minimum- en maximumaantallen worden per deciel bepaald op basis van de boekhoudkundige kosten met betrekking tot de medische producten van het operatiekwartier, de spoedgevallendienst en de verpleegeenheden van het laatst bekende dienstjaar.

Art. 10. De titel van onderafdeling 3bis van voorvermeld ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt opgeheven en vervangen door :

« Onderafdeling 3bis. Aanpassing van de Onderdelen B1 en B2 van de algemene ziekenhuizen vanaf 1990 en van de onderdelen B1 en B2 van de psychiatrische ziekenhuizen vanaf 1999. »

Art. 11. In artikel 45 van voorvermeld ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt een § 3 ingevoegd, luidend als volgt :

« § 3. Onverminderd de bepalingen van artikel 72 wordt vanaf het dienstjaar 1999 deel B, met uitzondering van de onderdelen B4 tot B6, van het budget van de psychiatrische ziekenhuizen berekend overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 54 en 61. Op 1 januari 1999 zal de waarde ervan gelijk zijn aan de waarde per dag op 31 december 1998 vermenigvuldigd met het verpleegdagenquotum 1998 en gedeeld door het in artikel 54 bedoelde verpleegdagenquotum. »

Art. 12. In artikel 46bis van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1, 1^{ste} lid worden de woorden « 1999 : 85 percent » en « 2000 : 100 percent » respectievelijk vervangen door de woorden « 1999 : 70 percent » en « 2000 : 85 percent ».

2° In § 1, 2^{de} lid wordt de volgende zin toegevoegd : « In 1999 en 2000 wordt het percentage van 35 % op 50 % gebracht. »

3° In § 2bis worden de woorden « 1999 : 8,5 percent » en « 2000 : 10 percent » respectievelijk vervangen door de woorden « 1999 : 7 percent » en « 2000 : 7 percent ».

4° In § 6 worden de woorden « van § 4 en § 5 » vervangen door de woorden « van § 5 » en worden volgende bepalingen ingevoegd :

« Een bedrag van 65 miljoen komt bovenop de voorvermelde 5 %. Het aldus verkregen bedrag moet prioritair worden aangewend om de correcties aan te brengen die voortvloeien uit het advies van de Commissie bedoeld in § 4 en betrekking hebben op de invloed van sociale factoren op de PAL/NAL-cijfers. »

Art. 13. In artikel 47 van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden volgende bepalingen ingevoegd :

« Het behoud van de voormelde bedragen is afhankelijk van de deelname aan een evaluatieprogramma voor de activiteit, georganiseerd door de overlegstructuur tussen ziekenhuisbeheerders, artsen en verzekeringsinstellingen. »

Art. 14. A l'article 48, § 5 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots « les indices S ou V » sont remplacés par « l'index Sp ».

Art. 15. L'article 48, § 8, a) de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« a) Afin de répondre aux obligations légales concernant l'infirmier(e) hygiéniste hospitalier(e) et le médecin hygiéniste hospitalier(e), visées à l'arrêté royal du 7 novembre 1988, la Sous-partie B4 du budget est, à partir du 1^{er} janvier de l'exercice, augmentée pour les deux fonctions de :

1.750.000 francs (index 1^{er} janvier 1999) par infirmier(e) en hygiène hospitalière équivalent temps plein, 2.735.000 francs (index 1^{er} janvier 1999) par médecin en hygiène hospitalière équivalent temps plein

Le nombre respectif d'équivalent temps plein est calculé comme suit :

- pour l'infirmier(e) en hygiène hospitalière

$$\frac{Li \times C}{1\ 000}$$

- pour le médecin en hygiène hospitalière

$$\frac{Li \times C}{2\ 400}$$

où :

Li = nombre de lits existants et agréés pour le service concerné au 1^{er} janvier de l'exercice

C = coefficient par service

Ce coefficient par service est fixé comme suit :

— pour les hôpitaux psychiatriques

A = 0,2

T = 0,1

K = 0,2

— pour les hôpitaux et services Sp et G isolés

G = 1

Sp = 0,2

— pour les hôpitaux aigus

C = 3

L = 4,6

D = 2,3

G = 1,5

C+D(I) = 4,6

A = 0,2

E = 2,3

T = 0,1

M = 2,3

K = 0,2

N = 4,6

Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 pourcent du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées. »

Art. 16. A l'article 48, § 14 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est ajouté un point d) libellé comme suit :

« d) A partir du 1^{er} juillet 1999, pour les hôpitaux dont au moins trois quarts des lits agréés sont désignés comme lits universitaires, le montant visé au point a) est augmenté en vue d'accorder la totalité des montants visés aux 1^o, 2^o et 3^o. »

Art. 17. Les dispositions de l'article 48, § 16 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont supprimées et remplacées par :

« § 16. En vue de prendre en compte le caractère social des hôpitaux aigus, un montant de 150 millions est réparti selon les modalités suivantes :

a) Un montant de 65 millions est réparti entre les hôpitaux qui présentent en même temps les caractéristiques suivantes :

— être classé dans les trente premiers hôpitaux dont le ratio du nombre d'admissions des personnes non protégées non préférentielles et des personnes non protégées préférentielles par rapport au nombre total d'admissions est le plus élevé;

— être classé dans les trente premiers hôpitaux dont le ratio du nombre de journées CPAS et non assurés sociaux par rapport au nombre total de journées est le plus élevé;

Art. 14. In artikel 48, § 5 van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden « kenletter S of kenletter V » vervangen door de woorden « kenletter Sp ».

Art. 15. Artikel 48, § 8, a) van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt opgeheven en vervangen door de volgende bepalingen :

« a) Teneinde te voldoen aan de wettelijke verplichtingen inzake de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de geneesheer-ziekenhuishygiënist, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 7 november 1998, wordt Onderdeel B4 van het budget, met ingang van 1 januari van het dienstjaar, voor beide functies verhoogd met :

1.750.000 frank (index 1 januari 1999) per full-time equivalent verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, 2.735.000 frank (index 1 januari 1999) per full-time equivalent geneesheer-ziekenhuishygiënist.

Het respectieve aantal full-time equivalenten wordt als volgt berekend :

- voor de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist

$$\frac{Bi \times C}{1\ 000}$$

- voor de geneesheer-ziekenhuishygiënist

$$\frac{Bi \times C}{2\ 400}$$

waarbij :

Bi = aantal bestaande en erkende bedden voor de betrokken dienst op 1 januari van het dienstjaar

C = coëfficiënt per dienst

Deze coëfficiënt wordt per dienst als volgt vastgesteld :

— voor de psychiatrische ziekenhuizen

A=0,2

T=0,1

K=0,2

— voor de ziekenhuizen en geïsoleerde Sp- en G-diensten

G = 1

Sp = 0,2

— voor de acute ziekenhuizen

C = 3

L = 4,6

D = 2,3

G = 1,5

C+D(I) = 4,6

A = 0,2

E = 2,3

T = 0,1

M = 2,3

K = 0,2

N = 4,6

Het aldus bepaalde bedrag wordt verhoogd met een bedrag gelijk aan 10 percent van voornoemd budget teneinde de werkingskosten te dekken die inherent zijn aan de activiteit van voornoemde functies. »

Art. 16. In artikel 48, § 14 van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt een punt d) ingevoegd, luidend als volgt :

« d) Vanaf 1 juli 1999 wordt voor de ziekenhuizen, waarvan minstens drie kwart van al de erkende bedden als universitaire bedden aangewezen zijn, het bedrag bedoeld in punt a) verhoogd om het geheel van de bedragen bedoeld in 1^o, 2^o en 3^o toe te kennen. »

Art. 17. De bepalingen van artikel 48, § 16 van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus worden opgeheven en vervangen door :

« § 16. Teneinde rekening te houden met het sociaal profiel van de acute ziekenhuizen, wordt een bedrag van 150 miljoen verdeeld overeenkomstig de volgende modaliteiten :

a) Een bedrag van 65 miljoen wordt verdeeld onder de ziekenhuizen die tegelijkertijd volgende kenmerken vertonen :

— gerangschikt zijn bij de eerste dertig ziekenhuizen met de hoogste ratio « aantal opnamen van niet-beschermde personen zonder voorkeursstatuut en van niet-beschermde personen met voorkeursstatuut » ten opzichte van het totaal aantal opnamen;

— gerangschikt zijn bij de eerste dertig ziekenhuizen met de hoogste ratio « aantal verpleegdagen ten laste van het OCMW en aantal niet-sociaal verzekerden » ten opzichte van het totaal aantal verpleegdagen;

— être classé dans les trente premiers hôpitaux dont le ratio du montant des factures patients en souffrance d'un exercice encore à recouvrer après trois années par rapport au chiffre d'affaires patients du même exercice est le plus élevé.

Les données dont question ont trait à 1997 et doivent faire l'objet d'un dossier qui doit être introduit avant le 31 mars 1999 au Ministère des Affaires Sociales, Santé publique et Environnement, Administration des Soins de santé, Comptabilité et Gestion des hôpitaux.

Le montant de 65 millions est réparti entre les hôpitaux bénéficiaires selon les modalités suivantes :

— à chaque hôpital, un montant forfaitaire de 1 million;

— les 65 millions diminués de l'incidence de l'attribution du montant forfaitaire sont répartis pour moitié selon le nombre d'admissions de chaque hôpital et pour moitié selon le nombre de journées de chaque hôpital.

b) Un montant de 65 millions est réparti selon les dispositions de l'article 46 bis, § 6.

c) En vue de prendre en compte les spécificités culturelles et linguistiques des patients hospitalisés, un montant maximum de 20 millions de francs est réparti entre les hôpitaux aigus qui, sur base volontaire, demandent à engager un coordinateur de l'activité de médiation culturelle ou interculturelle de la santé.

Ces hôpitaux sont sélectionnés, après avis de la Cellule de médiation culturelle de la santé du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, par le Ministre qui a le prix de journée d'hospitalisation dans ses attributions et par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, selon un classement établi d'après les critères suivants :

— le ratio du nombre d'admissions des ressortissants d'un Etat autre qu'un Etat membre de l'Union européenne et le nombre total d'admissions;

— le ratio du nombre d'admissions des ressortissants d'un Etat autre qu'un Etat membre de l'Union européenne et le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne à l'exception du Royaume de Belgique;

— le ratio du nombre d'admissions des patients d'origine culturelle autre qu'européenne et le nombre total des admissions.

La candidature d'un hôpital qui répond également aux conditions visées au point a) est prioritaire.

La fonction de coordination de l'activité de médiation culturelle ou interculturelle de la santé peut être occupée par une personne répondant aux conditions suivantes :

a) soit être porteur d'un diplôme universitaire ou d'enseignement supérieur de type long dans les domaines médicaux, paramédicaux, de la santé, de l'anthropologie, de l'ethnologie, de la philologie, de la philosophie, de la sociologie et de la psychologie et pouvant justifier une expérience professionnelle relative à une approche culturelle des soins de santé;

b) être porteur d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court dans les domaines culturels, sociaux ou de la santé, avec une formation théorique et une expérience professionnelle idoine relative à une approche culturelle de la santé et des soins de santé;

c) être porteur d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur complété par un certificat de formation spécifique et reconnue dans le domaine de la médiation culturelle ou interculturelle de la santé, équivalent au niveau des cours de l'enseignement technique secondaire supérieur et par une pratique accompagnée.

Les dossiers de candidature des hôpitaux doivent être transmis avant le 31 mars 1999 au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des Soins de Santé.

Sur base du dossier de candidature et de l'avis de la Cellule de médiation culturelle de la santé dudit Ministère, le Ministre qui a la fixation du prix de journée d'hospitalisation dans ses attributions augmente la Sous-partie B4 des hôpitaux sélectionnés, pour un équivalent temps plein, d'un montant forfaitaire de :

1.500.000 francs pour les personnes visées sous a);

1.250.000 francs pour les personnes visées sous b);

1.100.000 francs pour les personnes visées sous c).

— gerangschikt zijn bij de eerste dertig ziekenhuizen met de hoogste ratio « totaal bedrag van de onbetaalde patiëntenfacturen m.b.t. een dienstjaar die na drie jaar nog ingevorderd moeten worden » ten opzichte van de omzet « patiënten » van hetzelfde dienstjaar.

De gegevens in kwestie hebben betrekking op 1997 en moeten het voorwerp uitmaken van een dossier dat vóór 31 maart 1999 moet worden ingediend bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Gezondheidszorgen, Boekhouding en Beheer der ziekenhuizen.

Het bedrag van 65 miljoen wordt onder de rechthebbende ziekenhuizen verdeeld overeenkomstig de volgende modaliteiten :

— aan elk ziekenhuis wordt een forfaitair bedrag toegekend van 2 miljoen;

— de 65 miljoen, verminderd met de weerslag van de toekenning van het forfaitair bedrag, worden voor de helft verdeeld op basis van het aantal opnamen van elk ziekenhuis en voor de helft op basis van het aantal verpleegdagen van elk ziekenhuis.

b) Een bedrag van 65 miljoen wordt verdeeld overeenkomstig de bepalingen van artikel 46bis, § 6.

c) Teneinde rekening te houden met de culturele en linguïstische kenmerken van de gehospitaliseerde patiënten, wordt een bedrag van maximaal 20 miljoen frank onder de acute ziekenhuizen verdeeld die, op vrijwillige basis, vragen een coördinator aan te stellen voor de culturele of interculturele bemiddeling inzake gezondheid.

Deze ziekenhuizen worden na advies van de Cel voor interculturele bemiddeling inzake gezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu geselecteerd door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft en door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, volgens een rangschikking opgesteld overeenkomstig de volgende criteria :

— de ratio « aantal opnamen van onderdanen van een andere Staat dan een Lidstaat van de Europese Unie » t.o.v. het totaal aantal opnamen;

— de ratio « aantal opnamen van onderdanen van een andere Staat dan een Lidstaat van de Europese Unie » t.o.v. het aantal opnamen van onderdanen van een Lidstaat van de Europese Unie » met uitzondering van het Koninkrijk België; »

— de ratio « aantal opnamen van patiënten van niet-Europese culturele afkomst » t.o.v. het totaal aantal opnamen. »

De kandidatuur van een ziekenhuis dat ook aan de voorwaarden bedoeld in punt a) beantwoordt, krijgt de voorkeur.

De coördinatiefunctie m.b.t. de culturele of interculturele bemiddeling inzake gezondheid kan worden vervuld door een persoon die aan de volgende voorwaarden beantwoordt :

a) houder zijn van een universitair diploma of van een diploma van het hoger onderwijs van het lange type in de volgende vakgebieden : medische, paramedische en gezondheidszorgrichtingen, antropologie, etnologie, filologie, filosofie, sociologie en psychologie, en een beroepservaring kunnen bewijzen op het vlak van culturele benadering van de gezondheidszorg;

b) houder zijn van een diploma van het hoger onderwijs van het korte type in de culturele, sociale of gezondheidszorgrichtingen met een theoretische opleiding en een geschikte beroepservaring op het vlak van culturele benadering van de gezondheid en de gezondheidszorg;

c) houder zijn van een diploma van het hoger secundair onderwijs aangevuld met een attest van een bijzondere en erkende opleiding op het vlak van de culturele of interculturele bemiddeling inzake gezondheid, gelijkwaardig aan het hoger secundair technisch onderwijs, en met een begeleide praktijkervaring.

De dossiers m.b.t. de kandidatuur van de ziekenhuizen moeten vóór 31 maart 1999 worden overgezonden aan het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu - Bestuur van de Gezondheidszorgen.

Op basis van het kandidatuurdossier en het advies van de Cel voor interculturele bemiddeling inzake gezondheid van het voormelde Ministerie, verhoogt de Minister, die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft, Onderdeel B4 van de geselecteerde ziekenhuizen, voor een full-time equivalent, met een forfaitair bedrag van :

1.500.000 frank voor de personen bedoeld onder punt a);

1.250.000 frank voor de personen bedoeld onder punt b);

1.100.000 frank voor de personen bedoeld onder punt c).

Pour conserver le bénéfice du financement prévu à l'alinéa précédent, les hôpitaux doivent communiquer chaque année, pour le 1^{er} mai, au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement-Administration des Soins de Santé, un rapport relatif à leur activité de médiation culturelle ou interculturelle de la santé pendant l'exercice écoulé.

Ce rapport sera défini par le Ministre qui a le prix de journée d'hospitalisation dans ses attributions après avis de la Cellule de médiation culturelle de la santé du Ministère des Affaires sociales, Santé publique et Environnement. »

Art. 18. L'article 48 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est complété des §§ 21 et 22 libellés comme suit :

§ 21. Ce paragraphe reprend les dispositions de l'article 72, § 2.

§ 22. En vue de financer la fonction agréée SMUR, il est octroyé un montant forfaitaire de 2.500.000 francs.

Le maintien de ce financement est subordonné à la collecte et la transmission de données relatives à l'activité de la fonction SMUR organisées conformément aux directives du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et du Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.

Art. 19. L'article 49 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 49. § 1er. La Sous-partie B5 du budget des hôpitaux aigus est fixée selon les règles ci-après :

a) 15 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du chiffre d'affaires de chaque hôpital pour les spécialités pharmaceutiques et les médicaments génériques, à l'exclusion des produits sanguins délivrés aux patients hospitalisés de chaque hôpital pendant un exercice à déterminer par le Ministre qui a le prix de la journée dans ses attributions.

b) 29 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du nombre de points attribués à chaque hôpital.

Pour l'attribution du nombre de points, les calculs suivants sont effectués :

1° Le nombre de lits existants et agréés est pondéré. A cette fin, il est attribué par type de lit le coefficient suivant :

| Service | Coefficient | Dienst | Coëfficiënt |
|---------|-------------|--------|-------------|
| A | 1 | A | 1 |
| A1 | 0,5 | A1 | 0,5 |
| A2 | 0,5 | A2 | 0,5 |
| B | 0,5 | B | 0,5 |
| C | 1 | C | 1 |
| D | 1 | D | 1 |
| E | 1 | E | 1 |
| G | 1 | G | 1 |
| H | 0,5 | H | 0,5 |
| K | 0,5 | K | 0,5 |
| K1 | 0,5 | K1 | 0,5 |
| K2 | 0,5 | K2 | 0,5 |
| L | 1 | L | 1 |
| M | 0,5 | M | 0,5 |
| N | 1 | N | 1 |
| Sp | 0,5 | Sp | 0,5 |
| T | 0,3 | T | 0,3 |
| T1 | 0,3 | T1 | 0,3 |
| T2 | 0,3 | T2 | 0,3 |

Jusqu'à 150 lits pondérés, il est attribué 0,40 points par tranche de 25 lits pondérés. Au-delà de 150 lits pondérés, il est attribué 0,26 point par tranche de 10 lits pondérés.

c) 3% du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base du nombre de points attribué à chaque hôpital, afin de tenir compte de la structure pharmaceutique à mettre en place conformément aux normes d'agrément. Pour l'attribution du nombre de points, il est tenu compte de la taille de l'hôpital, soit :

hôpitaux de moins de 450 lits pondérés : 0 point
 hôpitaux de 450 lits pondérés à 649 lits pondérés : 2 points
 hôpitaux de 650 lits pondérés à 849 lits pondérés : 3 points

Om het voordeel van de in het vorige lid bepaalde financiering te behouden, moeten de ziekenhuizen elk jaar, vóór 1 mei, het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu een verslag bezorgen met betrekking tot hun culturele of interculturele bemiddeling inzake gezondheid tijdens het afgelopen dienstjaar.

Dit verslag wordt bepaald door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft na advies van de Cel voor interculturele bemiddeling inzake gezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

Art. 18. Artikel 48 van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt aangevuld met § 21 en § 22, luidend als volgt :

§ 21. Deze paragraaf herneemt de bepalingen van artikel 72, § 2.

§ 22. Teneinde de erkende MUG-functie te financieren, wordt een forfaitair bedrag van 2.500.000 frank toegekend.

Het behoud van deze financiering is afhankelijk van het verzamelen en overzenden van de gegevens met betrekking tot de activiteit van de MUG-functie overeenkomstig de richtlijnen van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 19. Artikel 49 van voornoemd ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt gewijzigd en vervangen door de volgende bepalingen :

« Art. 49. § 1. Onderdeel B5 van het budget van de acute ziekenhuizen wordt vastgesteld overeenkomstig de hiernavermelde regels :

a) 15 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de omzet van de voor elk ziekenhuis terugbetaalde farmaceutische specialiteiten en generische geneesmiddelen, met uitzondering van de bloedproducten toegediend aan de gehospitaliseerde patiënten, tijdens een dienstjaar dat wordt bepaald door de Minister die de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

b) 29 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis.

Voor de toekenning van het aantal punten worden de volgende berekeningen uitgevoerd :

1° Het aantal bestaande en erkende bedden wordt gewogen. Daarbij wordt aan elk type bed de volgende coëfficiënt toegekend :

Tot 150 gewogen bedden wordt 0,40 punten per schijf van 25 gewogen bedden toegekend. Wanneer er meer dan 150 gewogen bedden zijn, wordt 0,26 punten per schijf van 10 gewogen bedden toegekend.

c) 3 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis teneinde rekening te houden met de overeenkomstig de erkenningsnormen op te richten farmaceutische structuur. Voor de toekenning van het aantal punten wordt rekening gehouden met de grootte van het ziekenhuis, namelijk :

ziekenhuizen met minder dan 450 gewogen bedden : 0 punten
 ziekenhuizen met 450 tot 649 gewogen bedden : 2 punten
 ziekenhuizen met 650 tot 849 gewogen bedden : 3 punten

hôpitaux de 850 lits pondérés à 1.049 lits pondérés : 4 points
 hôpitaux de 1.050 lits pondérés à 1.249 lits pondérés : 5 points
 hôpitaux de 1.250 lits pondérés et plus : 6 points

d) 19 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base des dépenses constatées dans chaque hôpital, pendant un exercice à déterminer par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, en ce qui concerne les produits courants, les produits stériles, les produits pour des prescriptions magistrales, les produits de suture et le matériel de synthèse. Ces dépenses sont respectivement reprises sous la codification du plan comptable minimum imposé aux hôpitaux sous les numéros 6002, 6003, 6004, 6007 et 6013.

Des dépenses constatées, sera soustraite l'intervention de l'assurance maladie dont question à l'annexe 10 du présent arrêté.

e) 34 % du budget disponible sont répartis entre les hôpitaux sur base d'un nombre de points attribués à chaque hôpital de la manière suivante :

Pour les prestations mentionnées ci-après et relatives à un exercice à déterminer par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, les points suivants sont attribués :

- Chirurgie lourde : 0,25 point par tranche complète de 100 prestations
- Réanimation : 0,25 point par tranche complète de 250 prestations
- Radiologie interventionnelle : 0,25 point par tranche complète de 750 prestations
- Chirurgie très lourde : 0,25 point par tranche complète de 50 prestations.

Le cas échéant, si l'hôpital ne bénéficie d'aucun point pour la chirurgie lourde et la chirurgie très lourde, les prestations de ces deux catégories peuvent être additionnées en vue de l'obtention de points pour la chirurgie lourde.

Les prestations visées ci-dessus sont précisées dans l'annexe 8 du présent arrêté.

f) Les budgets déterminés pour chaque hôpital conformément aux points a) à e) sont additionnés et le total constitue le budget théorique B5.

Le passage du budget fixé au 31 décembre 1996 vers le budget théorique s'effectue progressivement.

L'ajustement pour 1999 est fixé à 50 % de la différence entre le budget fixé au 31 décembre 1996 et le budget théorique.

Les pourcentages d'ajustement pour les années suivantes seront fixés en fonction des affinements apportés aux calculs repris aux points a) à e). Le budget fixé pour chaque hôpital après ajustement ne peut être inférieur à 2.800.000 frs (index 1.1.1991).

L'ensemble des budgets ainsi déterminés doit s'inscrire dans les limites du budget national disponible.

§ 2. La Sous-partie B5 des services et lits agréés sous l'index Sp est déterminée sur base des règles ci-après :

a) par lit agréé et existant, il est attribué un montant de 24.800 frs (index au 1.1.1999);

b) lorsqu'il s'agit d'un service Sp isolé, le montant octroyé pour l'ensemble des lits du service ne peut être inférieur à 1.400.000 frs (index 1.1.1999) pour les hôpitaux de 75 lits et plus et à 700.000 frs (index 1.1.1999) pour les hôpitaux de moins de 75 lits;

c) sans préjudice des dispositions du point b) la totalité des budgets octroyés ne peut dépasser le budget national disponible.

§ 3. La Sous-partie B5 des hôpitaux psychiatriques est déterminée sur base des règles ci-après :

— le nombre de lits existants et agréés est pondéré. A cette fin, il y a lieu de se référer au tableau repris au § 1, b), 1°;

— la valeur de la Sous-partie B5 est ensuite fixée comme suit (à index 1.1.1999) :

pour les hôpitaux de moins de 75 lits pondérés : 810.000 frs

pour les hôpitaux de 75 lits pondérés à 119 lits pondérés : 2.155.000 frs

pour les hôpitaux de 120 lits pondérés à 149 lits pondérés : 3.232.500 frs

pour les hôpitaux de 150 lits pondérés à 179 lits pondérés : 4.310.000 frs

pour les hôpitaux de 180 lits pondérés et plus : 5.660.000 frs

ziekenhuizen met 850 tot 1.049 gewogen bedden : 4 punten
 ziekenhuizen met 1.050 tot 1.249 gewogen bedden : 5 punten
 ziekenhuizen met 1.250 en meer gewogen bedden : 6 punten

d) 19 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van de in elk ziekenhuis vastgestelde uitgaven, tijdens een dienstjaar dat wordt bepaald door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, wat betreft de courante producten, de steriele producten, de producten voor magistrale bereidingen, hechtingsproducten en synthesemateriaal. Deze uitgaven worden in het aan de ziekenhuizen opgelegde algemeen rekeningenstelsel opgenomen respectievelijk onder de nummers 6002, 6003, 6004, 6007 en 6013.

Van de vastgestelde uitgaven wordt de tegemoetkoming afgetrokken van de ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaald in bijlage 10 van dit besluit.

e) 34 % van het beschikbare budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van een aantal punten toegekend aan elk ziekenhuis op de volgende manier :

Voor de hiernavermelde verstrekkingen betreffende een, door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, nader te bepalen dienstjaar worden de volgende punten toegekend :

- Zware heekunde : 0,25 punten per volledige schijf van 100 verstrekkingen
- Reanimatie : 0,25 punten per volledige schijf van 250 verstrekkingen
- Interventionele radiologie : 0,25 punten per volledige schijf van 750 verstrekkingen
- Zeer zware heekunde : 0,25 punten per volledige schijf van 50 verstrekkingen.

Desgevallend kunnen, indien het ziekenhuis geen enkel punt krijgt voor de zware en zeer zware heekunde, de verstrekkingen van deze twee categorieën worden opgeteld teneinde punten voor de zware heekunde te bekomen.

De voorvermelde verstrekkingen worden verduidelijkt in bijlage 8 van dit besluit.

f) De budgetten die voor elk ziekenhuis op basis van punten a) en e) worden bepaald, worden samengeteld en het totaal vormt het theoretische budget B5.

De overgang van het op 31 december 1996 vastgestelde budget naar het theoretische budget gebeurt geleidelijk aan.

De correctie voor 1999 wordt vastgesteld op 50 % van het verschil tussen het op 31 december 1996 vastgestelde budget en het theoretische budget.

De correctiepercentages voor de volgende jaren worden bepaald afhankelijk van de verfijningen die worden aangebracht in de onder de punten a) tot e) opgenomen berekeningen. Het voor elk ziekenhuis na correctie vastgestelde budget mag niet minder dan 2.800.000 frank bedragen (index 1.1.1991).

Het geheel van de aldus vastgestelde budgetten mag het nationaal beschikbare budget niet overschrijden.

§ 2. Onderdeel B5 van de diensten en bedden erkend onder kenletter Sp wordt bepaald op basis van de hiernavermelde regels :

a) per erkend en bestaand bed wordt een bedrag toegekend van 24.800 frank (index 1.1.1999);

b) wanneer het een geïsoleerde Sp-dienst betreft, mag het voor het geheel van de bedden van de dienst toegekende bedrag niet minder dan 1.400.000 frank (index 1.1.1999) bedragen voor de ziekenhuizen met 75 bedden en meer, noch minder dan 700.000 frank (index 1.1.1999) bedragen voor de ziekenhuizen met minder dan 75 bedden;

c) onverminderd de bepalingen van punt b) mag het totaal van de toegekende budgetten het nationaal beschikbare budget niet overschrijden.

§ 3. Onderdeel B5 van de psychiatrische ziekenhuizen wordt bepaald op basis van de hiernavermelde regels :

— het aantal bestaande en erkende bedden wordt gewogen. Daarbij dient er verwezen te worden naar de in § 1, b), 1° opgenomen tabel;

— de waarde van Onderdeel B5 wordt daarna als volgt vastgesteld (index 1.1.1999) :

voor de ziekenhuizen met minder dan 75 gewogen bedden : 810.000 frank

voor de ziekenhuizen met 75 tot 119 gewogen bedden : 2.155.000 frank

voor de ziekenhuizen met 120 tot 149 gewogen bedden : 3.232.500 frank

voor de ziekenhuizen met 150 tot 179 gewogen bedden : 4.310.000 frank

voor de ziekenhuizen met 180 en meer gewogen bedden : 5.660.000 frank

La totalité des budgets octroyés ne peut dépasser le budget national disponible.

§ 4. A partir du 1^{er} janvier 2000, les montants octroyés en application des §§ 1 à 3 sont diminués de 10% si l'hôpital ne répond pas à la condition suivante :

— les pharmaciens liés à une pharmacie hospitalière doivent être inscrits comme pharmacien hospitalier agréé.

L'inscription est accordée par la Commission d'agrément, mise en place par le ministre compétent et composé d'une représentation égale des Universités belges et de l'association professionnelle scientifique des pharmaciens hospitaliers. L'agrément intervient sur base de critères qui sont soumis par cette Commission, pour approbation, au Ministre compétent.

L'agrément est accordé pour une période de cinq ans. La prolongation de l'agrément intervient sur base du dépôt de pièces justificatives d'une formation complémentaire délivrée par l'enseignement post-universitaire.

Le contenu de cette formation doit être accrédité par la Commission d'agrément, sur proposition des universités ou de l'association professionnelle agréée.

En attendant la mise en place de la Commission précitée, la production de l'attestation qu'une année supplémentaire d'enseignement comme pharmacien hospitalier a été suivie, suffit.

§ 5. Le maintien du financement octroyé en application des §§ 1 à 3 est subordonné à la participation à l'évaluation de l'activité de l'officine hospitalière organisée par la Structure de concertation entre les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins et les organismes assureurs. »

Art. 20. A l'article 51 ter de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, le mot « B6 » est inséré entre les mots « B5 » et « C1 » et les mots « et à l'article 61, 2° » sont insérés après les mots « article 60, 2), b); »

Art. 21. Les articles 55, 56 et 57 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont supprimés.

Art. 22. A l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, il est inséré un nouvel article 54 libellé comme suit :

« Section 2. Hôpitaux psychiatriques.

Article 54. Le quota de journées d'hospitalisation attribué par exercice aux hôpitaux psychiatriques est fixé par hôpital sur la base du nombre de lits agréés et existants au 1^{er} janvier de l'exercice considéré d'une part et des taux d'occupation correspondant aux services suivants d'autre part :

| Service | Taux d'occupation | Dienst | Bezettingsgraad |
|---------|-------------------|---------|-----------------|
| A | 80 % | A | 80 % |
| A jour | 56 % | A dag | 56 % |
| A nuit | 56 % | A nacht | 56 % |
| K | 80 % | K | 80 % |
| K jour | 40 % | K dag | 40 % |
| K nuit | 48 % | K nacht | 48 % |
| T | 80 % | T | 80 % |
| T jour | 56 % | T dag | 56 % |
| T nuit | 56 % | T nacht | 56 % |
| T f | 80 % | T f | 80 % |

Art. 23. Les articles 57bis, 57ter et 57quater de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité sont renumérotés et deviennent respectivement les articles 55, 56 et 57.

L'article 57quinquies de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est supprimé et remplacé par l'article 57bis libellé comme suit :

« Article 57bis. § 1^{er}. En cas de suppression de lits hospitaliers ou de mise en exploitation de lits supplémentaires, les règles suivantes sont d'application :

1° le quota de journées d'hospitalisation est adapté conformément aux dispositions prévues à l'article 54;

2° en cas de diminution du nombre de lits, la Sous-partie A1 du budget est, en ce qui concerne les charges d'amortissements qui sont fixées forfaitairement, adaptée proportionnellement en fonction de la modification de la capacité des lits. En cas d'un transfert des lits, le montant y afférent est transmis au budget de l'hôpital qui reçoit les lits transférés;

Het totaal van de toegekende budgetten mag het nationale beschikbare budget niet overschrijden.

§ 4. Met ingang van 1 januari 2000 worden de bij toepassing van de §§ 1 tot 3 toegekende bedragen met 10 % verminderd, indien het ziekenhuis niet aan de volgende voorwaarde voldoet :

— de aan een ziekenhuisapotheek verbonden apothekers moeten als erkend ziekenhuisapotheker ingeschreven zijn.

Die inschrijving wordt toegekend door een Erkenningscommissie, op te richten door de bevoegde minister en bestaande uit een gelijke vertegenwoordiging van de Belgische universiteiten en de wetenschappelijke beroepsvereniging van ziekenhuisapothekers. De erkenning geschiedt op basis van criteria die door de bovengenoemde commissie ter goedkeuring aan de bevoegde minister worden voorgelegd.

De erkenning wordt verleend voor een periode van vijf jaar. De erkenning kan worden verlengd op basis van het indienen van door een postuniversitaire instelling afgeleverde stukken ter staving van een aanvullende postuniversitaire opleiding.

De door de universiteiten of de erkende beroepsorganisatie voorgedragen inhoud van die opleiding moet door de bovengenoemde erkenningscommissie goedgekeurd worden.

Zolang de bovengenoemde commissie niet is opgericht, volstaat een stuk waarin geattesteerd wordt dat er een bijkomende opleiding als ziekenhuisapotheker gevolgd werd.

§ 5. Het behoud van de bij toepassing van de §§ 1 tot 3 toegekende financiering is ondergeschikt aan het deelnemen aan de evaluatie van de activiteit van de ziekenhuisapotheek, georganiseerd door de overlegstructuur tussen de ziekenhuisbeheerders, de artsen en de verzekeringsinstellingen. »

Art. 20. In artikel 51ter van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt het woord « B6 » tussen de woorden « B5 » en « C1 » en de woorden « en in artikel 61,2 » na de woorden « artikel 60, 2), b) » ingevoegd. »

Art. 21. De artikelen 55, 56 en 57 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden opgeheven.

Art. 22. In het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt er een nieuw artikel 54 toegevoegd, luidend als volgt :

« Afdeling 2. Psychiatrische ziekenhuizen.

Artikel 54. Het per dienstjaar aan de psychiatrische ziekenhuizen toegekende verpleegdagenquotum wordt per ziekenhuis vastgesteld op basis van het op 1 januari van het beschouwde dienstjaar aantal erkende en bestaande bedden alsmede op basis van de bezettingsgraden die met de volgende diensten overeenkomen :

Art. 23. De artikelen 57bis, 57ter en 57quater van het bovengenoemde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden hernummerd tot de artikelen 55, 56 en 57.

Art. 24. Artikel 57quinquies van het bovengenoemde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt opgeheven en vervangen door artikel 57bis, luidend als volgt :

« Artikel 57bis. § 1. In geval van afschaffing van ziekenhuisbedden of ingeval er bijkomende bedden in gebruik genomen worden, zijn de volgende regels van toepassing :

1° het verpleegdagenquotum wordt aangepast overeenkomstig de bepalingen van artikel 54;

2° in geval van vermindering van het aantal bedden wordt Onderdeel A1 van het budget, wat de forfaitair bepaalde afschrijvingslasten betreft, proportioneel aangepast in functie van de wijziging inzake de bedcapaciteit. In geval van een beddentransfer wordt het erbij behorende bedrag overgedragen naar het budget van het ziekenhuis waarnaar de bedden getransfereerd worden;

3° a) au cas où le nombre de lits hospitaliers est diminué, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont réduites d'un montant qui correspond à la part respective de ces Sous-parties dans le prix de journée d'hospitalisation facturé le jour précédent la fermeture, multiplié par le nombre de journées d'hospitalisation établi sur base du nombre et du type de lits fermés et des taux d'occupation visés à l'article 54;

b) au cas où le nombre de lits hospitaliers est augmenté :

— par une réduction d'un nombre de lits dans un autre hôpital, les Sous-parties B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à celui par lequel le budget de l'autre hôpital est diminué; dans ce cas le montant ne peut jamais être plus haut que celui visé dans le tiret suivant;

— par application de l'article 31 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, les Sous-partie B1, B2 et B5 du budget sont augmentées d'un montant qui correspond à la part respective des Sous-parties B1, B2 et B5 dans le prix de journée d'hospitalisation facturé le jour avant l'augmentation du nombre de lits, multiplié par un nombre de journées d'hospitalisation pour ces lits calculé conformément aux dispositions prévues dans l'article 54 pour le service concerné.

Au cas où, au courant d'un exercice, des lits hospitaliers sont supprimés ou que des lits supplémentaires sont mis en exploitation, les adaptations précitées du budget et du quota sont effectuées proportionnellement pour la période restante de l'exercice.

4° La Sous-partie B4 du budget est adaptée selon les règles en vigueur.

§ 2. Si un ou plusieurs services d'un hôpital sont convertis en un ou plusieurs autres services avec d'autres normes de personnel, la Sous-partie B2 du budget des moyens financiers de l'hôpital est revue à la baisse comme à la hausse. Dans ce dernier cas, la révision n'est accordée que pour autant que le personnel supplémentaire soit réellement engagé. Les normes de personnel sont celles visées à l'article 72, B du présent arrêté. »

Art. 25. Les dispositions de l'article 61 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 61. Pour la révision du budget des hôpitaux psychiatriques en cas de non-réalisation ou de dépassement du quota des journées d'hospitalisation, les règles suivantes sont d'application :

1° Pour les Sous-parties A1, A2, B4, B5, B6, C1, C2 et C3 :

a) pour toutes les journées d'hospitalisation non réalisées par rapport au quota attribué, il sera accordé un montant qui correspond aux Sous-parties A1, A2, B4, B5, B6, C1, C2 et C3 du prix de journée d'hospitalisation.

b) aucun montant ne sera accordé pour les journées d'hospitalisation réalisées au-dessus du quota attribué;

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;

b) pour toutes les journées d'hospitalisation excédant le quota de journées d'hospitalisation, il n'est accordé aucun montant;

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

Art. 26. A l'article 62 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots « pour les hôpitaux généraux universitaires et non universitaires », sont remplacés par les mots « pour tous les hôpitaux ».

Art. 27. Les articles 67 et 68 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, sont supprimés et remplacés par un nouvel article 67 libellé comme suit :

« Article 67. § 1er. En cas de mise en exploitation d'un nouvel hôpital, les Sous-parties B1 et B2 du budget des moyens financiers du premier exercice complet sont déterminées conformément aux règles suivantes :

1° La Sous-partie B1 est fixée sur la base des règles du Chapitre V, sous-section 2 étant entendu que l'on se basera pour les hôpitaux généraux d'une part sur le coût moyen par unité d'œuvre des hôpitaux du groupe et d'autre part sur les unités d'œuvre propres au nouvel hôpital. Pour les hôpitaux psychiatriques, la Sous-partie B1 sera égale à la moyenne de la Sous-partie B1 de ces hôpitaux.

3° a) in geval van vermindering van het aantal ziekenhuisbedden, worden de onderdelen B1, B2 en B5 van het budget verminderd met een bedrag dat overeenstemt met het respectieve aandeel van die onderdelen in de verpleegdagprijs gefactureerd op de dag voorafgaand aan de sluiting en vermenigvuldigd met het aantal verpleegdagen bepaald op basis van het aantal en de soort van de gesloten bedden alsmede van de in artikel 54 bedoelde bezettingsgraden;

b) in geval van vermeerdering van het aantal ziekenhuisbedden :

— door een vermindering van een aantal bedden in een ander ziekenhuis, worden de onderdelen B1, B2 en B5 van het budget vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met dat waarmee het budget van het andere ziekenhuis verminderd wordt. In dat geval mag het bedrag nooit hoger liggen dan dat bedoeld in het volgende gedachtenstreepje;

— bij toepassing van artikel 31 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen worden de onderdelen B1, B2 en B5 van het budget vermeerderd met een bedrag dat overeenstemt met het respectieve aandeel van de onderdelen B1, B2 en B5 in de verpleegdagprijs gefactureerd op de dag voorafgaand aan de vermindering van het aantal bedden en vermenigvuldigd met een aantal verpleegdagen voor die bedden, berekend overeenkomstig de bepalingen van artikel 54 voor de betrokken dienst.

Ingeval er in de loop van een dienstjaar ziekenhuisbedden afgeschafte worden of er bijkomende bedden in gebruik worden genomen, worden de bovengenoemde aanpassingen aan het budget en het quotum voor het resterende deel van het dienstjaar proportioneel uitgevoerd.

4° Onderdeel B4 van het budget wordt aangepast overeenkomstig de terzake geldende regels.

§ 2. Indien er een of meer diensten van een ziekenhuis omgeschakeld worden naar een of meer andere diensten met andere personeelsnormen, wordt Onderdeel B2 van het budget van financiële middelen van het ziekenhuis herzien in min of in meer. In dat laatste geval wordt de herziening maar toegekend voorzover het bijkomende personeel daadwerkelijk wordt aangeworven. De personeelsnormen zijn die bedoeld in artikel 72, B van dit besluit. »

Art. 25. De bepalingen van artikel 61 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden opgeheven en vervangen door de volgende bepalingen :

« Artikel 61. Voor de herziening van het budget van de psychiatrische ziekenhuizen in geval van het niet-verwezenlijken of het overschrijden van het verpleegdagenquotum zijn de volgende regels van toepassing :

1° Voor de onderdelen A1, A2, B4, B5, B6, C1, C2 en C3 :

a) voor alle ten opzichte van het toegekende quotum niet gerealiseerde verpleegdagen wordt er een bedrag toegekend dat overeenstemt met de onderdelen A1, A2, B4, B5, B6, C1, C2 en C3 van de verpleegdagprijs;

b) er wordt geen enkel bedrag toegestaan voor de boven het quotum toegekende verpleegdagen;

2° Voor de onderdelen B1 en B2 zijn de volgende regels van toepassing :

a) voor alle ten opzichte van het toegekende quotum niet gerealiseerde verpleegdagen wordt er geen enkel bedrag toegekend;

b) voor alle verpleegdagen die het verpleegdagenquotum overschrijden, wordt er geen enkel bedrag toegekend;

c) voor gerealiseerde verpleegdagen met een bezetting van meer dan 100 % in het geheel van de diensten wordt er geen enkel bedrag toegekend.

Art. 26. In artikel 62 van het bovengenoemde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden « ten aanzien van de algemene universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen » door de woorden « ten aanzien van alle ziekenhuizen » vervangen.

Art. 27. De artikelen 67 en 68 van het bovengenoemde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden opgeheven en vervangen door een nieuw artikel 67, luidend als volgt :

« Artikel 67. § 1. In geval van ingebruikneming van een nieuw ziekenhuis worden de onderdelen B1 en B2 van het budget van financiële middelen van het eerste volledige dienstjaar bepaald overeenkomstig de volgende regels :

1° Onderdeel B1 wordt bepaald op basis van de regels van Hoofdstuk V, onderafdeling 2, met dien verstande dat men zich voor de algemene ziekenhuizen baseert op de gemiddelde kostprijs per werkeenheden van de ziekenhuizen van de groep alsmede op de eigen werkeenheden van het nieuwe ziekenhuis. Voor de psychiatrische ziekenhuizen zal Onderdeel B1 gelijk zijn aan het gemiddelde van Onderdeel B1 van die ziekenhuizen.

2° La Sous-partie B2 est fixée sur base des coûts réels justifiés en tenant compte pour le personnel des normes prévues aux articles 42, § 9 et 72, B et des échelles barémiques des pouvoirs publics subordonnés en vigueur au 1^{er} novembre 1993 augmentées de 2,5 % pour les hôpitaux privés et de 3,93 % pour les hôpitaux publics.

3° En attendant de connaître les données du premier exercice complet, les Sous-parties B1 et B2 sont calculées de manière provisionnelle en prenant notamment en compte les éléments suivants :

- pour les hôpitaux généraux

* pour la Sous-partie B1

° les coûts moyens par unité d'œuvre du groupe

- pour les journées d'hospitalisation : le quota déterminé en exécution de l'article 53;

- pour les admissions : le résultat de la division du quota précité par la durée de séjour nationale standardisée constatée pour les hôpitaux du même groupe;

— pour le personnel : le nombre d'équivalent temps plein déterminé pour la fixation de la Sous-partie B2.

* pour la Sous-partie B2

— pour le personnel : le nombre d'équivalent temps plein déterminé en fonction des normes reprises à l'article 42, § 9, B et des taux d'occupation repris pour le calcul du quota de journées d'hospitalisation;

— pour les produits médicaux : la moyenne par lit du groupe multipliée par le nombre de lits de l'hôpital.

Par moyenne par lit pour les hôpitaux généraux, il faut entendre le nombre de points attribué aux hôpitaux du groupe multiplié par la valeur du point visée à l'article 42, § 6 et divisé par le nombre total de lits du groupe.

— pour les hôpitaux psychiatriques

* pour la Sous-partie B1

la moyenne des Sous-parties B1 des hôpitaux psychiatriques.

* pour la Sous-partie B2

— pour le personnel : le nombre d'équivalents temps plein déterminé en fonction des normes reprises à l'article 72 B et des taux d'occupation repris pour le calcul du quota de journées d'hospitalisation;

— pour les produits médicaux : la moyenne par lit pour tout le pays constatée après application des dispositions de l'article 72.

4° Si le nouvel hôpital est mis en exploitation dans le courant d'un exercice, les Sous-parties B1 et B2 définitives sont recalculées sur base des données du premier exercice complet.

§ 2. En cas de mise en exploitation, sans ouverture de lits supplémentaires, d'un nouveau bâtiment ou d'une nouvelle aile d'un hôpital ayant trait à au moins la moitié des lits ou ayant trait à moins de la moitié des lits et pour autant qu'il y ait, pour les services visés à l'article 7, une augmentation de la superficie d'au moins 10 % de ces services, sans préjudice de l'article 57bis, la Sous-partie B1 est augmentée d'un montant calculé en multipliant l'augmentation de surface par le total des coûts moyens par unité d'œuvre des hôpitaux du groupe relatifs aux frais généraux, à l'entretien et au chauffage étant entendu que les hôpitaux psychiatriques constituent un seul groupe. ».

Art. 28. L'article 68bis de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est renuméroté et devient l'article 68.

Art. 29. A l'article 69 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les mots « l'article 53 » sont remplacés par les mots « les articles 53 et 54 ».

2° Onderdeel B2 wordt bepaald op basis van de reële gestaafde kosten waarbij er rekening gehouden wordt met de personeelsnormen van de artikelen 42, § 9 en 72, B alsmede met de op 1 november 1993 voor de ondergeschikte besturen geldende loonschalen, vermeerderd met 2,5 % voor de privé-ziekenhuizen en met 3,93 % voor de openbare ziekenhuizen.

3° Zolang de gegevens van het eerste volledige dienstjaar niet bekend zijn, worden de onderdelen B1 en B2 voorlopig berekend rekening houdend met de volgende elementen :

— voor de algemene ziekenhuizen

* voor Onderdeel B1

° de gemiddelde kosten per werkeenheid van de groep

— voor de verpleegdagen : het in uitvoering van artikel 53 bepaalde quotum;

— voor de opnamen : het quotiënt van de deling van het bovengenoemde quotum door de nationale gestandaardiseerde ligduur voor de ziekenhuizen van dezelfde groep;

— voor het personeel : het voor de vaststelling van Onderdeel B2 bepaalde aantal FTE's.

* voor Onderdeel B2 :

— voor het personeel : het aantal FTE's, bepaald in functie van de normen van artikel 42, § 9,B alsmede van de voor de berekening van het verpleegdagenquotum aangewende bezettingsgraden;

— voor de medische producten : het gemiddelde per bed van de groep, vermenigvuldigd met het aantal bedden van het ziekenhuis.

Onder gemiddelde per bed voor de algemene ziekenhuizen dient men te verstaan het aantal aan de ziekenhuizen van de groep toegekende aantal punten, vermenigvuldigd met de waarde van het punt bedoeld in artikel 42, § 6 en gedeeld door het totale aantal bedden van de groep.

— voor de psychiatrische ziekenhuizen

* voor Onderdeel B1

het gemiddelde van de onderdelen B1 van de psychiatrische ziekenhuizen.

* voor Onderdeel B2

— voor het personeel : het aantal FTE's bepaald in functie van de normen van artikel 72,B en de voor de berekening van het verpleegdagenquotum aangewende bezettingsgraden;

— voor de medische producten : het bij toepassing van de bepalingen van artikel 72 vastgestelde gemiddelde per bed voor het hele land.

4° Indien het nieuwe ziekenhuis in de loop van een dienstjaar in gebruik wordt genomen, worden de definitieve onderdelen B1 en B2 herberekend op basis van de gegevens van het eerste volledige dienstjaar.

§ 2. In geval van ingebruikneming, en dat zonder opening van bijkomende bedden, van een nieuw gebouw of van een nieuwe vleugel van een ziekenhuis die betrekking hebben op minstens de helft van de bedden of op minder dan de helft van de bedden en voorzover, en dat zonder afbreuk te doen aan artikel 57bis, voor de in artikel 7 bedoelde diensten de oppervlakte met minstens 10 % toeneemt, wordt Onderdeel B1 vermeerderd met een bedrag dat berekend wordt door de toename van de oppervlakte te vermenigvuldigen met het totaal van de gemiddelde kosten per werkeenheid van de ziekenhuizen van de groep betreffende de algemene kosten, het onderhoud en de verwarming, en dat met dien verstande dat de psychiatrische ziekenhuizen een enkele groep vormen. ».

Art. 28. Artikel 68bis van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt hernummerd tot artikel 68.

Art. 29. In artikel 69 van het bovengenoemde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de woorden « artikel 53 » door de woorden « de artikelen 53 en 54 » vervangen.

Art. 30. Les dispositions de l'article 72, § 2 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, sont transférées à l'article 48 sous le § 21. Les dispositions de l'article 72, §§ 1er et 3 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 72. § 1er. Pour les hôpitaux psychiatriques, la partie B hors les Sous-parties B4, B5 et B6 du budget des moyens financiers est fixée pour l'exercice 1999 selon les règles suivantes étant entendu que cette partie est scindée en Sous-partie B1 et Sous-partie B2 dont les éléments constitutifs sont ceux repris aux articles 11 et 12.

A. La Sous-partie B1 est fixée comme suit :

Budget partie B - (charges de personnel B2 + produits médicaux)

où

Budget partie B = la partie B dont dispose l'hôpital au 31 décembre 1998, hors sous-parties B4, B5 et B6, multipliée par le quota de journées d'hospitalisation.

Charges de personnel B2 = le coût des charges de personnel infirmier, soignant et paramédical inclus dans le Budget partie B.

Produits médicaux = le coût des éléments visés à l'article 12, 2° à 6° tels qu'ils ressortent de la comptabilité de l'hôpital pour l'exercice 1997.

B. La Sous-partie B2 est fixée conformément aux dispositions ci-après :

— pour les frais de personnel :

le nombre de personnes ETP, tel que déterminé en application des normes reprises aux deux premières colonnes du tableau ci-dessous, multiplié par le coût moyen par ETP du personnel infirmier, soignant et paramédical résultant de la comptabilité de l'exercice 1997 et indexés au 1^{er} janvier 1999.

| Services | Normes/lits | Occupations | Diensten | Normen/bedden | Bezettingsgraden |
|---------------------|-------------|------------------|------------------|---------------|-------------------|
| A(j+n) | 16/30 | entre 80 et 100% | A(d+n) | 16/30 | tussen 80 en 100% |
| A(j) | 10/30 | entre 80 et 100% | A(d) | 10/30 | tussen 80 en 100% |
| A(n) | 11/30 | entre 80 et 100% | A(n) | 11/30 | tussen 80 en 100% |
| T(j+n) | 20/60 | entre 80 et 100% | T(d+n) | 20/60 | tussen 80 en 100% |
| T(j) | 11,25/60 | entre 80 et 100% | T(d) | 11,25/60 | tussen 80 en 100% |
| T(n) | 12,37/60 | entre 80 et 100% | T(n) | 12,37/60 | tussen 80 en 100% |
| T(Vp) | 12/30 | entre 80 et 100% | T(Vp) | 12/30 | tussen 80 en 100% |
| K(j+n) | 16/20 | à 100% | K(d+n) | 16/20 | aan 100% |
| K(j) | 8/20 | à 100% | K(d) | 8/20 | aan 100% |
| K(n) | 10/20 | à 100% | K(n) | 10/20 | aan 100% |
| Direction nursing | 1 | par hôpital | Directie nursing | 1 | per ziekenhuis |
| Cadre intermédiaire | 1 | par 150 lits | Middenkader | 1 | per 150 bedden |

Pour déterminer le coût moyen par ETP, il est tenu compte :

- au maximum des coûts résultant de l'application des échelles barémiques des pouvoirs publics subordonnés en vigueur au 1^{er} novembre 1993 augmentées de 2,5 % pour les hôpitaux privés et 3,93 % pour les hôpitaux publics;

- d'une diminution de 0,78 % de ces frais.

— pour les produits médicaux :

le coût des éléments visés à l'article 12, 2° à 6° tels qu'ils ressortent de la comptabilité de l'hôpital pour l'exercice 1997.

C. Si le total pour tout le pays des Sous-parties B1 et B2 déterminées conformément aux points A et B dépasse le budget national disponible pour la Partie B hors les Sous-partie B4, B5 et B6, un coefficient linéaire de réduction sera appliqué à la Sous-partie B1 de chaque hôpital.

S'il est inférieur au budget national disponible, un coefficient linéaire d'augmentation sera appliqué à la Sous-partie B1 de chaque hôpital.

Par budget national disponible, il est entendu l'addition des budgets de chaque hôpital au 31 décembre 1998.

Le budget de chaque hôpital est calculé en multipliant la Partie B hors les Sous-parties B4, B5 et B6, telle que déterminée en application de l'article 45, § 3, par le quota de journées d'hospitalisation visé à l'article 54. Sont cependant déduits de ce budget, les moyens supplémentaires octroyés en application de l'article 48, § 21, de l'article 12bis de l'arrêté ministériel du 28 décembre 1994 et de l'article 8, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel du 29 décembre 1997.

Art. 30. De bepalingen van artikel 72, § 2 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden naar artikel 48, § 21 verplaatst. De bepalingen van artikel 72, §§ 1 en 3 worden opgeheven en vervangen door de volgende bepalingen :

« Artikel 72. § 1. Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt deel B, met uitzondering van de onderdelen B4, B5 en B6, van het budget van financiële middelen voor het dienstjaar 1999 vastgesteld overeenkomstig de volgende regels met dien verstande dat dit onderdeel gesplitst wordt in een Onderdeel B1 en een Onderdeel B2, waarvan de bestanddelen zich bevinden in de artikelen 11 en 12.

A. Onderdeel B1 wordt als volgt bepaald :

Budget deel B - (personeelslasten B2 + medische producten)

waarin :

Budget deel B = het deel B, met uitzondering van de onderdelen B4, B5 en B6, waarover het ziekenhuis beschikt op 31 december 1998, vermenigvuldigd met het verpleegdagenquotum.

Personeelslasten B2 = de kosten van de lasten voor het verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel in het budget deel B.

Medische producten = de kosten van de in artikel 12, 2° tot 6° bedoelde elementen, zoals die blijken uit de ziekenhuisboekhouding voor het dienstjaar 1997.

B. Onderdeel B2 wordt vastgesteld op basis van de volgende elementen :

— voor de personeelskosten :

het aantal FTE-personen, zoals bepaald door toepassing van de normen in de twee eerste kolommen van de hierbovenvermelde tabel, vermenigvuldigd met de gemiddelde kost per FTE van het verplegend, verzorgend en paramedisch personeel uit de boekhouding van dienstjaar 1997 en geïndexeerd per 1 januari 1999.

Voor het bepalen van de gemiddelde kost per FTE, wordt rekening gehouden met :

- maximaal de kosten voortvloeiend uit de toepassing van de loonschalen van de ondergeschikte besturen die op 1 november 1993 van kracht zijn, vermeerderd met 2,5 % voor de privé-ziekenhuizen en met 3,93 % voor de openbare ziekenhuizen;

- een vermindering van die kosten met 0,78 %;

— voor de medische producten :

de kosten van de in artikel 12, 2° tot 6° bedoelde elementen, zoals die blijken uit de ziekenhuisboekhouding voor het dienstjaar 1997.

C. Indien het totaal voor het hele land van de onderdelen B1 en B2, bepaald overeenkomstig de punten A en B, het nationale beschikbare budget voor deel B, met uitzondering van de onderdelen B4, B5 en B6, overschrijdt, wordt er een lineaire reductiecoëfficiënt op Onderdeel B1 van elke ziekenhuis toegepast.

Indien het lager ligt dan het beschikbare nationale budget wordt er een lineaire vermeerderingscoëfficiënt toegepast op Onderdeel B1 van elk ziekenhuis.

Onder nationaal beschikbaar budget wordt verstaan de som van de budgetten van elk ziekenhuis op 31 december 1998.

Het budget van elk ziekenhuis wordt berekend door deel B, met uitzondering van de onderdelen B4, B5 en B6, te vermenigvuldigen met het in artikel 54, § 3, bedoelde verpleegdagenquotum. Van dat budget worden evenwel afgetrokken de bijkomende middelen toegekend bij toepassing van artikel 48, § 21, van artikel 12bis van het ministerieel besluit van 28 december 1994 en van artikel 8, § 1 van het ministerieel besluit van 29 december 1997.

Ce budget est augmenté des montants prévus aux alinéas 2 et 3 de l'article 24, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel du 30 décembre 1998 et du budget prévu pour le financement garanti du personnel infirmier, soignant et paramédical pour les taux d'occupation des services A et T tels que prévus à l'article 54.

Les moyens complémentaires accordés en application de l'article 12bis de l'arrêté ministériel du 28 décembre 1994, de l'article 8, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel du 29 décembre 1997 et du 1^{er} alinéa de l'article 24 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 sont ajoutés à la Sous-partie B2 telle que calculée conformément au point B.

Les moyens complémentaires accordés en application de l'article 48, § 21, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 sont ajoutés à la Sous-partie B4.

§ 2. A partir de l'exercice 2000, les règles de fixation des Sous-parties B1 et B2 seront déterminées par le ministre qui a la fixation du prix de la journée d'hospitalisation dans ses attributions.

Art. 31. Au point 1 de l'annexe 1, de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les numéros « 211024 à 239105 » sont remplacés par les numéros « 211024 - 211120 - 211046 - 211142 - 212122 - 212225 - 212520 - 212542 - 213021 - 213043 - 214023 - 214045 - 214126 - 214222 - 214244 ».

Art. 32. Au point 3. Réanimation de l'annexe VI de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les numéros « 211024 à 353183 » sont remplacés par les numéros « 211024 - 211120 - 211046 - 211142 - 212122 - 212225 - 212520 - 212542 - 213021 - 213043 - 214023 - 214045 - 214126 - 214222 - 214244 ».

Art. 33. Au point 3. Réanimation de l'annexe VIII de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité, les numéros « 211024 à 353.183 » sont remplacés par les numéros « 211024 - 211120 - 211046 - 211142 - 212122 - 212225 - 212520 - 212542 - 213021 - 213043 - 214023 - 214045 - 214126 - 214222 - 214244 ».

Art. 34. Les modifications suivantes sont apportées à l'annexe IV de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité.

— Au dernier alinéa du point 2.4.2., la phrase suivante est ajoutée :

« Le DRG 467 est en outre scindé en DRG 467.1 et DRG 467.2. Ce dernier DRG reprend uniquement les séjours pour polysomnographies. »

— Le point 2.4.3. e) est remplacé par :

« e) les outliers type 1 (cfr 2.4.4.) »

— Le point 2.4.4. est remplacé par :

« Des séjours sont considérés comme petits outliers s'ils concernent :

1. des patients qui séjournent 1 jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital;

2. des patients qui ont une durée de séjour facturée plus petite ou égale à la limite inférieure de son sous-groupe DRG pour lequel sa limite inférieure est égale à la valeur arrondie de $\text{Exp}[\ln Q1 - 2x(\ln Q3 - \ln Q1)]$. En outre, cette limite inférieure doit représenter au moins 10% de la durée de séjour moyenne nationale du sous-groupe DRG concerné si cette durée est au moins égale ou supérieure à 10 jours. Dans chaque cas, la limite inférieure correspond avec une valeur qui, au minimum, se situe 3 jours en dessous de la durée de séjour moyenne nationale.

Les petits outliers ne sont pas pris en compte pour les calculs des moyennes.

Deux types d'outliers grands sont définis : les outliers type 1 et type 2.

Les outliers type 1 sont ces séjours qui, à l'intérieur de leur sous-groupe DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite supérieure suivante : la valeur arrondie de $Q3 + 4x(Q3 - Q1)$. Ces outliers type 1 ne sont pas pris en compte pour le calcul des durées moyennes de séjour par sous-groupe DRG. Les outliers type 2 sont ces séjours qui, à l'intérieur de leur sous-groupe DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite supérieure suivante : $Q3 + 2x(Q3 - Q1)$, mais se situent sous la limite supérieure des outliers type 1. La limite supérieure des outliers type 2 se situe au moins 8 jours plus haut que la durée de séjour moyenne nationale du sous-groupe DRG. Les outliers type 2 reçoivent une durée de séjour fictive qui est égale à la limite supérieure $Q3 + 2x(Q3 - Q1)$ et ce, quel que soit le nombre de systèmes atteints.

Dit budget wordt verhoogd met de bedragen voorzien voor de toepassing van de maatregelen onder alinea 2 en 3 van artikel 24, § 1, van het ministerieel besluit van 30 december 1998 en het budget voorzien voor de toepassing van de gegarandeerde financiering van het verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel, vanaf de bezettingsgraden zoals bepaald in artikel 54.

De bijkomende middelen toegekend bij toepassing van artikel 12bis van het ministerieel besluit van 28 december 1994, van artikel 8, § 1, van het ministerieel besluit van 29 december 1997 en van het eerste alinea van artikel 24 van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden aan het overeenkomstig punt B berekende onderdeel B2 toegevoegd.

De bijkomende middelen toegekend bij toepassing van artikel 48, § 21, van het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden aan onderdeel B4 toegevoegd.

§ 2. Met ingang van het dienstjaar 2000 worden de regels voor de vaststelling van de onderdelen B1 en B2 bepaald door de Minister die de vaststelling van de verpleegdagprijs onder zijn bevoegdheid heeft.

Art. 31. In punt 1 van bijlage 1 bij het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de nummers « 211024 tot 239105 » vervangen door de nummers « 211024 - 211120 - 211046 - 211142 - 212122 - 212225 - 212520 - 212542 - 213021 - 213043 - 214023 - 214045 - 214126 - 214222 - 214244 ».

Art. 32. In punt 3. Reanimatie van bijlage VI bij het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de nummers « 211024 tot 353183 » vervangen door de nummers « 211024 - 211120 - 211046 - 211142 - 212122 - 212225 - 212520 - 212542 - 213021 - 213043 - 214023 - 214045 - 214126 - 214222 - 214244 ».

Art. 33. In punt 3. Reanimatie van bijlage VIII bij het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de nummers « 211024 tot 353.183 » vervangen door de nummers « 211024 - 211120 - 211046 - 211142 - 212122 - 212225 - 212520 - 212542 - 213021 - 213043 - 214023 - 214045 - 214126 - 214222 - 214244 ».

Art. 34. In bijlage IV bij het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

— Aan het laatste lid van punt 2.4.2. wordt de volgende zin toegevoegd :

« DRG 467 wordt bovendien gesplitst in een DRG 467.1 en een DRG 467.2. Deze laatste DRG bevat enkel de verblijven voor polysomnografieën. »

— Punt 2.4.3. e) wordt vervangen door :

« e) de outliers type 1 (cfr. 2.4.4.) »

— Punt 2.4.4. wordt vervangen door :

« Verblijven worden als kleine outliers beschouwd als die :

1. patiënten betreffen die één dag in het ziekenhuis verblijven en naar een ander ziekenhuis worden overgebracht;

2. patiënten betreffen met een gefactureerde ligduur die gelijk is aan of korter is dan de benedengrens van zijn DRG-subgroep, waarvoor de benedengrens gelijk is aan $\text{EXP}[\ln Q1 - 2x(\ln Q3 - \ln Q1)]$. Die benedengrens moet bovendien minstens 10 % van de nationale gemiddelde ligduur van de beschouwde DRG-subgroep vertegenwoordigen, indien die duur minstens gelijk is aan of langer is dan 10 dagen. In elk geval stemt de benedengrens overeen met een waarde die ten minste drie dagen lager ligt dan de nationale gemiddelde verblijfsduur.

Met de kleine outliers wordt er bij de berekening van de gemiddelden geen rekening gehouden.

Er worden twee soorten grote outliers gedefinieerd : de outliers type 1 en type 2.

De outliers type 1 zijn die verblijven welke, binnen hun DRG-subgroep, de volgende bovengrens overschrijden : $Q3 + 4x(Q3 - Q1)$. Met die outliers type 1 wordt er bij de berekening van de gemiddelde ligduren per DRG-subgroep geen rekening gehouden. De outliers type 2 zijn de verblijven die, binnen hun DRG-subgroep, de volgende bovengrens overschrijden : $Q3 + 2x(Q3 - Q1)$, maar die onder de bovengrens van de outliers type 1 liggen. De bovengrens van de outliers type 2 ligt minstens 8 dagen hoger dan de nationale gemiddelde duur van de DRG-subgroep. Aan de outliers type 2 wordt er een fictieve ligduur toegekend, die gelijk is aan de bovengrens $Q3 + Q2x(Q3 - Q1)$ en dat ongeacht het aantal aangetaste stelsels.

Les limites inférieure et supérieure sont calculées au niveau national, où

Q1 = la durée de séjour correspondant au seuil en deçà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe DRG

et où

Q3 = la durée de séjour correspondant au seuil au delà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe DRG.

— le dernier alinéa du point 2.4.5 est supprimé.

— le point 2.5 est supprimé.

— les points 2.6, 2.7 et 2.8 sont renumérotés et deviennent respectivement les points 2.5, 2.6 et 2.7.

— au point 2.7, la formule est remplacée par « TLDiFinaal = TLDli + CORi » et la définition de TLDigout est supprimée.

Art. 35. L'annexe VII de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est supprimée et remplacée par l'annexe 2 au présent arrêté.

Art. 36. L'annexe 9 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986 précité est supprimée et remplacée par l'annexe 3 au présent arrêté.

Art. 37. Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1999.

Bruxelles, le 30 décembre 1998.

Mme M. DE GALAN

De boven- en benedengrens wordt op nationaal niveau berekend waarbij :

Q1 = de verblijfsduur is die overeenstemt met de drempel waaronder de verblijfsduur van 25 % van de verblijven van de DRG-subgroep gelegen is;

en waarbij :

Q3 = de verblijfsduur is die overeenstemt met de drempel waarboven de verblijfsduur van 25 % van de DRG-subgroep gelegen is.

— het laatste lid van punt 2.4.5 wordt opgeheven.

— punt 2.5 wordt opgeheven.

— de punten 2.6, 2.7 en 2.8 worden vernummerd tot de punten 2.5, 2.6 en 2.7.

— in punt 2.7 wordt de formule vervangen door « TLDiFinaal = TLDli + CORi » en wordt de definitie van TLDigout opgeheven.

Art. 35. Bijlage VII bij het bovengenoemde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt opgeheven en vervangen door bijlage 2 bij dit besluit.

Art. 36. Bijlage 9 bij het bovengenoemde ministerieel besluit van 2 augustus 1986 wordt opgeheven en vervangen door bijlage 3 bij dit besluit.

Art. 37. De bepalingen van dit besluit treden in werking op 1 januari 1999.

Brussel, 30 december 1998.

Mevr. M. DE GALAN

Annexe 1 à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1998

Annexe 10

L'intervention de l'assurance maladie visée à l'article 49, §1, d) est celle relative aux fournisseurs d'implants visée aux articles 28 et 35 de la nomenclature A.M.I. hormis les numéros suivants :

611774 - 611785

612054 - 612065

8351 - 612334 - 612345

612813 - 612824

612835 - 612846

8371 - 612695 - 612706

612931 - 612942

612953 - 612964 pour les prestations 229014-2129025, 229051-229062, 229073-229084, 229213-229224, 229272-229283, 229316-229320, 229515-229526, 229530-229541, 229552-229563, 229574-229585, 236014-236025, 236036-236040, 236051-236062, 237016-237020, 237031-237042, 237053-237064, 237075-237086, 237090-237101, 237156-237160, 242292-242303, 242314-242325, 242336-242340, 242631-242642, 281551-281562, 281573-281584, 281654-281665, 281794-281805, 281971-281982, 282052-282063, 293436-293440, 318054-318065 et 318076-318080

612872 - 612883

612894 - 612905

612732 - 612743

612916 - 612920

aaaaa - bbbbbb Utilisation d'un ou plusieurs cathéters d'ablation lors de la prestation

589315 - 589326

613012 - 613023

613034 - 613045

613955 - 613966

613970 - 613981

613874 - 613885

613896 - 613900

613992 - 614003

614036 - 614040

614095 - 614106

614250 - 614261

614272 - 614283

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1998.

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Annexe 2 à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1998

Annexe VII: Calcul d'un indice de coût supplémentaire par lit C et D occupé

Pour chaque hôpital général, on calcule un indice de coût supplémentaire pondéré selon la pathologie par lit C et D occupé (à savoir ICS_h) sur la base d'un indice de coût supplémentaire national par DRG (soit ICS_x).

1. Sélection des patients C et D

Parmi la population des patients hospitalisés, seuls les patients C et D sont retenus. Ces patients sont définis comme patients ayant uniquement donné lieu à des journées d'hospitalisation dans un service C, D, I et/ou H. Les petits outliers et les séjours outlier de type I pour ce qui est de la durée de séjour, ne sont pas pris en considération.

Les DRGs suivants ne sont pas repris dans les calculs:

° les DRGs au sein du MDC 14 (= grossesses, accouchements et lits de maternité), 15 (= nouveau-nés), 19 (troubles psychiques) et 20 (= alcoolisme et toxicomanie);

° le groupe résiduel des DRGs (= 468, 469, 470, 476 et 477)

° les DRGs ne comprenant pas 30 séjours dans le calcul ICS

2. Calcul du coût de séjour réel moyen national par DRG (CSR_{Mx})

Le coût de séjour réel moyen par DRG (= CSR_{Mx}) est égal au total des coûts de séjour relatifs au personnel infirmier qui sont fixés pour les patients appartenant à un DRG spécifique, lequel est divisé par le nombre de patients appartenant à ce DRG. Le coût de séjour relatif au personnel infirmier est déterminé sur la base des données comptables et de celles du résumé infirmier minimum.

3. Calcul du coût norme de séjour moyen national par DRG (= CNS_M)

Pour les lits agréés C et D, on calcule pour chaque DRG un coût norme moyen (CNS_M) de la manière suivante:

$$\frac{\text{Norme-CD} \times \text{Salaire moyen-CD} \times \text{Nombre de lits-CD}}{\text{Nombre total des journées d'hospitalisation retenues dans les services C/D}} \times \text{DMS}_x$$

où

Norme-CD = les normes de personnel pour les lits C et D agréés, tel que visé à l'article 42, § 9 du présent arrêté;

Salaire moyen-CD = le salaire moyen national d'un infirmier occupé à temps plein dans un service C et D;

Nombre de lits-CD = le nombre de lits C et D agréés;

Nombre de journées CD = le nombre total de journées d'hospitalisation des patients C et D;

DMS_x = la durée moyenne de séjour pour le DRG XXX;

Pour le calcul du coût norme, on tient, le cas échéant, compte, par DRG, du rapport entre journées d'hospitalisation universitaires et non universitaires, ainsi que des passages en soins intensifs.

4. Calcul du coût supplémentaire moyen national par DRG (CS_M)

Par DRG, on soustrait le coût norme de séjour moyen national (= CNS_M) du coût de séjour réel national moyen (= CSR_M). Si le résultat est positif, le DRG concerné nécessite plus de moyens infirmiers que ce que prévoient les normes de personnel. Un coût supplémentaire négatif reflète la situation inverse.

5. Calcul de l'indice de coût supplémentaire national par DRG

Sur la base du coût supplémentaire moyen par DRG (= CS_M) et du coût supplémentaire moyen général (= CS_{MG}), on calcule un indice de coût supplémentaire par DRG comme suit:

$$\text{ICS}_x = \text{int} (\text{CS}_M / \text{CS}_{MG} * 100 + 0,5)$$

où

int = fonction integer, arrondir le nombre à l'unité;

CS_M = le coût supplémentaire moyen national du DRG_x;

CS_{MG} = le coût supplémentaire moyen général national.

6. Calcul de l'indice de coût supplémentaire pondéré par pathologie par lit C et D occupé de l'hôpital (ICS_h)

On calcule l'ICS_h sur la base du casemix (soit le nombre de séjours de chaque DRG) retenu de l'hôpital selon la formule suivante:

$$365 * \sum (\text{ICS}_x * \text{nombre de séjours retenus pour le DRG } x)$$

$$\text{ICS}_h = \frac{\times}{\text{nombre de journées d'hospitalisation normalisées dans le service C et D de l'hôpital } h}$$

7. Liste par DRG de l'indice de coût supplémentaire moyen national ICS_x.

| DRG | DESCRIPTION | ICS _x |
|-----|---|------------------|
| 001 | CRANIOTOMIE, > 17, EXCEPTE POUR TRAUMATISME | 437 |
| 002 | CRANIOTOMIE, > 17, POUR TRAUMATISME | 807 |
| 004 | INTERVENTIONS SUR LA COLONNE VERTEBRALE ET LA MOELLE EPINIÈRE | 32 |
| 005 | INTERVENTIONS VASCULAIRES EXTRACRANIENNES | -76 |
| 006 | LIBERATION DU TUNNEL CARPIEN | -52 |
| 007 | INTERVENTIONS SUR NERFS PERIPHER. CRANIENS, AUTRES INTERVENTIONS SYSTEME NERVEUX, AVEC CC | 8 |
| 008 | INTERVENTIONS SUR NERFS PERIPHER. CRANIENS, AUTRES INTERVENTIONS SYSTEME NERVEUX, SANS CC | -30 |
| 009 | AFFECTIONS ET TRAUMATISMES DE LA COLONNE VERTEBRALE ET DE LA MOELLE EPINIÈRE | 47 |
| 010 | NEOPLASMES DU SYSTEME NERVEUX, AVEC CC. | 216 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|--|------|
| 011 | NEOPLASMES DU SYSTEME NERVEUX, SANS CC. | 128 |
| 012 | MALADIES DEGENERATIVES DU SYSTEME NERVEUX | 8 |
| 013 | SCLEROSE EN PLAQUES ET ATAXIE CEREBELLEUSE | -40 |
| 014 | AFFECTIONS CEREBROVASCULAIRES SPECIFIQUES, EXCEPTE ISCHEMIE CEREBRALE TRANSITOIRE | 208 |
| 015 | ISCHEMIE CEREBRALE TRANSITOIRE ET OCCLUSIONS PRECEREBRALES | -125 |
| 016 | AFFECTIONS CEREBROVASCULAIRES NON SPECIFIQUES, AVEC CC. | -83 |
| 017 | AFFECTIONS CEREBROVASCULAIRES NON SPECIFIQUES, SANS CC. | -80 |
| 018 | AFFECTIONS DES NERFS CRANIENS ET PERIPHERIQUES, AVEC CC. | -61 |
| 019 | AFFECTIONS DES NERFS CRANIENS ET PERIPHERIQUES, SANS CC. | -142 |
| 020 | INFECTION DU SYSTEME NERVEUX, EXCEPTE MENINGITE VIRALE | 230 |
| 021 | MENINGITE VIRALE | -60 |
| 022 | ENCEPHALOPATHIE HYPERTENSIVE | -245 |
| 023 | COMAS ET ETATS STUPOREUX NON TRAUMATIQUES | 168 |
| 024 | EPILEPSIE, CONVULSION ET CEPHALEES, > 17 ANS, AVEC CC. | -92 |
| 025 | EPILEPSIE, CONVULSION ET CEPHALEES, > 17 ANS, SANS CC. | -121 |
| 034 | AUTRES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX, AVEC CC. | -42 |
| 035 | AUTRES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX, SANS CC. | -33 |
| 036 | INTERVENTIONS SUR LA RETINE | 9 |
| 037 | INTERVENTIONS SUR L'ORBITE | -6 |
| 038 | INTERVENTIONS PROPRE A L'IRIS | -23 |
| 039 | INTERVENTIONS SUR LE CRISTALLIN AVEC OU SANS VITRECTOMIE | -37 |
| 040 | INTERVENTIONS EXTRAOCULAIRES EXCEPTE SUR L'ORBITE, > 17 ANS | -37 |
| 041 | INTERVENTIONS EXTRAOCULAIRES EXCEPTE SUR L'ORBITE, < 18 ANS | 27 |
| 042 | INTERVENTIONS INTRAOCULAIRES EXCEPTE RETINE, IRIS, CRISTALLIN | 23 |
| 043 | HYPHEMA | -106 |
| 044 | INFECTIONS AIGUES MAJEURES DE L'OEIL | 226 |
| 045 | AFFECTIONS NEUROLOGIQUES DE L'OEIL | -163 |
| 046 | AUTRES AFFECTIONS DE L'OEIL, > 17 ANS, AVEC CC. | -69 |
| 047 | AUTRES AFFECTIONS DE L'OEIL, > 17 ANS, SANS CC. | -78 |
| 048 | AUTRES AFFECTIONS DE L'OEIL, < 18 ANS | 163 |
| 049 | INTERVENTIONS MAJEURES SUR LA TETE ET COU, EXCEPTE POUR AFFECTIONS MALIGNES | -19 |
| 050 | SIALOADENECTOMIE | -63 |
| 051 | INTERVENTIONS SUR GLANDE SALIVAIRE, EXCEPTE SIALOADENECTOMIE | -32 |
| 052 | PALATOPLASTIE ET REPARATION DE FENTE LABIALE ET PALATINE | 73 |
| 053 | INTERVENTIONS SUR SINUS ET MASTOIDE, > 17 ANS | -47 |
| 054 | INTERVENTIONS SUR SINUS ET MASTOIDE, < 18 ANS | -19 |
| 055 | DIVERSES INTERVENTIONS SUR OREILLES, NEZ, BOUCHE ET GORGE | -61 |
| 056 | RHINOPLASTIE | -60 |
| 057 | INTERVENTIONS AMYGDALES ET VEGETATIONS ADENOIDES,EXC. ADENOIDECT./AMYGDALECT. SEULE, | -23 |
| 058 | INTERVENTIONS AMYGDALES ET VEGETATIONS ADENOIDES,EXC. ADENOIDECT./AMYGDALECT. SEULE, | -11 |
| 059 | ADENOIDECTOMIE ET/OU AMYGDALECTOMIE SEULE, > 17 ANS | -59 |
| 060 | ADENOIDECTOMIE ET/OU AMYGDALECTOMIE SEULE, < 18 ANS | -23 |
| 061 | MYRINGOTOMIE AVEC INSERTION DE DRAIN, > 17 ANS | -71 |
| 062 | MYRINGOTOMIE AVEC INSERTION DE DRAIN, < 18 ANS | 27 |
| 063 | AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR OREILLE, NEZ, BOUCHE, GORGE | 27 |
| 064 | AFFECTIONS MALIGNES D'OREILLE, NEZ, BOUCHE, GORGE | -58 |
| 065 | TROUBLES DE L'EQUILIBRE | -156 |
| 066 | EPISTAXIS | -50 |
| 067 | EPIGLOTTITE | 215 |
| 068 | OTITE MOYENNE, INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES HAUTES, > 17 ANS, AVEC CC. | -97 |
| 069 | OTITE MOYENNE, INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES HAUTES, > 17 ANS, SANS CC. | -86 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|--|------|
| 070 | OTITE MOYENNE, INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES HAUTES, < 18 ANS | 105 |
| 071 | LARYNGOTRACHEITE | 813 |
| 072 | TRAUMATISME ET DEFORMATION DU NEZ | -36 |
| 073 | AUTRES AFFECTIONS D'OREILLE, NEZ, BOUCHE, GORGE, > 17 ANS | -68 |
| 074 | AUTRES AFFECTIONS D'OREILLE, NEZ, BOUCHE, GORGE, < 18 ANS | 80 |
| 075 | INTERVENTIONS MAJEURES AU NIVEAU DU THORAX | 65 |
| 076 | AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME RESPIRATOIRE, AVEC CC. | -116 |
| 077 | AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME RESPIRATOIRE, SANS CC. | -113 |
| 078 | EMBOLIE PULMONAIRE | -77 |
| 079 | INFLAMMATIONS ET INFECTIONS RESPIRATOIRES, > 17 ANS, AVEC CC. | 279 |
| 080 | INFLAMMATIONS ET INFECTIONS RESPIRATOIRES, > 17 ANS, SANS CC. | 141 |
| 082 | AFFECTIONS MALIGNES DU SYSTEME RESPIRATOIRE | -38 |
| 083 | TRAUMATISME MAJEUR DU THORAX, AVEC CC. | 87 |
| 084 | TRAUMATISME MAJEUR DU THORAX, SANS CC. | -32 |
| 085 | EPANCHEMENT PLEURAL, AVEC CC. | -119 |
| 086 | EPANCHEMENT PLEURAL, SANS CC. | -89 |
| 087 | OEDEME PULMONAIRE ET INSUFFISANCE RESPIRATOIRE | -11 |
| 088 | MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE | -93 |
| 089 | PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURESIE, > 17 ANS, AVEC CC. | 135 |
| 090 | PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURESIE, > 17 ANS, SANS CC. | 42 |
| 092 | MALADIE PULMONAIRE INTERSTITIELLE, AVEC CC. | -122 |
| 093 | MALADIE PULMONAIRE INTERSTITIELLE, SANS CC. | -103 |
| 094 | PNEUMOTHORAX, AVEC CC. | 0 |
| 095 | PNEUMOTHORAX, SANS CC. | -79 |
| 096 | BRONCHITE ET ASTHME, > 17 ANS, AVEC CC. | -74 |
| 097 | BRONCHITE ET ASTHME, > 17 ANS, SANS CC. | -93 |
| 099 | SYMPTOMES ET SIGNES RESPIRATOIRES, AVEC CC. | -17 |
| 100 | SYMPTOMES ET SIGNES RESPIRATOIRES, SANS CC. | -44 |
| 101 | AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME RESPIRATOIRE, AVEC CC. | 39 |
| 102 | AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME RESPIRATOIRE, SANS CC. | -19 |
| 104 | INTERVENTIONS SUR VALVE CARDIAQUE, AVEC CATHETERISME | 115 |
| 105 | INTERVENTIONS SUR VALVE CARDIAQUE, SANS CATHETERISME | 516 |
| 106 | PONTAGE CORONAIRE, AVEC CATHETERISME CARDIAQUE | 167 |
| 107 | PONTAGE CORONAIRE, SANS CATHETERISME CARDIAQUE | 417 |
| 108 | AUTRES INTERVENTIONS SUR COEUR ET THORAX | 483 |
| 110 | INTERVENTIONS CARDIOVASCULAIRES MAJEURES, AVEC CC. | 373 |
| 111 | INTERVENTIONS CARDIOVASCULAIRES MAJEURES, SANS CC. | 257 |
| 112 | INTERVENTIONS CARDIOVASCULAIRES PERCUTANEEES | -56 |
| 113 | AMPUTATION POUR PATHOLOGIE CIRCULATOIRE EXCEPTE MEMBRE SUPERIEUR ET ORTEIL | 1068 |
| 114 | AMPUTATION DE MEMBRE SUPERIEUR ET ORTEIL POUR PATHOLOGIE CIRCULATOIRE | 42 |
| 115 | INSERTION PACEMAKER PERMANENT AVEC INFARCTUS AIGU DU MYOCARDE, DECOMPENSATION CARDIAQUE | -87 |
| 116 | AUTRES INSERTIONS DE PACEMAKER PERMANENT, OU D'ELECTRODE INTRACARDIAQUE OU DE DEFIBRILLATEUR | -158 |
| 117 | REVISION DE PACEMAKER CARDIAQUE EXCEPTE REMPLACEMENT D'APPAREIL | -126 |
| 118 | REPLACEMENT DE PACEMAKER CARDIAQUE | -86 |
| 119 | LIGATURE DE VEINE ET STRIPPING | -6 |
| 120 | AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR SYSTEME CIRCULATOIRE | -110 |
| 121 | AFFECTIONS CIRCULATOIRES AVEC INFARCTUS, AVEC COMPL.CARDIOVASCULAIRES, SORTI VIVANT | -79 |
| 122 | AFFECTIONS CIRCULATOIRES AVEC INFARCTUS, SANS COMPL.CARDIOVASCULAIRES, SORTI VIVANT | -177 |
| 123 | AFFECTIONS CIRCULATOIRES AVEC INFARCTUS DU MYOCARDE, DECEDE | 578 |
| 124 | AFFECTIONS CIRCULATOIRES EXCEPTE INFARCTUS DU MYOC., AVEC CATH. CARDIAQUE, AVEC DIAG. | -121 |
| 125 | AFFECTIONS CIRCULATOIRES EXCEPTE INFARCTUS DU MYOC., AVEC CATH. CARDIAQUE, SANS DIAG. | -64 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|---|------|
| 126 | ENDOCARDITE AIGUE ET SUBAIGUE | 595 |
| 127 | INSUFFISANCE CARDIAQUE ET CHOC | -12 |
| 128 | THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE | 49 |
| 129 | ARRET CARDIAQUE NON EXPLIQUE | 281 |
| 130 | AFFECTIONS VASCULAIRES PERIPHERIQUES, AVEC CC. | -54 |
| 131 | AFFECTIONS VASCULAIRES PERIPHERIQUES, SANS CC. | -71 |
| 132 | ATHEROSCLEROSE, AVEC CC. | -97 |
| 133 | ATHEROSCLEROSE, SANS CC. | -92 |
| 134 | HYPERTENSION | -203 |
| 135 | AFFECTIONS VALVULAIRES ET CARDIAQUES CONGENITALES, > 17 ANS, AVEC CC. | -65 |
| 136 | AFFECTIONS VALVULAIRES ET CARDIAQUES CONGENITALES, > 17 ANS, SANS CC. | -127 |
| 138 | ARYTHMIE CARDIAQUE ET TROUBLES DE CONDUCTION, AVEC CC. | -112 |
| 139 | ARYTHMIE CARDIAQUE ET TROUBLES DE CONDUCTION, SANS CC. | -98 |
| 140 | ANGINE DE POITRINE | -120 |
| 141 | SYNCOPE ET COLLAPSUS, AVEC CC. | -139 |
| 142 | SYNCOPE ET COLLAPSUS, SANS CC. | -104 |
| 143 | DOULEUR THORACIQUE | -85 |
| 144 | AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME CIRCULATOIRE, AVEC CC. | -203 |
| 145 | AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME CIRCULATOIRE, SANS CC. | -160 |
| 146 | RESECTION RECTALE, AVEC CC. | 665 |
| 147 | RESECTION RECTALE, SANS CC. | 275 |
| 148 | INTERVENTIONS MAJEURES SUR GROS INTESTIN ET INTESTIN GRELE, AVEC CC. | 436 |
| 149 | INTERVENTIONS MAJEURES SUR GROS INTESTIN ET INTESTIN GRELE, SANS CC. | 260 |
| 150 | LYSE D'ADHERENCES PERITONEALES, AVEC CC. | 230 |
| 151 | LYSE D'ADHERENCES PERITONEALES, SANS CC. | 92 |
| 152 | INTERVENTIONS MINEURES SUR GROS INTESTIN ET INTESTIN GRELE, AVEC CC. | 121 |
| 153 | INTERVENTIONS MINEURES SUR GROS INTESTIN ET INTESTIN GRELE, SANS CC. | 23 |
| 154 | INTERVENTIONS SUR OESOPHAGE, ESTOMAC ET DUODENUM, > 17 ANS, AVEC CC. | 226 |
| 155 | INTERVENTIONS SUR OESOPHAGE, ESTOMAC ET DUODENUM, > 17 ANS, SANS CC. | 63 |
| 156 | INTERVENTIONS SUR OESOPHAGE, ESTOMAC ET DUODENUM, < 18 ANS | 318 |
| 157 | INTERVENTIONS SUR ANUS ET TUBE GASTRO-INTESTINAL, AVEC CC. | -61 |
| 158 | INTERVENTIONS SUR ANUS ET TUBE GASTRO-INTESTINAL, SANS CC. | -48 |
| 159 | CURE DE HERNIE EXCEPTE INGUINALE ET CRURALE, > 17 ANS, AVEC CC. | -53 |
| 160 | CURE DE HERNIE EXCEPTE INGUINALE ET CRURALE, > 17 ANS, SANS CC. | -49 |
| 161 | CURE DE HERNIE INGUINALE ET CRURALE, > 17 ANS, AVEC CC. | -40 |
| 162 | CURE DE HERNIE INGUINALE ET CRURALE, > 17 ANS, SANS CC. | -44 |
| 163 | CURE DE HERNIE, < 18 ANS | 26 |
| 164 | APPENDICECTOMIE,DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLIQUE, AVEC CC. | 268 |
| 165 | APPENDICECTOMIE,DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLIQUE, SANS CC. | 80 |
| 166 | APPENDICECTOMIE SANS DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLIQUE, AVEC CC. | 39 |
| 167 | APPENDICECTOMIE SANS DIAGNOSTIC PRINCIPAL COMPLIQUE, SANS CC. | -7 |
| 168 | INTERVENTIONS SUR LA BOUCHE, AVEC CC. | -36 |
| 169 | INTERVENTIONS SUR LA BOUCHE, SANS CC. | -9 |
| 170 | AUTRES INTERVENTIONS DU SYSTEME DIGESTIF, AVEC CC. | 279 |
| 171 | AUTRES INTERVENTIONS DU SYSTEME DIGESTIF, SANS CC. | 14 |
| 172 | AFFECTIONS MALIGNES DU TUBE DIGESTIF, AVEC CC. | 40 |
| 173 | AFFECTIONS MALIGNES DU TUBE DIGESTIF, SANS CC. | -63 |
| 174 | HEMORRAGIE GASTRO-INTESTINALE, AVEC CC. | -8 |
| 175 | HEMORRAGIE GASTRO-INTESTINALE, SANS CC. | -79 |
| 176 | ULCERE PEPTIQUE COMPLIQUE | -74 |
| 177 | ULCERE PEPTIQUE NON COMPLIQUE, AVEC CC. | -114 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|---|------|
| 178 | ULCERE PEPTIQUE NON COMPLIQUE, SANS CC. | -147 |
| 179 | MALADIE INFLAMMATOIRE DE L'INTESTIN | -146 |
| 180 | OBSTRUCTION GASTRO-INTESTINALE, AVEC CC. | 158 |
| 181 | OBSTRUCTION GASTRO-INTESTINALE, SANS CC. | 1 |
| 182 | OESO-, GASTRO-ENTERITE ET AFFECTIONS DIGESTIVES DIVERSES, > 17 ANS, AVEC CC. | -91 |
| 183 | OESO-, GASTRO-ENTERITE ET AFFECTIONS DIGESTIVES DIVERSES, > 17 ANS, SANS CC. | -96 |
| 185 | PATHOLOGIES DENTAIRES ET ORALES EXCEPTE EXTRACTIONS ET RESTAURATIONS, > 17 ANS | -27 |
| 186 | PATHOLOGIES DENTAIRES ET ORALES EXCEPTE EXTRACTIONS ET RESTAURATIONS, < 18 ANS | 83 |
| 187 | EXTRACTIONS ET RESTAURATIONS DENTAIRES | -26 |
| 188 | AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME DIGESTIF, > 17 ANS, AVEC CC. | -63 |
| 189 | AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME DIGESTIF, > 17 ANS, SANS CC. | -67 |
| 191 | SHUNT INTRA-ABDOMINAL ET INTERVENTIONS SUR PANCREAS ET FOIE, AVEC CC. | 489 |
| 192 | SHUNT INTRA-ABDOMINAL ET INTERVENTIONS SUR PANCREAS ET FOIE, SANS CC. | 186 |
| 193 | INTERVENTIONS DES VOIES BILIAIRES EXCEPTE CHOLECYSTECTOMIE ISOLEE, AVEC OU SANS EXPLORATION | 117 |
| 194 | INTERVENTIONS DES VOIES BILIAIRES EXCEPTE CHOLECYSTECTOMIE ISOLEE, AVEC OU SANS EXPLORATION | -6 |
| 195 | CHOLECYSTECTOMIE AVEC EXPLORATION BILIAIRE, AVEC CC. | 296 |
| 196 | CHOLECYSTECTOMIE AVEC EXPLORATION BILIAIRE, SANS CC. | 156 |
| 197 | CHOLECYSTECTOMIE SANS EXPLORATION BILIAIRE, AVEC CC. | 123 |
| 198 | CHOLECYSTECTOMIE SANS EXPLORATION BILIAIRE, SANS CC. | -23 |
| 199 | TECHNIQUES DIAGNOSTIQUES HEPATOBILIAIRES, POUR AFFECTIONS MALIGNES | 34 |
| 200 | TECHNIQUES DIAGNOSTIQUES HEPATOBILIAIRES, POUR AFFECTIONS NON-MALIGNES | -66 |
| 201 | AUTRES INTERVENTIONS HEPATOBILIAIRES OU DU PANCREAS | -346 |
| 202 | CIRRHOSE ET HEPATITE ALCOOLIQUE | -226 |
| 203 | AFFECTIONS MALIGNES DU SYSTEME HEPATOBILIAIRE OU DU PANCREAS | 17 |
| 204 | AFFECTIONS DU PANCREAS EXCEPTE AFFECTIONS MALIGNES | -93 |
| 205 | AFFECTIONS DU FOIE EXCEPTE AFFECTIONS NEO, CIRRHOSE, HEPATITE ALCOOLIQUE, AVEC CC. | -95 |
| 206 | AFFECTIONS DU FOIE EXCEPTE AFFECTIONS NEO, CIRRHOSE, HEPATITE ALCOOLIQUE, SANS CC. | -125 |
| 207 | AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, AVEC CC. | 9 |
| 208 | AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES, SANS CC. | -56 |
| 209 | INTERVENTIONS MAJ. ARTICULATION, RATTACHEMENT MEMBRES DES EXTREMITES INFERIEURES SANS INFECTIONS | 81 |
| 210 | INTERVENTIONS HANCHE, FEMUR, EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTICULATION, > 17 ANS, AVEC CC | 628 |
| 211 | INTERVENTIONS HANCHE, FEMUR, EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTICULATION, > 17 ANS, SANS CC | 242 |
| 212 | INTERVENTIONS HANCHE, FEMUR, EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTICULATION, < 18 ANS | 89 |
| 213 | AMPUT. POUR AFFECTIONS SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE, TISSU CONJONCTIF | 220 |
| 216 | BIOPSIE DU SYST MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCTIF | -127 |
| 217 | DEBRID.PLAIE GREFFE CUTANEE POUR AFFECTIONS MUSC.-SQUEL. TISSU CONJ., EXCEPTE MAIN ET PLAIE OUVERTE | 47 |
| 218 | INTERVENTIONS DES MEMB.INF. ET HUMERUS EXCEPTE HANCHE, PIED, FEMUR, > 17 ANS, AVEC CC. | 61 |
| 219 | INTERVENTIONS DES MEMB.INF. ET HUMERUS EXCEPTE HANCHE, PIED, FEMUR, > 17 ANS, SANS CC. | -22 |
| 220 | INTERVENTIONS DES MEMB.INF. ET HUMERUS EXCEPTE HANCHE, PIED, FEMUR, < 18 ANS | 5 |
| 221 | INTERVENTIONS DU GENOU, AVEC CC. | -28 |
| 222 | INTERVENTIONS DU GENOU, SANS CC. | -37 |
| 223 | INTERVENTIONS MAJ. EPAULE/COUDE, AUTRE INTERVENTIONS MEMBRE SUP., AVEC CC. | -28 |
| 224 | INTERVENTIONS EPAULE, COUDE, AVANT-BRAS EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTIC., SANS CC. | -20 |
| 225 | INTERVENTIONS DU PIED | -35 |
| 226 | INTERVENTIONS DES TISSUS MOUS, AVEC CC. | -45 |
| 227 | INTERVENTIONS DES TISSUS MOUS, SANS CC. | -46 |
| 228 | INTERVENTIONS MAJEURES POUCE OU ARTICULAT., AUTRE INTERVENTIONS MAIN, POIGNET, AVEC CC. | -91 |
| 229 | INTERVENTIONS MAIN, POIGNET, EXCEPTE INTERVENTIONS MAJEURES ARTICULATION, SANS CC. | -35 |
| 230 | EXCISION LOCALE ET ENLEVEMENT MATERIEL DE FIXATION INTERNE HANCHE ET FEMUR | -26 |
| 231 | EXCISION LOCALE ET ENLEVEMENT MATERIEL DE FIXATION INTERNE SAUF HANCHE ET FEMUR | -42 |
| 232 | ARTHROSCOPIE | -38 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|---|------|
| 233 | AUTRES INTERVENTIONS DU SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCT., AVEC CC. | -48 |
| 234 | AUTRES INTERVENTIONS DU SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCT., SANS CC. | -40 |
| 235 | FRACTURES DU FEMUR | 255 |
| 236 | FRACTURES DE LA HANCHE ET DU BASSIN | 79 |
| 237 | ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS DE HANCHE, BASSIN ET CUISSE | 69 |
| 238 | OSTEOMYELITE | 84 |
| 239 | FRACT. PATHOL. ET AFF.MALIGNES TISSU CONJONCTIF,SYSTEME MUSCULO-SQUEL | -14 |
| 240 | AFFECTIONS DU TISSU CONJONCTIF, AVEC CC. | -236 |
| 241 | AFFECTIONS DU TISSU CONJONCTIF, SANS CC. | -193 |
| 242 | ARTHRITE SEPTIQUE | -83 |
| 243 | PROBLEMES MEDICAUX DE DOS | -123 |
| 244 | MALADIES DES OS ET ARTHROPATHIES SPECIFIQUES, AVEC CC. | -128 |
| 245 | MALADIES DES OS ET ARTHROPATHIES SPECIFIQUES, SANS CC. | -141 |
| 246 | ARTHROPATHIES NON SPECIFIQUES | -67 |
| 247 | SIGNES, SYMPTOMES RELATIFS AU SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCTIF | -159 |
| 248 | TENDINITE, MYOSITE ET BURSITE | -69 |
| 249 | SURVEILLANCE POUR PATHOLOGIE MUSCULO-SQUELETTIQUE ET DU TISSU CONJONCTIF | -46 |
| 250 | FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS AVANT-BRAS, MAIN, PIEDS, > 17 ANS, AVEC CC. | -20 |
| 251 | FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS AVANT-BRAS, MAIN, PIEDS, > 17 ANS, SANS CC. | -31 |
| 252 | FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS AVANT-BRAS, MAIN, PIEDS, < 18 ANS | -17 |
| 253 | FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS BRAS, MEMB.INFER.SAUF PIED, > 17 ANS, AVEC C | 20 |
| 254 | FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS BRAS, MEMB.INFER.SAUF PIED, > 17 ANS, SANS C | -59 |
| 255 | FRACTURES, ENTORSES, FOULURES, LUXATIONS BRAS, MEMB.INFER.SAUF PIED, < 18 ANS | 9 |
| 256 | AUTRES DIAGNOSTICS SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET TISSU CONJONCTIF | -58 |
| 257 | MASTECTOMIE TOTALE POUR AFFECTIONS MALIGNES, AVEC CC. | -88 |
| 258 | MASTECTOMIE TOTALE POUR AFFECTIONS MALIGNES, SANS CC. | -124 |
| 259 | MASTECTOMIE SUBTOTALE POUR AFFECTIONS MALIGNES, AVEC CC. | -88 |
| 260 | MASTECTOMIE SUBTOTALE POUR AFFECTIONS MALIGNES, SANS CC. | -97 |
| 261 | INTERVENTIONS SEIN POUR AFFECTIONS BENIGNES, EXCEPTE BIOPSIE ET EXCISION LOCALE | -45 |
| 262 | BIOPSIE SEIN, EXCISION LOCALE POUR AFFECTIONS BENIGNES | -48 |
| 263 | GREFFE CUTANEE ET/OU DEBRIDEMENT POUR ULCERE OU CELLULITE, AVEC CC. | 244 |
| 264 | GREFFE CUTANEE ET/OU DEBRIDEMENT POUR ULCERE OU CELLULITE, SANS CC. | 445 |
| 265 | GREFFE CUTANEE ET/OU DEBRIDEMENT EXCEPTE ULCERE ET CELLULITE, AVEC CC. | -60 |
| 266 | GREFFE CUTANEE ET/OU DEBRIDEMENT EXCEPTE ULCERE ET CELLULITE, SANS CC. | -34 |
| 267 | INTERVENTIONS PERIANALES ET PILONIDALES | -54 |
| 268 | CHIRURGIE PLASTIQUE DE PEAU, DE TISSU SOUS-CUTANE ET DU SEIN | -28 |
| 269 | AUTRES INTERVENTIONS PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, AVEC CC. | 60 |
| 270 | AUTRES INTERVENTIONS PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, SANS CC. | -20 |
| 271 | ULCERE DE LA PEAU | 464 |
| 272 | AFFECTIONS MAJEURES DE LA PEAU, AVEC CC. | 30 |
| 273 | AFFECTIONS MAJEURES DE LA PEAU, SANS CC. | -16 |
| 274 | AFFECTIONS MALIGNES DU SEIN, AVEC CC. | 11 |
| 275 | AFFECTIONS MALIGNES DU SEIN, SANS CC. | -50 |
| 276 | AFFECTIONS DU SEIN, EXCEPTE AFFECTIONS MALIGNES | -28 |
| 277 | CELLULITE, > 17 ANS, AVEC CC. | -44 |
| 278 | CELLULITE, > 17 ANS, SANS CC. | -7 |
| 279 | CELLULITE, < 18 ANS | 192 |
| 280 | TRAUMATISME DE PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, > 17 ANS, AVEC CC. | -61 |
| 281 | TRAUMATISME DE PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, > 17 ANS, SANS CC. | -39 |
| 282 | TRAUMATISME DE PEAU, TISSU SOUS-CUTANE, SEIN, < 18 ANS | -5 |
| 283 | AFFECTIONS MINEURES DE LA PEAU, AVEC CC. | -138 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|---|------|
| 284 | AFFECTIONS MINEURES DE LA PEAU, SANS CC. | -53 |
| 285 | AMPUTATION DE MEMBRE INFERIEUR POUR AFFECTIONS ENDOCRIN.,NUTRIT.,METABOLIQUES | 702 |
| 286 | INTERVENTIONS SUR LES SURRENALES ET L'HYPOPHYSE | 146 |
| 287 | GREFFE CUTANEE, DEBRIDEMENT DE PLAIE POUR AFFECTIONS ENDOCR.,NUTRIT.,METABOL. | -80 |
| 288 | INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR OBESITE | -18 |
| 289 | INTERVENTIONS SUR PARATHYROIDES | -97 |
| 290 | INTERVENTIONS SUR LA THYROIDE | -52 |
| 291 | INTERVENTIONS SUR LE CANAL THYREOGLOSSE | 38 |
| 292 | AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME ENDOCRINIEN, TROUB.NUTRIT,METAB, AVEC CC. | -33 |
| 293 | AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME ENDOCRINIEN, TROUB.NUTRIT,METAB, SANS CC. | 11 |
| 294 | DIABETE, AGE > 35 ANS | -83 |
| 295 | DIABETE, AGE < 36 ANS | 8 |
| 296 | AFFECTIONS NUTRITIONNELLES ET DU METABOLISME, > 17 ANS, AVEC CC. | 90 |
| 297 | AFFECTIONS NUTRITIONNELLES ET DU METABOLISME, > 17 ANS, SANS CC. | -69 |
| 298 | AFFECTIONS NUTRITIONNELLES ET DU METABOLISME, < 18 ANS | 265 |
| 299 | ANOMALIES CONGENITALES DU METABOLISME | -67 |
| 300 | AFFECTIONS ENDOCRINIENNES, AVEC CC. | -155 |
| 301 | AFFECTIONS ENDOCRINIENNES, SANS CC. | -175 |
| 302 | TRANSPLANTATION RENALE | 172 |
| 303 | INTERVENTIONS MAJ. POUR AFF. MALIGNES REINS, URETERES, VESSIE | 278 |
| 304 | INTERVENTIONS MAJ. POUR AFF. BENIGNES REINS, URETERES, VESSIE, AVEC CC. | 31 |
| 305 | INTERVENTIONS MAJ. POUR AFF. BENINGES REINS, URETERES, VESSIE, SANS CC. | 72 |
| 306 | PROSTATECTOMIE, AVEC CC. | -205 |
| 307 | PROSTATECTOMIE, SANS CC. | -72 |
| 308 | INTERVENTIONS MINEURE DE LA VESSIE, AVEC CC. | 189 |
| 309 | INTERVENTIONS MINEURE DE LA VESSIE, SANS CC. | -18 |
| 310 | INTERVENTIONS TRANSURETRALES, AVEC CC. | -38 |
| 311 | INTERVENTIONS TRANSURETRALES, SANS CC. | -44 |
| 312 | INTERVENTIONS SUR L'URETRE, > 17 ANS, AVEC CC. | -31 |
| 313 | INTERVENTIONS SUR L'URETRE, > 17 ANS, SANS CC. | -34 |
| 314 | INTERVENTIONS SUR L'URETRE, < 18 ANS | -16 |
| 315 | AUTRES INTERVENTIONS CHIRURG. DES REINS ET DES VOIES URINAIRES | -72 |
| 316 | INSUFFISANCE RENALE | -94 |
| 317 | ADMISSION POUR DIALYSE RENALE | -20 |
| 318 | AFFECTIONS MALIGNES DES REINS ET VOIES URINAIRES, AVEC CC. | 42 |
| 319 | AFFECTIONS MALIGNES DES REINS ET VOIES URINAIRES, SANS CC. | -56 |
| 320 | INFECTION DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, AVEC CC. | 17 |
| 321 | INFECTION DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, SANS CC. | -29 |
| 322 | INFECTION DES REINS ET VOIES URINAIRES, < 18 ANS | 310 |
| 323 | LITHIASES URINAIRES, AVEC CC., ET/OU LITHOTRIPSIE | -56 |
| 324 | LITHIASES URINAIRES, SANS CC. | -58 |
| 325 | SIGNES ET SYMPTOMES DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, AVEC CC. | -2 |
| 326 | SIGNES ET SYMPTOMES DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, SANS CC. | -65 |
| 327 | SIGNES ET SYMPTOMES DES REINS ET VOIES URINAIRES, < 18 ANS, SANS CC. | -34 |
| 328 | STENOSE URETRALE, > 17 ANS, AVEC CC. | 182 |
| 329 | STENOSE URETRALE, > 17 ANS, SANS CC. | -73 |
| 331 | AUTRES DIAGNOSTICS DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, AVEC CC. | -111 |
| 332 | AUTRES DIAGNOSTICS DES REINS ET VOIES URINAIRES, > 17 ANS, SANS CC. | -98 |
| 333 | AUTRES DIAGNOSTICS DES REINS ET VOIES URINAIRES, < 18 ANS | -8 |
| 334 | INTERVENTIONS MAJEURE SUR PETIT BASSIN, HOMME, AVEC CC. | 53 |
| 335 | INTERVENTIONS MAJEURE SUR PETIT BASSIN, HOMME, SANS CC. | 61 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|---|------|
| 336 | PROSTATECTOMIE TRANSURETRALE, AVEC CC. | -92 |
| 337 | PROSTATECTOMIE TRANSURETRALE, SANS CC. | -45 |
| 338 | INTERVENTIONS DES TESTICULES POUR AFFECTIONS MALIGNES | -70 |
| 339 | INTERVENTIONS DES TESTICULES, EXCEPTE AFFECTIONS MALIGNES, > 17 ANS | -45 |
| 340 | INTERVENTIONS DES TESTICULES, EXCEPTE AFFECTIONS MALIGNES, < 18 ANS | -14 |
| 341 | CHIRURGIE DU PENIS | -1 |
| 342 | CIRCONCISION, > 17 ANS | -52 |
| 343 | CIRCONCISION, < 18 ANS | -4 |
| 344 | AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME GENITAL MASCULIN POUR AFFECTIONS MALIGNES | -1 |
| 345 | AUTRES INTERVENTIONS SUR SYSTEME GENITAL MASCULIN EXCEPTE POUR AFFECTIONS MALIGNES | -12 |
| 346 | AFFECTIONS MALIGNES D'ORGANES GENITAUX MASCULINS, AVEC CC. | 95 |
| 347 | AFFECTIONS MALIGNES D'ORGANES GENITAUX MASCULINS, SANS CC. | -33 |
| 348 | HYPERTROPHIE BENIGNE DE PROSTATE, AVEC CC. | -112 |
| 349 | HYPERTROPHIE BENIGNE DE PROSTATE, SANS CC. | -59 |
| 350 | INFLAMMATION DES ORGANES GENITAUX MASCULINS | -44 |
| 351 | STERILISATION MASCULINE | -37 |
| 352 | AUTRES DIAGNOSTICS DES ORGANES GENITAUX MASCULINS | -52 |
| 353 | EVISCEATION PELVIENNE, HYSTERECTOMIE ET VULVECTOMIE RADICALES | -26 |
| 354 | INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES, POUR AFF. MALIGNES EXCEPTE OVAIRES/ANNEXES, AVEC CC. | -229 |
| 355 | INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES, POUR AFF. MALIGNES EXCEPTE OVAIRES/ANNEXES, SANS CC. | -20 |
| 356 | INTERVENTIONS RECONSTRUCTRICES D'ORGANES GENITAUX FEMININS | -36 |
| 357 | INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES POUR AFF. MALIGNES DES OVAIRES ET DES ANNEXES | 37 |
| 358 | INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES, POUR CARCINOME IN SITU ET AFF. BENIGNES, AVEC CC. | -16 |
| 359 | INTERVENTIONS SUR UTERUS/ANNEXES, POUR CARCINOME IN SITU ET AFF. BENIGNES, SANS CC. | -53 |
| 360 | INTERVENTIONS SUR VAGIN, COL ET VULVE | -39 |
| 361 | LIGATURE TUBAIRE PAR VOIE LAPAROSCOPIE | -43 |
| 362 | LIGATURE TUBAIRE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE | -50 |
| 363 | DILATATION, CURETAGE, CONISATION, RADIO-IMPLANT POUR AFFECTIONS MALIGNES | -50 |
| 364 | DILATATION, CURETAGE, CONISATION EXCEPTE POUR AFFECTIONS MALIGNES | -51 |
| 365 | AUTRES INTERVENTIONS SUR ORGANES GENITAUX FEMININS | -24 |
| 366 | AFFECTIONS MALIGNES D'ORGANES GENITAUX FEMININS, AVEC CC. | 41 |
| 367 | AFFECTIONS MALIGNES D'ORGANES GENITAUX FEMININS, SANS CC. | -5 |
| 368 | INFECTIONS DES ORGANES GENITAUX FEMININS | -15 |
| 369 | TROUBLES MENSTRUELS, AUTRES TROUBLES DES ORGANES GENITAUX FEMININS | -68 |
| 392 | SPLENECTOMIE, > 17 ANS | 211 |
| 393 | SPLENECTOMIE, < 18 ANS | 104 |
| 394 | AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES | -75 |
| 395 | AFFECTIONS DES GLOBULES ROUGES, > 17 ANS | -93 |
| 397 | TROUBLES DE LA COAGULATION | -13 |
| 398 | MALADIES DU SYSTEME RETICULO-ENDOTHELIAL ET IMMUNITAIRE, AVEC CC. | -78 |
| 399 | MALADIES DU SYSTEME RETICULO-ENDOTHELIAL ET IMMUNITAIRE, SANS CC. | -39 |
| 400 | LYMPHOME ET LEUCEMIE AVEC INTERVENTIONS CHIRURGICALES MAJEURES | 82 |
| 401 | LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE AVEC AUTRES INTERVENTIONS, AVEC CC. | -43 |
| 402 | LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE AVEC AUTRES INTERVENTIONS, SANS CC. | -118 |
| 403 | LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE, AVEC CC. | 46 |
| 404 | LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE, SANS CC. | -32 |
| 406 | MALADIES MYELOPROLIFERATIVES, NEO.PEU DIFFERENCIES AVEC INTERVENTIONS CHIRURGICALES | 319 |
| 407 | MALADIES MYELOPROLIFERATIVES, NEO.PEU DIFFERENCIES AVEC INTERVENTIONS CHIRURGICALES | 294 |
| 408 | MALADIES MYELOPROLIFERATIVES, NEO.PEU DIFFERENCIES, AVEC AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES | -55 |
| 409 | RADIOTHERAPIE | -217 |
| 410 | CHIMIOOTHERAPIE | -5 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|---|------|
| 411 | ANTECEDENTS DES AFFECTIONS MALIGNES, SANS ENDOSCOPIE | -106 |
| 412 | ANTECEDENTS DES AFFECTIONS MALIGNES, AVEC ENDOSCOPIE | -104 |
| 413 | AUTRES MALADIES MYELOPROLIFERATIVES OU AFF. MALIGNES PEU DIFFERENCIES, AVEC CC. | 44 |
| 414 | AUTRES MALADIES MYELOPROLIFERATIVES OU AFF. MALIGNES PEU DIFFERENCIES, SANS CC. | 10 |
| 415 | INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR INFECTIONS OU MALADIES PARASITAIRES | 170 |
| 416 | SEPTICEMIE, > 17 ANS | 293 |
| 417 | SEPTICEMIE, < 18 ANS | 509 |
| 418 | INFECTIONS POSTOPERATOIRES ET POSTTRAUMATIQUES | -43 |
| 419 | FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE, > 17 ANS, AVEC CC. | -93 |
| 420 | FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE, > 17 ANS, SANS CC. | -42 |
| 421 | INFECTION VIRALE, > 17 ANS | -96 |
| 422 | MALADIE VIRALE, FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE, < 18 ANS | 109 |
| 423 | AUTRES MALADIES INFECTIEUSES OU PARASITAIRES | 31 |
| 424 | INTERVENTIONS CHIRURGICALES AVEC DIAG.PRINCIPAL DE MALADIE MENTALE | -165 |
| 425 | REACTION AIGUE D'ADAPTATION, DYSFONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL | -171 |
| 426 | DEPRESSIONS NEVROTIQUES | -323 |
| 427 | NEVROSES, EXCEPTE DEPRESSION | -263 |
| 428 | TROUBLES DE PERSONNALITE, COMPORTEMENT IMPULSIF | -338 |
| 429 | TROUBLES ORGANIQUES ET RETARD MENTAL | 89 |
| 430 | PSYCHOSES | -377 |
| 431 | TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANCE | -169 |
| 432 | AUTRES MALADIES MENTALES | -36 |
| 439 | GREFFES CUTANEEES POUR TRAUMATISME | -92 |
| 440 | DEBRIDEMENT DE PLAIE POUR TRAUMATISME EXCEPTE PLAIES OUVERTES | -136 |
| 441 | INTERVENTIONS DE LA MAIN POUR TRAUMATISME | -25 |
| 442 | AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR TRAUMATISME, AVEC CC. | -20 |
| 443 | AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR TRAUMATISME, SANS CC. | 21 |
| 444 | TRAUMATISME MULTIPLE OU DE SITE NON SPECIFIE, > 17 ANS, AVEC CC. | 218 |
| 445 | TRAUMATISME MULTIPLE OU DE SITE NON SPECIFIE, > 17 ANS, SANS CC. | -28 |
| 446 | TRAUMATISME MULTIPLE OU DE SITE NON SPECIFIE, < 18 ANS | 11 |
| 447 | REACTIONS ALLERGIQUES, > 17 ANS | -79 |
| 448 | REACTIONS ALLERGIQUES, < 18 ANS | 8 |
| 449 | EMPOISONNEMENT, EFFETS TOXIQUES DE MEDICAMENT, > 17 ANS, AVEC CC. | -55 |
| 450 | EMPOISONNEMENT, EFFETS TOXIQUES DE MEDICAMENT, > 17 ANS, SANS CC. | -43 |
| 451 | EMPOISONNEMENT, EFFETS TOXIQUES DE MEDICAMENT, < 18 ANS | -27 |
| 452 | COMPLICATIONS DE TRAITEMENT, AVEC CC. | -98 |
| 453 | COMPLICATIONS DE TRAITEMENT, SANS CC. | -33 |
| 454 | AUTRES TRAUMATISMES, EMPOISONNEMENTS, EFFETS TOXIQUES, AVEC CC. | -1 |
| 455 | AUTRES TRAUMATISMES, EMPOISONNEMENTS, EFFETS TOXIQUES, SANS CC. | -54 |
| 456 | BRULURES, TRANSFERT VERS UN AUTRE CENTRE DE TRAITEMENT | 100 |
| 458 | BRULURES NON ETENDUES AVEC GREFFES CUTANEEES | 90 |
| 459 | BRULURES NON ETENDUES, AVEC DEBRIDEMENT DE PLAIE OU AUTRES INTERVENTIONS | -53 |
| 460 | BRULURES NON ETENDUES SANS INTERVENTIONS CHIRURGICALES | 110 |
| 461 | INTERVENTIONS CHIR. POUR AUTRE CONTACT AVEC SERVICES DE SANTE | -19 |
| 462 | REEDUCATION | 48 |
| 463 | SIGNES ET SYMPTOMES, AVEC CC. | -37 |
| 464 | SIGNES ET SYMPTOMES, SANS CC. | -75 |
| 465 | SURVEILLANCE AVEC ANTECEDENTS DES AFF. MALIGNES COMME DIAGNOSTIC SECONDAIRE | -71 |
| 466 | SURVEILLANCE SANS ANTECEDENTS DES AFF. MALIGNES COMME DIAGNOSTIC SECONDAIRE | -63 |
| 467 | AUTRES FACTEURS INFLUENCANT L'ETAT DE SANTE | 76 |
| 471 | INTERVENTIONS BILAT. OU MULTIPLES SUR GROSSES ARTICULATIONS DE MEMBRE INFERIEUR | 527 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|---|------|
| 475 | MALADIES DU SYSTEME RESPIRATOIRE AVEC ASSISTANCE VENTILATOIRE | 1634 |
| 478 | AUTRES INTERVENTIONS VASCULAIRES, AVEC CC. | 54 |
| 479 | AUTRES INTERVENTIONS VASCULAIRES, SANS CC. | 24 |
| 482 | TRACHEOSTOMIE POUR AFFECTIONS DE BOUCHE, PHARYNX OU LARYNX | 1921 |
| 483 | TRACHEOSTOMIE POUR AFFECTIONS AUTRES QUE BOUCHE, PHARYNX, LARYNX | 8590 |
| 491 | INTERVENTIONS MAJEURES SUR ARTICULATION ET RATTACHEMENT DE MEMBRE DE L'EXTREM. SUPERI | -140 |
| 530 | CRANIOTOMIE AVEC CC. MAJ. | 2259 |
| 531 | INTERVENTIONS SUR LE SYSTEME NERVEUX, EXCEPTE CRANIOTOMIE, AVEC CC. MAJ. | 633 |
| 532 | ISCHEMIE CEREBRALE TRANSITOIRE, OCCLUS.PRECEREBR., EPILEPSIE ET CEPHALEES,AVEC CC. MA | 197 |
| 533 | AUTRE AFFECT.SYST.NERV.,EXC.ISCH.CEREBR.TRANSITOIRE, EPILEPSIE ET CEPHALEES,AVEC CC. | 880 |
| 534 | INTERVENTIONS SUR L'OEIL, AVEC CC. MAJ. | -4 |
| 535 | AFFECTIONS OCULAIRES, AVEC CC. MAJ. | 124 |
| 536 | INTERVENTIONS DES NEZ, GORGE, OREILLE ET BOUCHE EXC. INTERV. MAJ.TETE ET COU, AVEC CC | -15 |
| 537 | AFFECTIONS DES NEZ, GORGE, OREILLES ET BOUCHE, AVEC CC. MAJ. | 291 |
| 538 | INTERVENTIONS THORACIQUES MAJEURE, AVEC CC. MAJ. | 1211 |
| 539 | INTERVENTIONS RESPIRATOIRES EXCEPTE INTERVENTIONS THORACIQUES MAJ., AVEC CC. MAJ. | 692 |
| 540 | INFECTIONS RESPIRATOIRES ET INFLAMMATIONS, AVEC CC. MAJ. | 1339 |
| 541 | AFFECTIONS RESPIRATOIRES, EXCEPTE INFECTIONS, BRONCHITE, ASTHME, AVEC CC. MAJ. | 246 |
| 542 | BRONCHITE, ASTHME, AVEC CC. MAJ. | 251 |
| 543 | AFFECT.CIRCULATOIRES,SAUF INFARC.,ENDOCARDITE,DECOMPENS.,ARYTHM., AVEC CC. MAJ.. | 109 |
| 544 | DECOMPENSATION CARDIAQUE, ARYTHMIE, AVEC CC. MAJ. | 482 |
| 545 | INTERVENTIONS DE VALVE CARDIAQUE, AVEC CC. MAJ. | 1951 |
| 546 | PONTAGE CORONAIRE, AVEC CC. MAJ. | 1334 |
| 547 | AUTRES INTERVENTIONS CARDIOTHORACIQUES, AVEC CC. MAJ. | 1255 |
| 548 | INSERTION OU REVISION DE PACEMAKER, AVEC CC. MAJ. | 209 |
| 549 | INTERVENTIONS CARDIO-VASCULAIRES MAJEURES, AVEC CC. MAJ. | 1805 |
| 550 | AUTRES INTERVENTIONS VASCULAIRES, AVEC CC. MAJ. | 375 |
| 551 | OESOPHAGITE, GASTROENTERITE, ULCERE NON COMPL, AVEC CC. MAJ. | 140 |
| 552 | AFFECTIONS DIGESTIVE SAUF OESOPHAGITE, GASTROENTERITE,ULC NON CAP., AVEC CC. MAJ. | 290 |
| 553 | INTERVENTIONS SUR SYSTEME DIGESTIF SAUF HERNIE,ESTOMAC,INTESTIN, AVEC CC. MAJ. | 614 |
| 554 | INTERVENTIONS SUR HERNIE, AVEC CC. MAJ. | 263 |
| 555 | INTERVENTIONS SUR PANCREAS, FOIE, VOIES BILIAIRES, SAUF TRANSPL.FOIE, AVEC CC. MAJ. | 1301 |
| 556 | CHOLECYSTECTOMIE ET AUTRES INTERVENTIONS HEPATOBILIAIRES, AVEC CC. MAJ. | 715 |
| 557 | AFFECTIONS HEPATOBILIAIRES OU DU PANCREAS, AVEC CC. MAJ. | 332 |
| 558 | INTERVENTIONS MAJEURES SYST.MUSC-SQUEL.,EXCEPTE BILAT.OU MULT. SUR ARTIC., AVEC CC.MA | 1064 |
| 559 | INTERVENTIONS NON MAJEURES SUR LE SYSTEME MUSCULO-SQUELETT., AVEC CC. MAJ. | 194 |
| 560 | AFFECT.MUSCULO-SQUEL.,EXC.OSTEITE, ARTHRITE SEPT., MAL.TIS.CONJ.,AVEC CC. MAJ. | 223 |
| 561 | OSTEOMYELITIS, ARTHRITE SEPTIQUE, AFFECT.TISSU CONJONCTIF, AVEC CC. MAJ. | 489 |
| 562 | AFFECTIONS MAJEURES DE PEAU, SEINS, AVEC CC. MAJ. | 802 |
| 563 | AUTRES AFFECTIONS DE PEAU, AVEC CC. MAJ. | 543 |
| 564 | INTERVENTIONS SUR PEAU ET SEINS, AVEC CC. MAJ. | 308 |
| 565 | INTERVENTIONS ENDOCRINE, NUTRIT., METABOL. EXCEPTE AMPUTAT. MEMB.INF.,AVEC CC. MAJ. | 765 |
| 566 | TROUBLES ENDOCRINE, NUTRIT., METABOL. EXCEPT TROUBLE ALIMENT.,AVEC CC. MAJ. | 421 |
| 567 | INTERVENTIONS DES REINS ET VOIES URINAIRES EXCEPTE GREFFE DE REIN, AVEC CC. MAJ. | 447 |
| 568 | INSUFFISANCE RENALE, AVEC CC. MAJ. | 650 |
| 569 | AFFECTIONS DES REINS ET VOIE URINAIRE EXCEPTE INSUFFISANCE RENALE,AVEC CC. MAJ. | 291 |
| 570 | AFFECTIONS DES ORGANES GENITAUX MASCULIN, AVEC CC. MAJ. | 336 |
| 571 | INTERVENTIONS DES ORGANES GENITAUX MASCULINS, AVEC CC. MAJ. | 305 |
| 572 | AFFECTIONS DES ORGANES GENITAUX FEMININS, AVEC CC. MAJ. | 508 |
| 573 | INTERVENTIONS NON RADICALES DES ORGANES GENITAUX FEMININ, AVEC CC. MAJ. | 44 |
| 574 | AFFECTIONS DU SANG, DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES, IMMUNIT., AVEC CC. MAJ. | 270 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|--|------|
| 575 | INTERVENTIONS SUR SANG, LES ORGANES HEMATOPOIETIQUES, INTERVENTIONS IMMUN., AVEC CC. | 357 |
| 576 | LEUCEMIE AIGUE, AVEC CC. MAJ. | 1886 |
| 577 | MALADIES MYELOPROLIFERATIVES, AFF. MAL. PEU DIFFERENCIES, AVEC CC. MAJ. | 298 |
| 578 | LYMPHOME, LEUCEMIE NON AIGUE, AVEC CC. MAJ. | 728 |
| 579 | INTERVENTIONS POUR LYMPHOME, LEUCEMIE, AFFEC. MYEPROLIFERATIVE, AVEC CC. MAJ. | 1932 |
| 580 | INFECTIONS SYSTEMIQUES PARASITOSE, EXCEPTE SEPTICEMIE, AVEC CC. MAJ. | 576 |
| 581 | INTERVENTIONS POUR INFECTIONS SYSTEMIQUES PARASITOSE, AVEC CC. MAJ. | 2434 |
| 582 | TRAUMATISMES EXCEPTE POLYTRAUMATISMES, AVEC CC. MAJ. | 280 |
| 583 | INTERVENTIONS POUR TRAUMATISMES EXCEPTE POLYTRAUMATISMES, AVEC CC. MAJ. | 1398 |
| 584 | SEPTICEMIE, AVEC CC. MAJ. | 944 |
| 585 | INTERVENTIONS GASTRO-INTESTINALES MAJEURES, AVEC CC. MAJ. | 1299 |
| 702 | HIV AVEC MALADIE DU S.N.C., NON ASSOCIE A USAGE D'OPIACES, > 12 ANS | 4153 |
| 705 | HIV AVEC AFFECTIONS MALIGNES SANS USAGE D'OPIACES, > 12 ANS | 1074 |
| 708 | HIV AVEC INFECTION SANS USAGE D'OPIACES, > 12 ANS | 878 |
| 711 | HIV AVEC AUTRE AFFECTIONS, SANS USAGE D'OPIACES, > 12 ANS | 238 |
| 714 | HIV SANS PATHOLOGIE LIEE, SANS USAGE D'OPIACES, > 12 ANS | 283 |
| 730 | CRANIOTOMIE POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF | 2828 |
| 731 | INTERVENTIONS SUR COLONNE, HANCHE, MEMBRE POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF | 1036 |
| 732 | AUTRE INTERVENTIONS POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF | 451 |
| 733 | DIAGNOSTICS CONCERNANT TETE, THORAX, MEMBRE INFER. INDIQUANT POLYTRAUMATISE | 474 |
| 734 | AUTRES DIAGNOSTICS DE POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF | -320 |
| 739 | CRANIOTOMIE, < 18 ANS, SANS CC. | 193 |
| 740 | MUCOVISCIDOSE | 337 |
| 744 | ABUS OU DEPENDANCE D'OPIACES, AVEC CC. | -349 |
| 745 | ABUS OU DEPENDANCE D'OPIACES, SANS CC. | -246 |
| 746 | ABUS OU DEPENDANCE DE COCAINE OU AUTRES DROGUES, SORTI CONTRE AVIS MEDICAL | -36 |
| 747 | ABUS OU DEPENDANCE DE COCAINE OU AUTRES DROGUES, AVEC CC. | -57 |
| 748 | ABUS OU DEPENDANCE DE COCAINE OU AUTRES DROGUES, SANS CC. | -143 |
| 749 | ABUS OU DEPENDANCE D'ALCOOL, SORTI CONTRE AVIS MEDICAL | -62 |
| 750 | ABUS OU DEPENDANCE D'ALCOOL, AVEC CC. | -273 |
| 751 | ABUS OU DEPENDANCE D'ALCOOL, SANS CC. | -182 |
| 753 | REEDUCATION POUR TROUBLES ALIMENTAIRES | -316 |
| 755 | ARTHRODESE VERTEBRALE AVEC CC. | 269 |
| 756 | ARTHRODESE VERTEBRALE SANS CC. | 44 |
| 757 | INTERVENTIONS SUR DOS ET COU EXCEPTE ARTHRODESE VERTEBRALE, AVEC CC. | 55 |
| 758 | INTERVENTIONS SUR DOS ET COU EXCEPTE ARTHRODESE VERTEBRALE, SANS CC. | -47 |
| 761 | STUPEUR ET COMA TRAUMATIQUES, > 1 HR | 125 |
| 762 | COMMOTION, TRAUMATISME INTRACRANIEN AVEC COMA < 1HR, < 18 ANS | -20 |
| 763 | STUPEUR ET COMA TRAUMATIQUES, < 1HR, < 18 ANS | 51 |
| 764 | COMMOTION, TRAUMATISME INTRACRANIEN, COMA < 1HR OU ABSENT,> 17 ANS, AVEC CC | -53 |
| 765 | COMMOTION, TRAUMATISME INTRACRANIEN, COMA < 1HR OU ABSENT,> 17 ANS, SANS CC. | -61 |
| 766 | STUPEUR ET COMA TRAUMATIQUES, COMA < 1 HR, > 17 ANS, AVEC CC. | 123 |
| 767 | STUPEUR ET COMA TRAUMATIQUES, COMA < 1 HR, > 17 ANS, SANS CC. | -63 |
| 769 | EPLIEPSIE, CONVULSIONS ET CEPHALES, < 18 ANS, SANS CC. | 41 |
| 772 | PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURESIE, < 18 ANS, AVEC CC. | 534 |
| 773 | PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURESIE, < 18 ANS, SANS CC. | 299 |
| 774 | BRONCHITE ET ASTHME, < 18 ANS, AVEC CC. | 280 |
| 775 | BRONCHITE ET ASTHME, < 18 ANS, SANS CC. | 239 |
| 776 | OESOPHAGITE, GASTRO-ENTERITE, AFFECT. DIGESTIVES DIVERSES,< 18 ANS, AVEC CC. | 171 |
| 777 | OESOPHAGITE, GASTRO-ENTERITE, AFFECT. DIGESTIVES DIVERSES,< 18 ANS, SANS CC. | 104 |
| 779 | AUTRES DIAGNOSTICS DU SYSTEME DIGESTIF, < 18 ANS, SANS CC. | 34 |

| DRG | DESCRIPTION | ICSx |
|-----|--|------|
| 782 | LEUCEMIE AIGUE SANS INTERVENTIONS CHIR.MAJEURES, > 17 ANS, AVEC CC. | 1099 |
| 783 | LEUCEMIE AIGUE SANS INTERVENTIONS CHIR.MAJEURES, > 17 ANS, SANS CC. | 327 |
| 786 | INTERVENTIONS MAJEURE DE TETE COU POUR AFFECTIONS MALIGNES | 785 |
| 787 | CHOLECYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE AVEC EXPLORATION DE VOIE BILIAIRE PRINCIPALE | 78 |
| 788 | CHOLECYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE SANS EXPLORER LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE | -28 |
| 789 | INTERVENTIONS MAJEURES ET RATTACHEMENT ARTICULAT. MEMBRE INFERIEUR, AVEC INFECTION | 158 |
| 790 | DEBRID. ET GREFFE PEAU POUR PLAIE OUVERTE, MALADIE OS + TISS.CONJ., EXCEPT MAIN | -48 |
| 791 | DEBRIDEMENT POUR PLAIE OUVERTE TRAUMATIQUE | 95 |
| 792 | CRANIOTOMIE POUR POLYTRAUMATISME SIGNIFICATIF, AVEC CC. MAJ.NON TRAUMAT. | 1946 |
| 793 | INTERVENTIONS POUR POLYTRAUMAT.GRAVE EXCEPTE CRANIOTOMIE, AVEC CC.MAJ.NON TRAUMAT. | 3635 |
| 794 | DIAGNOSTICS DE POLYTRAUMATISME GRAVE, AVEC CC. MAJEURES NON TRAUMATIQUES | 2000 |

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1998.

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. De GALAN

Annexe 3 à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1998

Annexe 9. Fixation des scores dont question au deuxième calcul visé à l'article 43, §2, c)
en vue de la répartition en déciles des hôpitaux.

1. Objectif.

Dans cette annexe, des scores sont déterminés en vue de la répartition en déciles prévue au 2ème calcul de l'article 43, §2, c) calculés sur base de l'enregistrement R.I.M. et en se référant au dernier exercice connu.

2. Fixation des scores sur base de l'enregistrement RIM.

Le calcul des scores sur base de l'enregistrement RIM s'effectue conformément aux dispositions de l'annexe 3 du présent arrêté.

En vue de déterminer les points RIM-ZIP (zones à profil de soins intensifs) de l'ensemble des services C, D, C+D, E et C+D (intensifs), les opérations suivantes sont effectuées :

- a) séparation des zones visées à l'annexe 3 en deux types, soit :
- les zones qualifiées de "zones à profil de soins intensifs" (ZIP);
 - les zones qualifiées de "zones avec un autre profil de soins" (ZAP).

Les ZIP se caractérisent par des soins de base lourds, des fonctions d'observation hautes (enregistrement des paramètres vitaux et physiques) et beaucoup d'interventions de technique infirmière. Sont considérées comme ZIP les zones où ces trois caractéristiques sont présentes simultanément et de façon prononcée. Les zones 19, 20, 24, 25 et 28 sont considérées comme ZIP car elles possèdent les caractéristiques précitées.

b) détermination des points RIM-ZIP par hôpital

Pour ce faire, on additionne les valeurs en points RIM pour les journées d'hospitalisation des services précités et situés uniquement en ZIP. Ensuite, on divise cette somme par le nombre total de journées d'hospitalisation (journées ZIP et ZAP) des services précités.

Le résultat de cette division est appelé "points RIM-ZIP" ou "scores RIM-ZIP".

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 décembre 1998.

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Bijlage 1 bij het ministerieel besluit van 30 december 1998

Bijlage 10

De tussenkomst van de ziekteverzekering geïnviseerd in artikel 49, §1, d), is deze betreffende de leveranciers van implantaten geïnviseerd in artikelen 28 en 35 van de Z.I.V. nomenclatuur, uitgezonderd de volgende nummers :

611774 - 611785

612054 - 612065

8351 - 612334 - 612345

612813 - 612824

612835 - 612846

8371 - 612695 - 612706

612931 - 612942

612953 - 612964 voor de prestaties 229014-2129025, 229051-229062, 229073-229084, 229213-229224, 229272-229283, 229316-229320, 229515-229526, 229530-229541, 229552-229563, 229574-229585, 236014-236025, 236036-236040, 236051-236062, 237016-237020, 237031-237042, 237053-237064, 237075-237086, 237090-237101, 237156-237160, 242292-242303, 242314-242325, 242336-242340, 242631-242642, 281551-281562, 281573-281584, 281654-281665, 281794-281805, 281971-281982, 282052-282063, 293436-293440, 318054-318065 en 318076-318080

612872 - 612883

612894 - 612905

612732 - 612743
 612916 - 612920
 aaaaaa - bbbbbb Gebruik van 1 of meer ablatie catheters tijdens de prestatie 589315 - 589326
 589315 - 589326
 613012 - 613023
 613034 - 613045
 613955 - 613966
 613970 - 613981
 613874 - 613885
 613896 - 613900
 613992 - 614003
 614036 - 614040
 614095 - 614106
 614250 - 614261
 614272 - 614283

Gezien om als bijlage te worden toegevoegd aan het ministerieel besluit van 30 december 1998.

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

Bijlage 2 van het ministerieel besluit van 30 december 1998

Bijlage VII : Berekening van een ziekenhuismeerkostindex per bezet C- en D-bed.

Voor elk algemeen ziekenhuis wordt een pathologiegewogen meerkostindex per bezet C- en D-bed (zijnde MKIz) berekend op basis van een nationale meerkostindex per DRG (zijnde MKIx).

1. Selectie van de C- en D-patiënten.

Uit de populatie van de gehospitaliseerde patiënten worden enkel de C- en D- patiënten weerhouden. Deze patiënten worden gedefinieerd als patiënten met uitsluitend ligdagen op een C-, D-, I- en /of H-dienst. De kleine en type I outlierverblijven qua verblijfsduur worden buiten beschouwing gelaten.

De volgende DRG's worden niet in de berekening opgenomen :

° de DRG's binnen MDC 14 (= zwangerschap, bevalling en kraambed), 15 (= pasgeborenen), 19 (= psychische stoornissen) en 20 (= alcohol en druggebruik);

° de restgroep-DRG's (= 468, 469, 470, 476 en 477);

° de DRG's waarvoor in de MKI-berekening geen 30 verblijven voorhanden waren.

2. Berekening van de nationale gemiddelde reële verblijfskost per DRG (= GRVK).

De gemiddelde reële verblijfskost per DRG (= GRVK) is gelijk aan het totaal van de verblijfskosten inzake verpleegkundig personeel die worden vastgesteld voor de weerhouden patiënten behorend tot een bepaalde DRG, gedeeld door het aantal patiënten die behoren tot die DRG. De verblijfskosten inzake verpleegkundig personeel worden vastgesteld door gebruik te maken van de boekhoudkundige en de minimale verpleegkundige gegevens.

3. Berekening van de nationale gemiddelde normverblijfskost per DRG (= GNVK).

Voor de erkende C- en D-bedden wordt voor elke DRG een gemiddelde normkost GNVK berekend en dit op de volgende wijze :

$$\frac{\text{Norm-CD} * \text{GemLoon-CD} * \text{AantBed-CD}}{\text{Totaal aantal weerhouden ligdagen op C/D-diensten}} * \text{GemLigd} \times$$

waarbij :

Norm-CD = de personeelsnormen voor de erkende C- en D-bedden zoals bedoeld in artikel 42 §9 van dit besluit;

GemLoon-CD = het nationaal gemiddeld loon van een fulltime verpleegkundige op een C- en D-dienst;

AantBed-CD = het totaal aantal erkende C- en D-bedden;

AantLigd-CD = het totaal aantal ligdagen van de C- en D-patiënten;

GemLigd_x = de gemiddelde verblijfsduur voor DRG XXX;

Voor de berekening van de normkost wordt er per DRG desgevallend rekening gehouden met de verhouding universitaire en niet-universitaire ligdagen, evenals als met de passages op IZ.

4. Berekening van de nationale gemiddelde meerkost per DRG (= GMK).

Per DRG wordt de nationaal gemiddelde normverblijfskost (= GNVK) afgetrokken van de nationaal gemiddelde reële verblijfskost (= GRVK). Indien het resultaat positief is wil dit zeggen dat de betrokken DRG meer verpleegkundige middelen behoeft dan wat in de personeelsnormen werd voorzien. Een negatieve meerkost wijst op de omgekeerde situatie.

5. Berekening van de nationale meerkostindex per DRG.

Op basis van de gemiddelde meerkost per DRG (= GMK) en de algemeen gemiddelde meerkost (= AGMK) wordt een meerkostindex per DRG x als volgt berekend

$$\text{MKIx} = \text{int} (\text{GMKx} / \text{AGMK} * 100 + 0,5)$$

waarbij :

int = integerfunctie, zijnde afronding tot op de eenheid;

GMK_x = de nationaal gemiddelde meerkost voor DRG x;

AGMK = de nationaal algemeen gemiddelde meerkost.

6. Berekening van de pathologiegewogen meerkostindex per bezet C- en D-bed van het ziekenhuis (= MKIz).

Op basis van de weerhouden casemix (dit is het aantal verblijven binnen elke DRG) van het ziekenhuis wordt de MKIz berekend :

$$MKIz = \frac{365 * \sum (MKIx * \text{aantal weerhouden verblijven voor DRG } x)}{\text{aantal genormaliseerde ligdagen op de C- en D-dienst van het ziekenhuis } z}$$

7. Lijst per DRG van de nationale gemiddelde meerkostindex MKIx.

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|---|------|
| 1 | Craniotomie behalve na trauma, > 17 jaar | 437 |
| 2 | Craniotomie na trauma, > 17 jaar | 807 |
| 4 | Ingrepen op de wervelzuil en het ruggemerg | 32 |
| 5 | Ingrepen op extracraniale bloedvaten | -76 |
| 6 | Vrijmaken carpaal tunnel | -52 |
| 7 | Ingrepen op perifere en craniale zenuwen en andere ingrepen op het zenuwstelsel, met cc. | 8 |
| 8 | Ingrepen op perifere en craniale zenuwen en andere ingrepen op het zenuwstelsel, zonder cc. | -30 |
| 9 | Aandoeningen en letsels van de wervelzuil en het ruggemerg | 47 |
| 10 | Nieuwvormingen van het zenuwstelsel, met cc. | 216 |
| 11 | Nieuwvormingen van het zenuwstelsel, zonder cc. | 128 |
| 12 | Degeneratieve aandoeningen van het zenuwstelsel | 8 |
| 13 | Multipole sclerose en cerebellaire ataxie | -40 |
| 14 | Specifieke cerebrovasculaire aandoeningen behalve tia | 208 |
| 15 | Tia en precerebrale oclusies | -125 |
| 16 | Niet-specifieke cerebrovasculaire aandoeningen, met cc. | -83 |
| 17 | Niet-specifieke cerebrovasculaire aandoeningen, zonder cc. | -80 |
| 18 | Aandoeningen van de craniale en perifere zenuwen, met cc. | -61 |
| 19 | Aandoeningen van de craniale en perifere zenuwen, zonder cc. | -142 |
| 20 | Infectie van het zenuwstelsel behalve virale meningitis | 230 |
| 21 | Virale meningitis | -60 |
| 22 | Hypertensieve encefalopathie | -245 |
| 23 | Coma en niet-traumatische stupor | 168 |
| 24 | Epilepsie en andere convulsieve aanvallen, hoofdpijn > 17 jaar, met cc. | -92 |
| 25 | Epilepsie en andere convulsieve aanvallen, hoofdpijn > 17 jaar, zonder cc. | -121 |
| 34 | Andere aandoeningen van het zenuwstelsel, met cc. | -42 |
| 35 | Andere aandoeningen van het zenuwstelsel, zonder cc. | -33 |
| 36 | Ingrepen op de retina | 9 |
| 37 | Ingrepen op de orbita | -6 |
| 38 | Ingrepen eigen aan de iris | -23 |
| 39 | Ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie | -37 |
| 40 | Extra-oculaire ingrepen behalve op de orbita, > 17 jaar | -37 |
| 41 | Extra-oculaire ingrepen behalve op de orbita, < 18 jaar | 27 |
| 42 | Intra-oculaire ingrepen behalve op retina, iris en lens | 23 |
| 43 | Hyphema | -106 |
| 44 | Majeure acute infecties van het oog | 226 |
| 45 | Neurologische aandoeningen van het oog | -163 |
| 46 | Andere aandoeningen van het oog, > 17 jaar, met cc. | -69 |
| 47 | Andere aandoeningen van het oog, > 17 jaar, zonder cc. | -78 |
| 48 | Andere aandoeningen van het oog, < 18 jaar | 163 |
| 49 | Majeure ingrepen op hoofd en nek, behalve voor maligne aandoeningen | -19 |
| 50 | Sialoadenectomie | -63 |
| 51 | Ingrepen op de speekselklieren behalve sialoadenectomie | -32 |
| 52 | Palatoplastie en herstel van hazelip | 73 |
| 53 | Ingrepen op sinussen en mastoid, > 17 jaar | -47 |
| 54 | Ingrepen op sinussen en mastoid, < 18 jaar | -19 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|---|------|
| 55 | Diverse ingrepen op neus, keel, oren en mond | -61 |
| 56 | Rhinoplastie | -60 |
| 57 | Ingrepen op amandelen en tonsillen, behalve adenoid- en/of amygdalectomie alleen, > 17 jaar | -23 |
| 58 | Ingrepen op amandelen en tonsillen, behalve adenoid- en/of amygdalectomie alleen, < 18 jaar | -11 |
| 59 | Enkel adenoïdectomie en/of amygdalectomie, > 17 jaar | -59 |
| 60 | Enkel adenoïdectomie en/of amygdalectomie, < 18 jaar | -23 |
| 61 | Myringotomie met plaatsen van drain, > 17 jaar | -71 |
| 62 | Myringotomie met plaatsen van drain, < 18 jaar | 27 |
| 63 | Andere chirurgische ingrepen op neus, keel, oren en mond | 27 |
| 64 | Maligne aandoeningen van neus, keel, oren en mond | -58 |
| 65 | Evenwichtsstoornissen | -156 |
| 66 | Epistaxis | -50 |
| 67 | Epiglottitis | 215 |
| 68 | Otitis media en infecties van de hogere luchtwegen, > 17 jaar, met cc. | -97 |
| 69 | Otitis media en infecties van de hogere luchtwegen, > 17 jaar, zonder cc. | -86 |
| 70 | Otitis media en infecties van de hogere luchtwegen, < 18 jaar | 105 |
| 71 | Laryngotracheitis | 813 |
| 72 | Neuotraumata en misvormingen van de neus | -36 |
| 73 | Andere aandoeningen van neus, keel, oren en mond, > 17 jaar | -68 |
| 74 | Andere aandoeningen van neus, keel, oren en mond, < 18 jaar | 80 |
| 75 | Majeure ingrepen op de thorax | 65 |
| 76 | Andere ingrepen op het ademhalingsstelsel, met cc. | -116 |
| 77 | Andere ingrepen op het ademhalingsstelsel, zonder cc. | -113 |
| 78 | Longembolie | -77 |
| 79 | Ontstekingen en infecties van het ademhalingsstelsel, > 17 jaar, met cc. | 279 |
| 80 | Ontstekingen en infecties van het ademhalingsstelsel, > 17 jaar, zonder cc. | 141 |
| 82 | Nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel | -38 |
| 83 | Majeur trauma van de thorax, met cc. | 87 |
| 84 | Majeur trauma van de thorax, zonder cc. | -32 |
| 85 | Pleurauitstorting, met cc. | -119 |
| 86 | Pleurauitstorting, zonder cc. | -89 |
| 87 | Longoedeem en respiratoire insufficiëntie | -11 |
| 88 | Chronische obstructieve longaandoeningen | -93 |
| 89 | Gewone pneumonie en pleuritis, > 17 jaar, met cc. | 135 |
| 90 | Gewone pneumonie en pleuritis, > 17 jaar, zonder cc. | 42 |
| 92 | Interstitiele longaandoeningen, met cc. | -122 |
| 93 | Interstitiele longaandoeningen, zonder cc. | -103 |
| 94 | Pneumothorax, met cc. | 0 |
| 95 | Pneumothorax, zonder cc. | -79 |
| 96 | Bronchitis en astma, > 17 jaar, met cc. | -74 |
| 97 | Bronchitis en astma, > 17 jaar, zonder cc. | -93 |
| 99 | Respiratoire tekens en symptomen, met cc. | -17 |
| 100 | Respiratoire tekens en symptomen, zonder cc. | -44 |
| 101 | Andere aandoeningen van het respiratoir systeem, met cc. | 39 |
| 102 | Andere aandoeningen van het respiratoir systeem, zonder cc. | -19 |
| 104 | Ingrepen op hartkleppen, met hartcatheterisatie | 115 |
| 105 | Ingrepen op hartkleppen, zonder hartcatheterisatie | 516 |
| 106 | Coronaire bypass, met hartcatheterisatie | 167 |
| 107 | Coronaire bypass, zonder hartcatheterisatie | 417 |
| 108 | Andere ingrepen op het hart en thorax | 483 |
| 110 | Majeure cardiovasculaire ingrepen, met cc. | 373 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|--|------|
| 111 | Majeure cardiovasculaire ingrepen, zonder cc. | 257 |
| 112 | Percutane cardiovasculaire ingrepen | -56 |
| 113 | Amputatie, wegens circulatoire aandoeningen, behalve van de bovenste ledematen en teen | 1068 |
| 114 | Amputatie, wegens circulatoire aandoeningen, van de bovenste ledematen en teen | 42 |
| 115 | Plaatsen van permanente pacemaker bij ami, hartdecompensatie of shock | -87 |
| 116 | Andere redenen voor het plaatsen van permanente pacemaker of intracardiale elektrode/defibr. | -158 |
| 117 | Revisie van pacemaker behalve vervangen apparaat | -126 |
| 118 | Vervangen van pacemaker | -86 |
| 119 | Onderbinden en stripping van venen | -6 |
| 120 | Andere chirurgische ingrepen op het circulatoire systeem | -110 |
| 121 | Circulatoire aandoeningen, met ami, met cardiovasculaire cc., levend ontslagen | -79 |
| 122 | Circulatoire aandoeningen, met ami, zonder cardiovasculaire cc., levend ontslagen | -177 |
| 123 | Circulatoire aandoeningen, met ami, overleden | 578 |
| 124 | Circulatoire aandoeningen, behalve ami, met hartcatheterisatie, met complexe aandoeningen | -121 |
| 125 | Circulatoire aandoeningen, behalve ami, met hartcatheterisatie, zonder complexe aandoeningen | -64 |
| 126 | Acute en subacute endocarditis | 595 |
| 127 | Hartinsufficiëntie en shock | -12 |
| 128 | Diepe veneuze thromboflebitis | 49 |
| 129 | Hartstilstand zonder gekende oorzaak | 281 |
| 130 | Aandoeningen van de perifere bloedvaten, met cc. | -54 |
| 131 | Aandoeningen van de perifere bloedvaten, zonder cc. | -71 |
| 132 | Atherosclerose, met cc. | -97 |
| 133 | Atherosclerose, zonder cc. | -92 |
| 134 | Hypertensie | -203 |
| 135 | Congenitale hart en klepaandoeningen, > 17 jaar, met cc. | -65 |
| 136 | Congenitale hart en klepaandoeningen, > 17 jaar, zonder cc. | -127 |
| 138 | Hartarythmie en geleidingsaandoeningen, met cc. | -112 |
| 139 | Hartarythmie en geleidingsaandoeningen, zonder cc. | -98 |
| 140 | Angina pectoris | -120 |
| 141 | Syncope en collaps, met cc. | -139 |
| 142 | Syncope en collaps, zonder cc. | -104 |
| 143 | Pijn in thorax | -85 |
| 144 | Andere diagnoses van het circulatoire systeem, met cc. | -203 |
| 145 | Andere diagnoses van het circulatoire systeem, zonder cc. | -160 |
| 146 | Rectumresectie, met cc. | 665 |
| 147 | Rectumresectie, zonder cc. | 275 |
| 148 | Majeure ingrepen op dikke en dunne darm, met cc. | 436 |
| 149 | Majeure ingrepen op dikke en dunne darm, zonder cc. | 260 |
| 150 | Peritoneale adhesiolyse, met cc. | 230 |
| 151 | Peritoneale adhesiolyse, zonder cc. | 92 |
| 152 | Mineure ingrepen op dikke en dunne darm, met cc. | 121 |
| 153 | Mineure ingrepen op dikke en dunne darm, zonder cc. | 23 |
| 154 | Ingrepen op oesofagus, maag, duodenum, > 17 jaar, met cc. | 226 |
| 155 | Ingrepen op oesofagus, maag, duodenum, > 17 jaar, zonder cc. | 63 |
| 156 | Ingrepen op oesofagus, maag, duodenum, < 18 jaar | 318 |
| 157 | Ingrepen op de anus en gastro-intestinaal stoma, met cc. | -61 |
| 158 | Ingrepen op de anus en gastro-intestinaal stoma, zonder cc. | -48 |
| 159 | Ingrepen voor hernia behalve inguinalis en cruris, > 17 jaar, met cc. | -53 |
| 160 | Ingrepen voor hernia behalve inguinalis en cruris, > 17 jaar, zonder cc. | -49 |
| 161 | Ingrepen voor hernia inguinalis en cruris, > 17 jaar, met cc. | -40 |
| 162 | Ingrepen voor hernia inguinalis en cruris, > 17 jaar, zonder cc. | -44 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|--|------|
| 163 | Ingrepen voor hernia, < 18 jaar | 26 |
| 164 | Appendectomie met gecompliceerde hoofddiagnose, met cc. | 268 |
| 165 | Appendectomie met gecompliceerde hoofddiagnose, zonder cc. | 80 |
| 166 | Appendectomie zonder gecompliceerde hoofddiagnose, met cc. | 39 |
| 167 | Appendectomie zonder gecompliceerde hoofddiagnose, zonder cc. | -7 |
| 168 | Ingrepen op de mond, met cc. | -36 |
| 169 | Ingrepen op de mond, zonder cc. | -9 |
| 170 | Andere chirurgische ingrepen op het spijsverteringsstelsel, met cc. | 279 |
| 171 | Andere chirurgische ingrepen op het spijsverteringsstelsel, zonder cc. | 14 |
| 172 | Maligne aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, met cc. | 40 |
| 173 | Maligne aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, zonder cc. | -63 |
| 174 | Gastro-intestinale bloedingen, met cc. | -8 |
| 175 | Gastro-intestinale bloedingen, zonder cc. | -79 |
| 176 | Gecompliceerd peptisch ulcus | -74 |
| 177 | Niet gecompliceerd peptisch ulcus, met cc. | -114 |
| 178 | Niet gecompliceerd peptisch ulcus, zonder cc. | -147 |
| 179 | Ontstekingen van de darmen | -146 |
| 180 | Gastro-intestinale obstructie, met cc. | 158 |
| 181 | Gastro-intestinale obstructie, zonder cc. | 1 |
| 182 | Oesofagitis, gastro-enteritis en diverse digestive aandoeningen, > 17 jaar, met cc. | -91 |
| 183 | Oesofagitis, gastro-enteritis en diverse digestive aandoeningen, > 17 jaar, zonder cc. | -96 |
| 185 | Aandoeningen van tanden en mond behalve extracties en restauraties, > 17 jaar | -27 |
| 186 | Aandoeningen van tanden en mond behalve extracties en restauraties, < 18 jaar | 83 |
| 187 | Tandextractie en -restauraties | -26 |
| 188 | Andere aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, > 17 jaar, met cc. | -63 |
| 189 | Andere aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, > 17 jaar, zonder cc. | -67 |
| 191 | Intra-abdominale shunt en ingrepen op lever en pancreas, met cc. | 489 |
| 192 | Intra-abdominale shunt en ingrepen op lever en pancreas, zonder cc. | 186 |
| 193 | Ingrepen op de galwegen behalve cholecystectomie alleen, met/zonder explor, met cc. | 117 |
| 194 | Ingrepen op de galwegen behalve cholecystectomie alleen, met/zonder explor, zonder cc. | -6 |
| 195 | Cholecystectomie, met exploratie van de galwegen, met cc. | 296 |
| 196 | Cholecystectomie, met exploratie van de galwegen, zonder cc. | 156 |
| 197 | Cholecystectomie, zonder exploratie van de galwegen, met cc. | 123 |
| 198 | Cholecystectomie, zonder exploratie van de galwegen, zonder cc. | -23 |
| 199 | Hepatobiliaire diagnostische technieken voor maligne aandoeningen | 34 |
| 200 | Hepatobiliaire diagnostische technieken voor niet-maligne aandoeningen | -66 |
| 201 | Andere chirurgische ingrepen op lever, galwegen of pancreas | -346 |
| 202 | Cirrhose en hepatitis door alcohol | -226 |
| 203 | Maligne aandoeningen van het hepatobiliair stelsel of van de pancreas | 17 |
| 204 | Aandoeningen van de pancreas behalve maligne aandoeningen | -93 |
| 205 | Aandoeningen van de lever behalve maligne aandoeningen, cirrhose en hepatitis door alcohol, met cc. | -95 |
| 206 | Aandoeningen van de lever behalve maligne aandoeningen, cirrhose en hepatitis door alcohol, zonder cc. | -125 |
| 207 | Aandoeningen van de galwegen, met cc. | 9 |
| 208 | Aandoeningen van de galwegen, zonder cc. | -56 |
| 209 | Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechten van de onderste ledematen, zonder infecties | 81 |
| 210 | Ingrepen op heup en femur behalve majeure ingrepen op gewricht, > 17 jaar, met cc. | 628 |
| 211 | Ingrepen op heup en femur behalve majeure ingrepen op gewricht, > 17 jaar, zonder cc. | 242 |
| 212 | Ingrepen op heup en femur behalve majeure ingrepen op gewricht, < 18 jaar | 89 |
| 213 | Amputatie voor aandoeningen van het musculo-skeletaal stelsel en bindweefsel | 220 |
| 216 | Biopsie van musculo-skeletaal stelsel en bindweefsel | -127 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|---|------|
| 217 | Debrid. en huidgr. bij musculo-skeletaal stelsel en bindweefsel aandoeningen, behalve voor open wonde en hand | 47 |
| 218 | Ingrepen onderste extremiteiten en humerus behalve heup, voet, femur, > 17 jaar, met cc. | 61 |
| 219 | Ingrepen onderste extremiteiten en humerus behalve heup, voet, femur, > 17 jaar, zonder cc. | -22 |
| 220 | Ingrepen onderste extremiteiten en humerus behalve heup, voet, femur, < 18 jaar | 5 |
| 221 | Ingrepen op knie, met cc. | -28 |
| 222 | Ingrepen op knie, zonder cc. | -37 |
| 223 | Majeure ingrepen op schouder, elleboog en bovenste extremiteit, met cc. | -28 |
| 224 | Ingrepen op schouder, elleboog, voorarm behalve majeure ingrepen op gewrichten, zonder cc. | -20 |
| 225 | Ingrepen op voet | -35 |
| 226 | Ingrepen op de weke weefsels, met cc. | -45 |
| 227 | Ingrepen op de weke weefsels, zonder cc. | -46 |
| 228 | Majeure ingrepen op duim of gewrichten, of andere ingrepen op hand of pols, met cc. | -91 |
| 229 | Ingrepen op hand of pols behalve majeure ingrepen op gewrichten, zonder cc. | -35 |
| 230 | Locale excisie en verwijderen van inwendige fixatoren van de heup en femur | -26 |
| 231 | Locale excisie en verwijderen van inwendige fixatoren behalve van de heup en femur | -42 |
| 232 | Arthroscopie | -38 |
| 233 | Andere ingrepen op musculo-skeletaal stelsel en bindweefsel, met cc. | -48 |
| 234 | Andere ingrepen op musculo-skeletaal stelsel en bindweefsel, zonder cc. | -40 |
| 235 | Femurfracturen | 255 |
| 236 | Fracturen van heup en bekken | 79 |
| 237 | Verzwikking, distortie, luxaties van heup en bekken | 69 |
| 238 | Osteomyelitis | 84 |
| 239 | Pathologische fracturen en maligne aandoeningen van bindweefsel en musculo-skeletaal stelsel | -14 |
| 240 | Problemen van het bindweefsel, met cc. | -236 |
| 241 | Problemen van het bindweefsel, zonder cc. | -193 |
| 242 | Septische arthritis | -83 |
| 243 | Medische rugproblemen | -123 |
| 244 | Beenderziekten en specifieke arthropathieën, met cc. | -128 |
| 245 | Beenderziekten en specifieke arthropathieën, zonder cc. | -141 |
| 246 | Niet-specifieke arthropathieën | -67 |
| 247 | Tekens en symptomen van het musculo-skeletaal stelsel en bindweefsel | -159 |
| 248 | Tendinitis, myositis en bursitis | -69 |
| 249 | Nazorg bij aandoeningen van musculo-skeletaal stelsel en bindweefsel | -46 |
| 250 | Fractuur, verzwikking, dist., lux. van de voorarm, hand, voeten, > 17 jaar, met cc. | -20 |
| 251 | Fractuur, verzwikking, dist., lux. van de voorarm, hand, voeten, > 17 jaar, zonder cc. | -31 |
| 252 | Fractuur, verzwikking, dist., lux. van de voorarm, hand, voeten, < 18 jaar | -17 |
| 253 | Fractuur, verzwikking, dist., lux. van de arm en onderste extr. Behalve voeten, > 17 jaar, met cc. | 20 |
| 254 | Fractuur, verzwikking, dist., lux. van de arm en onderste extr. Behalve voeten, > 17 jaar, zonder cc. | -59 |
| 255 | Fractuur, verzwikking, dist., lux. van de arm en onderste extr. Behalve voeten, < 18 jaar | 9 |
| 256 | Andere aandoeningen van het musculo-skeletaal stelsel en bindweefsel | -58 |
| 257 | Totale mastectomie voor maligne aandoeningen, met cc. | -88 |
| 258 | Totale mastectomie voor maligne aandoeningen, zonder cc. | -124 |
| 259 | Subtotale mastectomie voor maligne aandoeningen, met cc. | -88 |
| 260 | Subtotale mastectomie voor maligne aandoeningen, zonder cc. | -97 |
| 261 | Ingrepen op de borsten voor benigne aandoeningen, behalve biopsie en locale excisie | -45 |
| 262 | Borstenbiopsie en locale excisie voor benigne aandoeningen | -48 |
| 263 | Huidgreffe en/of debridatie voor ulcus of cellulitis, met cc. | 244 |
| 264 | Huidgreffe en/of debridatie voor ulcus of cellulitis, zonder cc. | 445 |
| 265 | Huidgreffe en/of debridatie behalve voor ulcus of cellulitis, met cc. | -60 |
| 266 | Huidgreffe en/of debridatie behalve voor ulcus of cellulitis, zonder cc. | -34 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|---|------|
| 267 | Perianale en pilonidale ingrepen | -54 |
| 268 | Plastische chirurgie op huid, subcutaan weefsel en borsten | -28 |
| 269 | Andere ingrepen op huid, subcutaan weefsel en borsten, met cc. | 60 |
| 270 | Andere ingrepen op huid, subcutaan weefsel en borsten, zonder cc. | -20 |
| 271 | Huidulcus | 464 |
| 272 | Belangrijke aandoeningen van de huid, met cc. | 30 |
| 273 | Belangrijke aandoeningen van de huid, zonder cc. | -16 |
| 274 | Maligne aandoeningen van de borsten, met cc. | 11 |
| 275 | Maligne aandoeningen van de borsten, zonder cc. | -50 |
| 276 | Niet maligne aandoeningen van de borsten | -28 |
| 277 | Cellulitis, > 17 jaar, met cc. | -44 |
| 278 | Cellulitis, > 17 jaar, zonder cc. | -7 |
| 279 | Cellulitis, < 18 jaar | 192 |
| 280 | Trauma van de huid, subcutaan weefsel en borsten, > 17 jaar, met cc. | -61 |
| 281 | Trauma van de huid, subcutaan weefsel en borsten, > 17 jaar, zonder cc. | -39 |
| 282 | Trauma van de huid, subcutaan weefsel en borsten, < 18 jaar | -5 |
| 283 | Mineure aandoeningen van de huid, met cc. | -138 |
| 284 | Mineure aandoeningen van de huid, zonder cc. | -53 |
| 285 | Amputatie van onderste extremiteiten bij endocriene, voedings- en metabole aandoeningen | 702 |
| 286 | Ingrepen op bijniere en hypofyse | 146 |
| 287 | Huidgreffe en debridatie bij endocriene, voedings- en metabole aandoeningen | -80 |
| 288 | Chirurgische ingrepen voor obesitas | -18 |
| 289 | Ingrepen op bijschildklieren | -97 |
| 290 | Ingrepen op schildklieren | -52 |
| 291 | Ingrepen op thyreoglossaal kanaal | 38 |
| 292 | Andere ingrepen bij endocriene, voedings- en metabole aandoeningen, met cc. | -33 |
| 293 | Andere ingrepen bij endocriene, voedings- en metabole aandoeningen, zonder cc. | 11 |
| 294 | Diabetes, > 35 jaar | -83 |
| 295 | Diabetes, < 36 jaar | 8 |
| 296 | Voedings- en diverse metabole aandoeningen, > 17 jaar, met cc. | 90 |
| 297 | Voedings- en diverse metabole aandoeningen, > 17 jaar, zonder cc. | -69 |
| 298 | Voedings- en diverse metabole aandoeningen, < 18 jaar | 265 |
| 299 | Congenitale aandoeningen van het metabolisme | -67 |
| 300 | Endocriene aandoeningen, met cc. | -155 |
| 301 | Endocriene aandoeningen, zonder cc. | -175 |
| 302 | Niertransplantatie | 172 |
| 303 | Majeure ingrepen op nieren, ureters en blaas voor nieuwvormingen | 278 |
| 304 | Majeure ingrepen op nieren, ureters en blaas behalve voor nieuwvormingen, met cc. | 31 |
| 305 | Majeure ingrepen op nieren, ureters en blaas behalve voor nieuwvormingen, zonder cc. | 72 |
| 306 | Prostatectomie, met cc. | -205 |
| 307 | Prostatectomie, zonder cc. | -72 |
| 308 | Mineure ingrepen op de blaas, met cc. | 189 |
| 309 | Mineure ingrepen op de blaas, zonder cc. | -18 |
| 310 | Transurethrale ingrepen, met cc. | -38 |
| 311 | Transurethrale ingrepen, zonder cc. | -44 |
| 312 | Ingrepen op urethra, > 17 jaar, met cc. | -31 |
| 313 | Ingrepen op urethra, > 17 jaar, zonder cc. | -34 |
| 314 | Ingrepen op urethra, < 18 jaar | -16 |
| 315 | Andere chirurgische ingrepen op nieren en urinewegen | -72 |
| 316 | Nierinsufficiëntie | -94 |
| 317 | Opname voor nierdialyse | -20 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|--|------|
| 318 | Nieuwvormingen van de nier en urinewegen, met cc. | 42 |
| 319 | Nieuwvormingen van de nier en urinewegen, zonder cc. | -56 |
| 320 | Infecties van de nier en urinewegen, > 17 jaar, met cc. | 17 |
| 321 | Infecties van de nier en urinewegen, > 17 jaar, zonder cc. | -29 |
| 322 | Infecties van de nier en urinewegen, < 18 jaar | 310 |
| 323 | Urinaire stenen, met cc., en/of esw lithotripsie | -56 |
| 324 | Urinaire stenen, zonder cc. | -58 |
| 325 | Tekens en symptomen van de nier en urinewegen, > 17 jaar, met cc. | -2 |
| 326 | Tekens en symptomen van de nier en urinewegen, > 17 jaar, zonder cc. | -65 |
| 327 | Tekens en symptomen van de nier en urinewegen, < 18 jaar, zonder cc. | -34 |
| 328 | Urethra strictuur, > 17 jaar, met cc. | 182 |
| 329 | Urethra strictuur, > 17 jaar, zonder cc. | -73 |
| 331 | Andere aandoeningen van de nier en urinewegen, > 17 jaar, met cc. | -111 |
| 332 | Andere aandoeningen van de nier en urinewegen, > 17 jaar, zonder cc. | -98 |
| 333 | Andere aandoeningen van de nier en urinewegen, < 18 jaar | -8 |
| 334 | Majeure ingrepen op de pelvis bij de man, met cc. | 53 |
| 335 | Majeure ingrepen op de pelvis bij de man, zonder cc. | 61 |
| 336 | Transurethrale prostatectomie, met cc. | -92 |
| 337 | Transurethrale prostatectomie, zonder cc. | -45 |
| 338 | Ingrepen op de testes voor maligne aandoeningen | -70 |
| 339 | Ingrepen op de testes behalve voor maligne aandoeningen, > 17 jaar | -45 |
| 340 | Ingrepen op de testes behalve voor maligne aandoeningen, < 18 jaar | -14 |
| 341 | Ingrepen op de penis | -1 |
| 342 | Circumcisie, > 17 jaar | -52 |
| 343 | Circumcisie, < 18 jaar | -4 |
| 344 | Andere ingrepen op het mannelijk voortplantingsstelsel voor maligne aandoeningen | -1 |
| 345 | Andere ingrepen op het mannelijk voortplantingsstelsel behalve voor maligne aandoeningen | -12 |
| 346 | Maligne aandoeningen van het mannelijk voortplantingsstelsel, met cc. | 95 |
| 347 | Maligne aandoeningen van het mannelijk voortplantingsstelsel, zonder cc. | -33 |
| 348 | Benigne hypertrofie van de prostaat, met cc. | -112 |
| 349 | Benigne hypertrofie van de prostaat, zonder cc. | -59 |
| 350 | Ontsteking van het mannelijk geslachtsorgaan | -44 |
| 351 | Sterilisatie bij man | -37 |
| 352 | Andere aandoeningen van het mannelijk voortplantingsstelsel | -52 |
| 353 | Evisceratie pelvis, radicale hysterectomie en vulvectomy | -26 |
| 354 | Ingrepen op uterus en adnexen voor maligne aandoeningen, behalve ovaria en adnexen, met cc. | -229 |
| 355 | Ingrepen op uterus en adnexen voor maligne aandoeningen, behalve ovaria en adnexen, zonder cc. | -20 |
| 356 | Reconstructieve ingrepen op de vrouwelijke geslachtsorganen | -36 |
| 357 | Ingrepen op uterus/adnexen, voor maligne aandoeningen van ovaria en adnexen | 37 |
| 358 | Ingrepen op uterus/adnexen, voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, met cc. | -16 |
| 359 | Ingrepen op uterus/adnexen, voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, zonder cc. | -53 |
| 360 | Ingrepen op de vagina, cervix en vulva | -39 |
| 361 | Laparoscopie en onderbreken tubae | -43 |
| 362 | Endoscopisch onderbreken tubae | -50 |
| 363 | Dilatatie en curettage, conisatie en radio-implant, voor maligne aandoeningen | -50 |
| 364 | Dilatatie en curettage, conisatie, behalve voor maligne aandoeningen | -51 |
| 365 | Andere ingrepen op het vrouwelijk geslachtsorgaan | -24 |
| 366 | Maligne aandoeningen van de vrouwelijke geslachtsorganen, met cc. | 41 |
| 367 | Maligne aandoeningen van de vrouwelijke geslachtsorganen, zonder cc. | -5 |
| 368 | Infecties van de vrouwelijke geslachtsorganen | -15 |
| 369 | Menstruatiestoornissen en andere aandoeningen van de vrouwelijke geslachtsorganen | -68 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|---|------|
| 392 | Splenectomie, > 17 jaar | 211 |
| 393 | Splenectomie, < 18 jaar | 104 |
| 394 | Andere ingrepen op bloed en bloedvormende organen | -75 |
| 395 | Aandoeningen van de rode bloedcellen, > 17 jaar | -93 |
| 397 | Stollingsstoornissen | -13 |
| 398 | Reticulo-endotheliale en immunologische aandoeningen, met cc. | -78 |
| 399 | Reticulo-endotheliale en immunologische aandoeningen, zonder cc. | -39 |
| 400 | Lymfoom en leucemie, met majeure chirurgische ingrepen | 82 |
| 401 | Lymfoom en niet-acute leucemie, met andere ingrepen, met cc. | -43 |
| 402 | Lymfoom en niet-acute leucemie, met andere ingrepen, zonder cc. | -118 |
| 403 | Lymfoom en niet-acute leucemie, met cc. | 46 |
| 404 | Lymfoom en niet-acute leucemie, zonder cc. | -32 |
| 406 | Myeloproliferatieve aandoeningen of weinig gediff. nieuwvormingen, met maj. ingr., met cc. | 319 |
| 407 | Myeloproliferatieve aandoeningen of weinig gediff. nieuwvormingen, met maj. ingr., zonder cc. | 294 |
| 408 | Myeloproliferatieve aandoeningen of weinig gediff. nieuwvormingen, met andere ingrepen | -55 |
| 409 | Radiotherapie | -217 |
| 410 | Chemotherapie | -5 |
| 411 | Voorgeschiedenis van maligne aandoeningen zonder endoscopie | -106 |
| 412 | Voorgeschiedenis van maligne aandoeningen met endoscopie | -104 |
| 413 | Andere myeloproliferatieve aandoeningen of weinig gediff. nieuwvormingen, met cc. | 44 |
| 414 | Andere myeloproliferatieve aandoeningen of weinig gediff. nieuwvormingen, zonder cc. | 10 |
| 415 | Chirurgische ingrepen voor infecties en parasitaire ziekten | 170 |
| 416 | Septicemie, > 17 jaar | 293 |
| 417 | Septicemie, < 18 jaar | 509 |
| 418 | Postoperatieve en posttraumatische infecties | -43 |
| 419 | Koorts van onbekende oorsprong, > 17 jaar, met cc. | -93 |
| 420 | Koorts van onbekende oorsprong, > 17 jaar, zonder cc. | -42 |
| 421 | Virale infectie, > 17 jaar | -96 |
| 422 | Virale aandoeningen en koorts van onbekende oorsprong, < 18 jaar | 109 |
| 423 | Andere infectieuze en parasitaire aandoeningen | 31 |
| 424 | Chirurgische ingrepen met als hoofddiagnose een mentale ziekte | -165 |
| 425 | Acute aanpassingsreactie en psychosociale dysfunctie | -171 |
| 426 | Depressieve neuroses | -323 |
| 427 | Neuroses, behalve depressies | -263 |
| 428 | Persoonlijkeitsstoornissen en impulsief gedrag | -338 |
| 429 | Organische stoornissen en mentale retardatie | 89 |
| 430 | Psychoses | -377 |
| 431 | Mentale stoornissen uit de kindertijd | -169 |
| 432 | Andere mentale stoornissen | -36 |
| 439 | Huidgreffen wegens letsels | -92 |
| 440 | Wonddebridement behalve voor open wonde | -136 |
| 441 | Ingrepen op handen wegens letsels | -25 |
| 442 | Andere ingrepen wegens letsels, met cc. | -20 |
| 443 | Andere ingrepen wegens letsels, zonder cc. | 21 |
| 444 | Letsels op meerdere, of niet-gespecificeerde localisatie, > 17 jaar, met cc. | 218 |
| 445 | Letsels op meerdere, of niet-gespecificeerde localisatie, > 17 jaar, zonder cc. | -28 |
| 446 | Letsels op meerdere, of niet-gespecificeerde localisatie, < 18 jaar | 11 |
| 447 | Allergische reacties, > 17 jaar | -79 |
| 448 | Allergische reacties, < 18 jaar | 8 |
| 449 | Vergiftigingen en toxische effecten van medicatie, > 17 jaar, met cc. | -55 |
| 450 | Vergiftigingen en toxische effecten van medicatie, > 17 jaar, zonder cc. | -43 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|--|------|
| 451 | Vergiftigingen en toxische effecten van medicatie, < 18 jaar | -27 |
| 452 | Complicaties van behandeling, met cc. | -98 |
| 453 | Complicaties van behandeling, zonder cc. | -33 |
| 454 | Andere letsels, vergiftigingen en toxische effecten, met cc. | -1 |
| 455 | Andere letsels, vergiftigingen en toxische effecten, zonder cc. | -54 |
| 456 | Brandwonden, getransfereerd naar andere behandelingscentra | 100 |
| 458 | Beperkte brandwonden met huidgreffen | 90 |
| 459 | Beperkte brandwonden met debridatie van wonde of andere ingrepen | -53 |
| 460 | Beperkte brandwonden zonder chirurgische ingrepen | 110 |
| 461 | Ingrepen bij andere contacten met gezondheidsinstellingen | -19 |
| 462 | Rehabilitatie | 48 |
| 463 | Tekens en symptomen, met cc. | -37 |
| 464 | Tekens en symptomen, zonder cc. | -75 |
| 465 | Nazorg met voorgeschiedenis van maligne aandoeningen als nevendiagnose | -71 |
| 466 | Nazorg zonder voorgeschiedenis van maligne aandoeningen als nevendiagnose | -63 |
| 467 | Andere factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden | 76 |
| 471 | Bilaterale of multiële majeure ingrepen op gewrichten van de onderste ledematen | 527 |
| 475 | Ziekten van het ademhalingsstelsel met kunstmatige beademing | 1634 |
| 478 | Andere vasculaire ingrepen, met cc. | 54 |
| 479 | Andere vasculaire ingrepen, zonder cc. | 24 |
| 482 | Tracheotomie voor aandoeningen van mond, farynx of larynx | 1921 |
| 483 | Tracheotomie voor andere aandoeningen dan mond, farynx of larynx | 8590 |
| 491 | Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechten van de bovenste ledematen | -140 |
| 530 | Craniotomie, met majeure cc. | 2259 |
| 531 | Ingrepen op zenuwstelsel behalve craniotomie, met majeure cc. | 633 |
| 532 | Tia, precerebrale oclusies, epileptische aanvallen, hoofdpijn, met majeure cc. | 197 |
| 533 | Andere aandoeningen van het zenuwstelsel behalve tia, epileptische aanvallen, hoofdpijn, met majeure cc. | 880 |
| 534 | Ingrepen op het oog, met majeure cc. | -4 |
| 535 | Aandoeningen van het oog, met majeure cc. | 124 |
| 536 | Ingrepen op neus, keel, oren en mond behalve majeure ingreep op hoofd en nek, met majeure cc. | -15 |
| 537 | Aandoeningen van neus, keel, oren en mond, met majeure cc. | 291 |
| 538 | Majeure ingrepen op thorax, met majeure cc. | 1211 |
| 539 | Ingrepen op het ademhalingsstelsel behalve majeure ingrepen op thorax, met majeure cc. | 692 |
| 540 | Respiratoire infecties en ontstekingen, met majeure cc. | 1339 |
| 541 | Respiratoire aandoeningen behalve infecties, bronchitis en asthma, met majeure cc. | 246 |
| 542 | Bronchitis en asthma, met majeure cc. | 251 |
| 543 | Circulatoire aandoeningen behalve infarct, endocard., hartdecomp., aritmie, met majeure cc. | 109 |
| 544 | Hartdecompensatie en aritmie, met majeure cc. | 482 |
| 545 | Ingrepen op hartkleppen, met majeure cc. | 1951 |
| 546 | Coronaire bypass, met majeure cc. | 1334 |
| 547 | Andere cardiothoracale ingrepen, met majeure cc. | 1255 |
| 548 | Plaatsen en revisie pacemaker, met majeure cc. | 209 |
| 549 | Grote cardiovasculaire ingrepen, met majeure cc. | 1805 |
| 550 | Andere vasculaire ingrepen, met majeure cc. | 375 |
| 551 | Oesofagitis, gastro-enteritis en ongecompliceerde ulcus, met majeure cc. | 140 |
| 552 | Digestieve aandoeningen behalve oesofagitis, gastro-enter., ongecomp. ulcus, met majeure cc. | 290 |
| 553 | Ingrepen op het verteringsstelsel behalve hernia, maag, darmen, met majeure cc. | 614 |
| 554 | Ingrepen voor hernia, met majeure cc. | 263 |
| 555 | Ingrepen op pancreas, lever, galwegen behalve levertransplantatie, met majeure cc. | 1301 |
| 556 | Cholecystectomie en andere hepatobiliaire ingrepen, met majeure cc. | 715 |
| 557 | Hepatobiliaire aandoeningen of aandoeningen van de pancreas, met majeure cc. | 332 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|--|------|
| 558 | Majeure ingrepen op musculo-skeletaal stelsel, behalve bilat. of mult. maj. ingr. op gewr., met maj. cc. | 1064 |
| 559 | Mineure ingrepen op musculo-skeletaal stelsel, met majeure cc. | 194 |
| 560 | Musculo-skeletale aandoeningen behalve osteitis, arthritis en aandoeningen van het bindweefsel, met maj. cc. | 223 |
| 561 | Osteomyelitis, septische arthritis, aandoeningen bindweefsel, met majeure cc. | 489 |
| 562 | Belangrijke aandoeningen van huid en borsten, met majeure cc. | 802 |
| 563 | Andere aandoeningen van de huid, met majeure cc. | 543 |
| 564 | Ingrepen op huid en borsten, met majeure cc. | 308 |
| 565 | Ingrepen bij endocr., voed.- en metab. aand., behalve amputatie onderste extr., met maj. cc. | 765 |
| 566 | Endocrine, voedings- en metabole aandoeningen, behalve eetstoornissen of cf,met majeure cc. | 421 |
| 567 | Ingrepen op nier en urinewegen behalve niertransplantatie, met majeure cc. | 447 |
| 568 | Nierinsufficiëntie, met majeure cc. | 650 |
| 569 | Aandoeningen van nier en urinewegen behalve nierinsufficiëntie,met majeure cc. | 291 |
| 570 | Aandoeningen van het mannelijk voortplantingsstelsel, met majeure cc. | 336 |
| 571 | Ingrepen op het mannelijk voortplantingsstelsel, met majeure cc. | 305 |
| 572 | Aandoeningen van het vrouwelijk voortplantingsstelsel, met majeure cc. | 508 |
| 573 | Niet radicale ingrepen op het vrouwelijk voortplantingsstelsel, met majeure cc. | 44 |
| 574 | Bloed, bloedvormende organen en immunologische aandoeningen, met majeure cc. | 270 |
| 575 | Bloed, bloedvormende organen en immunologische ingrepen, met majeure cc. | 357 |
| 576 | Acute leucemie, met majeure cc. | 1886 |
| 577 | Myeloproliferatieve aandoeningen, weinig gediff. maligne aandoeningen, met majeure cc. | 298 |
| 578 | Lymfoom, niet-acute leucemie, met majeure cc. | 728 |
| 579 | Ingrepen voor lymfoom, leucemie, myeproliferatieve aandoeningen, met majeure cc. | 1932 |
| 580 | Systemische infectieuze en parasitaire aandoeningen, behalve septicemie, met majeure cc. | 576 |
| 581 | Ingrepen bij systemische, infectieuze en parasitaire aandoeningen, met majeure cc. | 2434 |
| 582 | Letsels behalve multiple traumata, met majeure cc. | 280 |
| 583 | Ingrepen op letsels behalve voor multiële traumata, met majeure cc. | 1398 |
| 584 | Septicemie, met majeure cc. | 944 |
| 585 | Majeure gastro-intestinale ingrepen, met majeure cc. | 1299 |
| 702 | Hiv met aandoeningen van het centraal zenuwstelsel, zonder druggebruik, > 12 jaar | 4153 |
| 705 | Hiv met nieuwvormingen, zonder druggebruik, > 12 jaar | 1074 |
| 708 | Hiv met infecties, zonder druggebruik, > 12 jaar | 878 |
| 711 | Hiv met verwante aandoeningen, zonder druggebruik, > 12 jaar | 238 |
| 714 | Hiv zonder verwante aandoeningen, zonder druggebruik, > 12 jaar | 283 |
| 730 | Craniotomie, voor multiële belangrijke traumata | 2828 |
| 731 | Ingrepen op wervelzuil, heup, ledematen, multiële belangrijke traumata | 1036 |
| 732 | Andere ingrepen voor multiële belangrijke traumata | 451 |
| 733 | Diagnoses van multiële belangrijke traumata, hoofd, thorax en onderste ledematen | 474 |
| 734 | Andere diagnoses van multiële belangrijke traumata | -320 |
| 739 | Craniotomie, < 18 jaar, zonder cc. | 193 |
| 740 | Cystische fibrose | 337 |
| 744 | Misbruik of verslaving aan opiumderivaten, met cc. | -349 |
| 745 | Misbruik of verslaving aan opiumderivaten, zonder cc. | -246 |
| 746 | Misbruik of verslaving aan cocaine of andere drugs, ontslag tegen medisch advies | -36 |
| 747 | Misbruik of verslaving aan cocaine of andere drugs, met cc. | -57 |
| 748 | Misbruik of verslaving aan cocaine of andere drugs, zonder cc. | -143 |
| 749 | Misbruik of verslaving aan alcohol, ontslag tegen medisch advies | -62 |
| 750 | Misbruik of verslaving aan alcohol, met cc. | -273 |
| 751 | Misbruik of verslaving aan alcohol, zonder cc. | -182 |
| 753 | Begeleiding bij dwangmatige eetstoornissen | -316 |
| 755 | Spinale arthrodesse, met cc. | 269 |
| 756 | Spinale arthrodesse, zonder cc. | 44 |

| DRG | Omschrijving | MKI |
|-----|---|------|
| 757 | Ingrepen op rug en nek behalve spinale arthrodesse, met cc. | 55 |
| 758 | Ingrepen op rug en nek behalve spinale arthrodesse, zonder cc. | -47 |
| 761 | Traumatische stupor en coma, coma > 1 uur | 125 |
| 762 | Hersenschudding, intracraniaal letsel, met coma < 1 uur of geen coma, < 18 jaar | -20 |
| 763 | Traumatische stupor en coma, coma < 1 uur, < 18 jaar | 51 |
| 764 | Hersenschudding, intracraniaal letsel, met coma < 1 uur of geen coma, > 17 jaar, met cc. | -53 |
| 765 | Hersenschudding, intracraniaal letsel, met coma < 1 uur of geen coma, > 17 jaar, zonder cc. | -61 |
| 766 | Traumatische stupor en coma, coma < 1 uur, > 17 jaar, met cc. | 123 |
| 767 | Traumatische stupor en coma, coma < 1 uur, > 17 jaar, zonder cc. | -63 |
| 769 | Epilepsie en andere convulsieve aanvallen, hoofdpijn < 18 jaar, zonder cc. | 41 |
| 772 | Gewone pneumonie en pleuritis, < 18 jaar, met cc. | 534 |
| 773 | Gewone pneumonie en pleuritis, < 18 jaar, zonder cc. | 299 |
| 774 | Bronchitis en asthma, < 18 jaar, met cc. | 280 |
| 775 | Bronchitis en asthma, < 18 jaar, zonder cc. | 239 |
| 776 | Oesofagitis, gastro-enteritis en andere digestieve aandoeningen, < 18 jaar, met cc. | 171 |
| 777 | Oesofagitis, gastro-enteritis en andere digestieve aandoeningen, < 18 jaar, zonder cc. | 104 |
| 779 | Andere aandoeningen van het spijsverteringsstelsel, < 18 jaar, zonder cc. | 34 |
| 782 | Acute leucemie zonder majeure chirurgische ingrepen, > 17 jaar, met cc. | 1099 |
| 783 | Acute leucemie zonder majeure chirurgische ingrepen, > 17 jaar, zonder cc. | 327 |
| 786 | Majeure ingrepen op hoofd en nek voor maligne aandoeningen | 785 |
| 787 | Laparoscopische cholecystectomie, met exploratie voornaamste galwegen | 78 |
| 788 | Laparoscopische cholecystectomie, zonder exploratie voornaamste galwegen | -28 |
| 789 | Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechten van de onderste ledematen, met infectie | 158 |
| 790 | Debridisatie en huidgreffe voor open wonde, musc-skelet aand. en bindweefsel, behalve hand | -48 |
| 791 | Debridisatie van open traumatische wonden | 95 |
| 792 | Craniotomie voor multipele belangrijke traumata, met niet-traumatische cc. | 1946 |
| 793 | Ingrepen voor multipele belangrijke traumata, behalve craniotomie, met maj. niet-traum. cc. | 3635 |
| 794 | Diagnoses voor multipele belangrijke traumata, met niet-traumatische cc. | 2000 |

Gezien om als bijlage te worden toegevoegd aan het ministerieel besluit van 30 december 1998.

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

Bijlage 3 van het ministerieel besluit van 30 december 1998

Bijlage 9. Vaststelling van de scores waarvan sprake in de tweede berekening geïndiceerd in artikel 43, §2, c), met het oog op de verdeling van de ziekenhuizen in decielen.

1. Doelstelling

In deze bijlage worden de scores bepaald met het oog op de verdeling in decielen voorzien in de tweede berekening van artikel 43, §2, c), berekend op basis van de M.V.G. registratie en gebaseerd op het laatst gekende boekjaar.

2. Vaststelling van de scores op basis van de M.V.G. registratie

De berekening van de scores op basis van MVG registratie gebeurt overeenkomstig de bepalingen van bijlage 3 van dit besluit.

Met het oog op de vaststelling van de punten MVG-ZIP (zones met intensief profiel) voor het geheel van de diensten C, D, C+D, E en C+D(intensief), worden de volgende operaties uitgevoerd:

- a) opsplitsing van de zones geïndiceerd in bijlage 3 in twee types, zijnde
- de zones gekwalificeerd als "zones met profiel intensieve zorg" (ZIP)
 - de zones gekwalificeerd als "zones met een ander zorgprofiel" (ZAP)

De ZIP worden gekarakteriseerd door een zware basiszorg, hoge observatiefuncties (registratie van vitale en fysieke parameters) en veel verpleegtechnische interventies. De zones waar deze drie karakteristieken gelijktijdig en uitgesproken voorkomen worden beschouwd als ZIP. De zones 19, 20, 24, 25 en 28 worden beschouwd als ZIP want zij bezitten de vermelde karakteristieken.

b) bepaling van de punten MVG-ZIP per ziekenhuis

Om dit te doen, telt men de waarden in punten MVG op van de hospitalisatiedagen van de vermelde diensten die enkel in ZIP gesitueerd zijn. Vervolgens deelt men deze som door het totaal aantal hospitalisatiedagen (dagen ZIP en ZAP) van de vermelde diensten.

Het resultaat van deze deling wordt "punten MVG-ZIP" of "scores MVG-ZIP" genoemd.

Gezien om als bijlage te worden toegevoegd aan het ministerieel besluit van 30 december 1998.

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